PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO
I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH,

ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYR. W PETERSBURGU
TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOW. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO

REDAKTOR GŁÓWNY:

PROF. DR STANISŁAW CIECHANOWSKI.

ROK L — 1911.

KRAKÓW,
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO
ODBITO W DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO POD ZARZĄDEM JÓZEFA FILIPOWSKIEGO.
1911.

SPIS RZECZY

zawartych w Tomie L „Przeglądu Lekarskiego“.

(Liczby oznaczają stronice).

I. Artykuły oryginalne.

A. Spostrzeżenia i prace, dokonane w klinikach, zakładach uniwersyteckich i szpitalach.

B. Inne artykuły oryginalne.

II. Oceny i sprawozdania.

III. Piśmiennictwo bieżące (Streszczenia).

W każdym numerze.

IV. Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

V. Życiorysy.

VI. Zjazdy naukowe.

VII. Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie. Wydz. matem.-przyr.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenia lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej w Krakowie.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół nauk w Poznaniu.

Towarzystwo lekarskie warsszawkie.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie

Towarzystwo lekarskie radomskie.

Towarzystwo lekarzy gub. Kieleckiej.

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Odcinek. Różne.

IX. Wiadomości bieżące.

W każdym numerze.

X. Nekrologia.

XII. Bibliografia.

Co miesiąc; zawiera tytuły prac oryginalnych, pomieszczonych we wszystkich czasopismach lekarskich polskich.

Alfabetyczny spis rzeczy zawarty w pracach oryginalnych i sprawozdawczych.

(Liczba tłusta oznacza artykuł oryginalny).

SPIS AUTORÓW

Nr 1. Kraków, 7 stycznia 1911. **Rok L.**

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOW. LEK. POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Collegium medicum. Telefon 166.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek,** których koszt ponosi w całości autor. Koszta klisz ponoszą autorowie w połowie.

Ogłoszenia przyjmują: w **Krakowie** Administracya, **w Paryżu** V. de Raczkowski, 14 cite de Trevise. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłatę przyjmują **w Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., **w Paryżu** V. de Raczkowski, 14 cite de Trevise; nadto urzędy pocztowe w Austryi, Niemczech i Rosyi.

Przedpłata wynosi: w Austryi rocznie 20 koron, półrocznie 10 kor., kwartalnie 5 koron. — W Król. Polskiem i Ces. Rosyjskiem rocznie 7 rubli, półrocznie 3·50 rb. — W Niemczech rocznie 16 marek, półrocznie 8 marek. — We Francyi rocznie 30 franków, półrocznie 15 fr. — W Ameryce północnej rocznie 4½ dolarów.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal. numer podwójnej objętości 1 kor.

Do dzisiejszego nru załącza się: 1) prospekt **fabr. chem. Dr. R. Scheuble & Dr. A. Hochstetter** p. t.: **„Nowojodyna"**, 2) prospekt **laborat. farmac. apteki Fort. Gralewskiego w Krakowie.**

Rok L. Kraków, dnia 7 stycznia 1911. Nr. 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniw. Jag.

Z kazuistyki śmierci z postrzału. Samobójstwo, czy morderstwo?

Podał

Prof. Wachholz.

Do najtrudniejszych zagadnień, z jakimi spotyka się znawca lekarski, należy rozstrzygnięcie pytania, czy gwałtowna śmierć pewnej osoby była wynikiem nieszczęśliwego przypadku, działania własnej, czy też obcej ręki. Wielka trudność rozwiązania tego zagadnienia, zwłaszcza, gdy chodzi o rozstrzygnięcie między samobójstwem a morderstwem, tkwi w tem, że w liczbie »przerażająco« wzmagających się z roku na rok samobójstw [1]) zdarzają się tak zwane samobójstwa symulowane, t. j, morderstwa o pozorach samobójstwa, dla których zdemaskowania znawca lekarski nie posiada, albo w ogóle żadnych pewnych, lub w danym szczególnym przypadku żadnych pewnych sposobów, względnie kryteryów. Czemże bowiem może wyróżniać się, ogólnie biorąc, na stole sekcyjnym obraz anatomiczny zbrodniczego a samobójczego otrucia, powieszenia lub postrzału, który zadany był z pobliża? Odpowiedź łatwa. Nie wyróżnia się niczem, o ile zwłaszcza od chwili zbrodniczego działania ręki obcej do chwili zejścia śmiertelnego ofiara zbrodni niema świadomości, co się z nią dzieje i nie stawia napastnikowi oporu. W przypadkach takich tylko okoliczności, towarzyszące im, wykryte przez śledztwo, mogą rzucić wyjaśniające światło na ich genezę. Światło to może być rozstrzygające dla oskarżyciela i sędziego, dla znawcy lekarza, o ile ono tylko nie stanowi przyrodniczo-lekarskiego dowodu, nie może być stanowczym wskaźnikiem samobójstwa lub morderstwa. Pomijając »pierwsze wrażenie«, jakie dany przypadek budzi, a które dla publiczności zwykło być rozstrzygającem w ocenie, czy chodzi w nim o samobójstwo, czy też o morderstwo, ważną dla sędziego jest okoliczność, czy daje się wykazać motyw, dla samobójstwa konieczny. Tymczasem wiemy, że nie we wszystkich przypadkach samobójstw motyw daje się wykryć; Gross liczy 37% samobójstw bez znanego motywu, a już Voltaire wyraził, niestety tylko »pium desiderium«, aby samobójcy pozostawiali na piśmie wyjawienie powodu, który ich skłonił do samobójstwa. A zresztą i pismo i motyw w notorycznym przypadku zbrodni mogą być obcą ręką podrobione.

Jeżeli zatem w danym przypadku śmierci gwałtownej dokładne i sumienne badanie lekarskie nie dostarczy przedmiotowego lekarskiego dowodu, albo samobójstwa, albo zbrodni, to znawca lekarz nie może inaczej postąpić, jak tylko pozostawić pytanie to nie rozstrzygnięte, względnie może wówczas, analizując dany przypadek na podstawie momentów nie lekarskich, śledztwem stwierdzonych, podnieść okoliczności, przemawiające za lub przeciw jednej lub drugiej ewentualności. Trudność oceny podobnych przypadków podnosi niepomiernie ich przypadkowy rozgłos, wtedy bowiem, pomijając już możliwość suggestyi i uprzedzenia, czuje znawca lekarski całą swą bezsilność wobec wymagań, z jakiemi zwraca się doń sprawiedliwość, a nadto opinia publiczna, stająca raz po stronie oskarżenia, raz po stronie obrony, rzadziej dzieląca się na przeciwne obozy. Wobec opinii publicznej, wobec zdania powziętego na podstawie nie lekarskich szczegółów danego przypadku, staje się w opinii szerokiego ogółu każde orzeczenie lekarskie, z niemi niezgodne lub nie stanowcze podejrzanem, błędnem, nie stojącem na wysokości nauki, a lekarz znawca stronniczym, nieukiem, a nawet przekupionym.

»Wszyscy sądzą, to prawda« — powiedział Jan Czeczot — »ale też prawda mało na tem wygrywa. Sędziego ciężki jest urząd; długo się trzeba sposobić, wiele znać, wiele umieć; mieć zdanie zdrowe, czyste, mieć rozum wielki«. Znawcy urząd równie ciężki, dłużej jeszcze trzeba się doń sposobić, wiele znać i umieć, a mieć rozum, aby wypowiadać to tylko, co odpowiada prawdzie naukowej bez względu na to. czy się swem zdaniem dogodzi kapryśnej i zmiennej opinii ludzkiej, która, jak się to tak dosadnie sprawdziło na osobie prof. Tardieugo w Paryżu, dziś znawcę uznaniem uczoności i zdolności darzy, aby go już jutro odsądzić od wszelkich kwalifikacyi. Rozgłośne przypadki sądowo-lekarskie obudzają zawsze i wszędzie niezawodową krytykę, która w roznamiętnieniu zapomina o tem, że nauki ludzkie wogóle, a w szczególności nauki lekarskie mają każdego czasu położony kres, poza który ich przedstawiciel nie może w swem zdaniu się wysunąć, jeśli nie jest obdarzony nadludzkim darem proroczym, a chce pozostać w zgodzie ze swem sumieniem i ze swojem zawodowem wykształceniem.

Po tych kilku ogólnych uwagach przechodzę do przedstawienia trzech przypadków śmierci z postrzału, w których stanowcze rozstrzygnięcie między samobójstwem, a morderstwem na podstawie lekarskiej było niemożliwe

a z których pierwszy nabrał nieledwie światowego rozgłosu.

I. Zagadkowa śmierć Dra Lewickiego.

Wczesnym rankiem 5. czerwca 1909 zastano Janinę Borowską, l. 30 liczącą, zamężną studentkę Wydziału lekarskiego, sam na sam w mieszkaniu Dra Lewickiego z nim samym, leżącym na podłodze w stanie nieprzytomnym, ubranym tylko w koszulę, okrytym kocem, z głową opartą o poduszkę, położoną na wezgłowniku otomany. Prawe oko Dra Lewickiego było okolone sinym obrzękiem, na skroni była widoczną mała rana postrzałowa. Z wyjątkiem śladów smugowatych roztartej krwi na kończynach dolnych rannego, nie dostrzeżono zresztą na jego ciele, w szczególności na twarzy, plam krwawych Na podłodze około głowy rannego znaleziono szeroką plamę świeżo wytartej krwi, a nieco dalej pod szafą na obwodzie plamy nieco niestartych wymiocin. Pod otomaną, znajdującą się w pobliżu, znaleziono rozbitą lampę naftową stołową, z której rozbitego klosza walały się szczerby przed otomaną. Janina Borowska, która od niespełna roku była klientką Dra L. z powodu głośnego procesu, jaki wytoczyła redakcyi dziennika »Naprzód« o obrazę czci, popełnioną przez zamieszczanie znanych rewelacyi Burcewa i Bakaja, a w szczególności nazwiska jej na liście ajentów prowokatorów z czasu rewolucyi w Rosyi, i z którą nawiązał bliższe stosunki Dr L., zeznała tak w śledztwie, jak i w czasie rozprawy, iż przybyła krytycznego wieczoru, a raczej późną już nocą wspólnie z Drem L. do jego mieszkania. Ponieważ stosunki jej bliższe były już od dłuższego czasu z Drem L. zerwane, miał jej Dr L. zwrócić listy, przez nią do niego pisane, w zamian za listy swe własne, do niej wysyłane. Zarazem usiłował ją jeszcze raz skłonić do złożenia w swej sprawie honorowej fałszywych, a dla siebie korzystnych zeznań. Gdy usiłowania te nie odnosiły skutku, miał wedle zeznań Borowskiej, Dr L. strzelić nagle do siebie z rewolweru browninga w chwili, gdy siedział na otomanie. Po strzale miał spaść z otomany na podłogę i przewrócić wtedy lampę, która przy upadku na podłogę rozbiła się i zgasła. Stać się to miało nad ranem. Borowska po ochłonięciu z pierwszego wrażenia, zapaliła inną lampę, a przekonawszy się, że Dr L. jest przytomny, chciała wrzekomo wezwać pomocy lekarskiej, lecz nie uczyniła tego wrzekomo wskutek sprzeciwienia się Dra L. Dopiero, gdy Dr L. stracił przytomność, wezwała nad ranem telefonicznie pomocy zrazu profesora chirurgii, a następnie z jego polecenia pomocy Pogotowia ratunkowego, które przewiozło Dra L. w stanie nieprzytomnym do szpitala. Tutaj zmarł też Dr L. koło południa. Przy przewiezieniu Dra L. karetą ratunkową dopomagała Bor., trzymając wśród jazdy głowę jego na swych rękach. Również miała obwiniona, wrzekomo po strzale, zmywać ranę na skroni wodą i okładać ją ręcznikiem zwilżonym wodą. Obwiniona po ochłonięciu z pierwszego wrażenia po strzale, widząc, że Dr L. miał być przytomnym, sądziła wrzekomo, iż się tylko nieszkodliwie postrzelił, aby ją w ten sposób skłonić do poczynienia zeznań, dla jego sprawy honorowej korzystnych.

W ciągu śledztwa stwierdzono, że wprawdzie ś. p. Dr L. dwukrotnie w latach swych młodzieńczych wykonał nieudane zamachy samobójcze, lecz w czasach ostatnich zamiarów takich nie objawiał, owszem korzystał z dobrobytu i z życia, a nawet wieczorem przed nocą krytyczną omawiał z kilku osobami swą obronę w rozprawie karnej, jaka nazajutrz miała się odbyć, nadto czynił projekty co do podróży, jakie zamierzał niebawem dla rozrywki odbyć. Obwinionej objawiał wobec różnych osób swą niechęć w sposób szorstki, również wyraził kilkakrotnie swą obawę przed nią. Atoli mimo tej obawy sypiał sam w swem mieszkaniu, chociaż nawet przekonał się był o tem dowodnie, iż go wbrew jego woli naszła w niem o niezwykłej porze kobieta, w której domyślano się obwinionej. Od czasu do czasu sypiał u Dra L. pewien rygorozant medycyny, a był on w tym celu zaproszony także i na noc krytyczną. Przyszedł on z wieczora do mieszkania Dra L. w oznaczonej godzinie, jednak zastał drzwi mieszkania zamknięte, a na jego pukanie nikt nie odpowiedział, choć stwierdził, że w sypialni zmarłego się świeciło.

Obwinioną widziano w mieszkaniu Dra L. ostatni raz koło godziny 6 wieczorem przed krytyczną nocą. W jaki sposób dostała się ona nocą do mieszkania, czy wedle swego zeznania wspólnie z Drem L. koło godziny 11 w nocy, czy też w mieszkaniu tem się ukryła o godzinie 6 wieczorem i w niem na powrót Dra L. czekała, czy też wreszcie skorzystała z wiadomej sobie kryjówki klucza od mieszkania Dra L., i dobywszy stamtąd klucz, mieszkanie to późniejszym wieczorem sobie otworzyła, nie dało się stanowczo stwierdzić.

Przy rewizyi mieszkania znaleziono w kuchennym piecu kłąb spalonych papierów, z których wezwany z Wiednia znawca nie zdołał nic pewnego odczytać. Obwiniona zeznała, że z polecenia Dra L. po strzale już spaliła wspólną korespondencyę. Tymczasem i tak znaleziono jeszcze listy, z których dały się wysnuć wnioski o stosunku obwinionej z Drem L. Ze szczątków jednego z tych listów obwinionej do Dra L. wynikało niedwuznacznie, że przyszło między nimi do zerwania wszelkich stosunków, czego dowodem było także podarcie przez obwinioną na kawałki fotografii Dra L. w jego mieszkaniu i obecności dnia 3. czerwca. W wiaderku od wody znaleziono szczątki brulionu listu obwinionej do jej męża, z których wynikał zamiar jej zakończenia samobójstwem. Również znaleziono w mieszkaniu obwinionej kartkę, pisaną jej ręką, zawierającą dyspozycyę co do umieszczenia jej dziecka, flaszeczkę z morfiną i prośbę, aby ciała jej nie poddawano sekcyi, gdyż morfina wyjaśnia dostatecznie przyczynę śmierci. Wreszcie znaleziono w kącie sypialni denata przy ścianie za otomaną gilzę wystrzelonego naboju z browninga po usunięciu stamtąd siennika, na którym nocy krytycznej spał pies legawy Dra L., dobrze znany obwinionej. Ten ostatni szczegół posłużył do badań i prób, dokonanych z krytycznym browningiem w mieszkaniu Dra L. przez wezwanych znawców broni.

Dnia 6. czerwca dokonane oględziny zewnętrzne zwłok ś. p. Dra L. wykazały:

1) Zwłoki mężczyzny dobrze zbudowanego i odżywionego, 180 cm. długie, plamy pośmiertne rozległe na miejscach zwykłych, wyraźne, stężenie pośmiertne wszędzie utrzymane.

2) Na szczycie środka czoła nieregularne, półkoliste, $4^1/_2$ ctm. długie otarcie naskórka, pergaminowo zaschnięte.

3) Nad zewnętrznym odcinkiem łuku brwiowego prawego na granicy guza czołowego prawego, a skroni prawej rana okrągła, $^1/_2$ cm. średnicy licząca, drążąca w głąb czaszki, wydzielająca nieco wiotko skrzepłej, ciemnej krwi. Otoczenie rany tej obrzmiałe, a obrzmienie to przechodzi w obrzęk i zasinienie obu powiek oka prawego. W otoczeniu rany niema nigdzie zaczernienia sadzą, za to są liczne, gęsto obok siebie ułożone punkciki krwawe, wielkości małej główki od szpilki, koncentrycznie dookoła rany tej w średnicy 4 cm. rozmieszczone, a na nich szarawe, drobne naloty.

Nad tylnym odcinkiem kości ciemieniowej lewej rana skośnie z góry i przodu ku dołowi i tyłowi nieco na lewo biegnąca, 1 cm. długa, o brzegach nierównych, nieco miażdżonych przenikająca powłoki skórne. Cała twarz sino-czerwona, skrzepłą krwią i krwawą zaschniętą pianą z ust powleczona.

5) Obie dłonie i dłoniowe strony palców rąk, mniej zaś strony grzbietowe tychże skrzepłą krwią w kilku miejscach w cienkiej warstwie pokryte. Obie ręce, zwłaszcza prawa, nie są zaczernione, ani nigdzie obrażone.

6) W środku zewnętrznej powierzchni przedramienia prawego 3 w odstępie 2 cm. od siebie ułożone ranki okrągłe, jakby od ukłucia szpilki — w otoczeniu ich sinawa skóra.

7) Oba uda, podudzia i stopy rozmazaną krwią zaschniętą powleczone z kilku kroplistymi, zeschniętymi śladami krwawymi na przedniej stronie stawu skokowego lewego. Członek męski nieobrażony za uciskiem nie wydziela się z cewki moczowej żadna treść. (C. d. n.).

Z pracowni dyagnostyki lekarskiej Uniwersytetu Kazańskiego.

Przyczynek do nauki o polycythaemia rubra.

Podał
Prof. Dr Witold Orłowski.

Wśród spraw chorobowych, które cieszyły się w ostatnim czasie szczególniejszem zainteresowaniem hematologów w szczególności i klinicystów wogóle, jedno z pierwszych miejsc zajmuje policytemia. Mimo, że w piśmiennictwie opisano już sporo przypadków tej choroby, do dziś dnia nie rozstrzygnięto nietylko wielu doniosłych pytań, dotyczących tej sprawy chorobowej, lecz nie wyczerpano w dostatecznej mierze nawet klinicznego jej obrazu. Jedni np. do rzędu istotnych policytemii zaliczają tylko t. zw. samoistne jej postacie, inni znów także policytemie przy wrodzonych wadach serca, niektórych schorzeniach płuc (rozedma płuc, odma opłucna i t. d.), przy wznoszeniu się na wysokości, zatruciach fosforem, tlenkiem węgla, jadami drobnoustrojów, przy niektórych chorobach nerwowych i t. d. Vaquez [1]), Osler [2]) i szereg innych autorów wyodrębniają »polycythaemiam megalosplenicam«, jako samoistną postać chorobową, Giesböck [3]) opisuje osobną postać pod nazwą »polycythaemia hypertonica«, nadzwyczaj z objawów podobną do postaci Vaqueza, Stern [4]) nie uznaje wogóle samoistności policytemii, jako jednostki nozologicznej, uważając ją tylko za objaw chorobowy, nie zaś chorobę. Nie ulega wątpliwości, że te i inne różnice w poglądach badaczy na policytemię zależą w znacznej mierze od niedostatecznego opracowania materyału klinicznego, wobec czego pojęciem policytemii są obejmowane różne w rzeczywistości sprawy chorobowe. Wygłaszając to zdanie — pierwszy z podobnem zdaniem występował Türk [5]), — nie mam na myśli, rzecz prosta, t. zw. policytemii względnych, które spostrzegamy w razie obfitych strat płynów przez ustrój z następowem znacznem zgęszczeniem krwi. Można przypuszczać, że ściślejsze badanie innych postaci policytemii doprowadzi do wyodrębnienia osobnych jednostek klinicznych na wzór tego, jak z ogólnego pierwotnego pojęcia o chorobie Brighta wyodrębniono osobne postacie zapaleń nerek. Wychodząc z tego założenia, skorzystałem ze spostrzeżenia 2 przypadków policytemii i poddałem je szczegółowemu badaniu.

Przypadek I. N. F., 35 lat, urodzony w gubernii Orenburskiej, z zawodu kupiec, zgłosił się do mnie 3 II. 1908 r. ze skargami na ogólną słabość, zawroty głowy, szum w uszach, zaparcie stolca. Chory pochodzi ze średnio zamożnej rodziny, ojciec pił dużo napojów wyskokowych, jednak nie chorował, matka cierpiała stale na niedokrwistość. W dzieciństwie chory był zdrów, do 10 lat jednak przebył płonicę i odrę; w 33. roku życia przebył ciężką grypę, powikłaną z zapaleniem płuc; po tej chorobie długo czuł się osłabionym. Latem r. 1906 leczył się kumysem, co go wzmocniło. Po tem leczeniu rozpoczął znowu wytężającą pracę. Na wiosnę r. 1907 znów poczuł bez widocznych przyczyn osłabienie; przypisywał je przemęczeniu. Jesienią tegoż r. 1907 zanważył stałe zaczerwienienie twarzy, lecz nie nadawał temu szczególniejszego znaczenia. W grudniu 1907 r. do tych objawów dołączyły się zawroty głowy, szum w uszach i skłonność do zaparcia.

Badanie przedmiotowe: Chory wzrostu średniego, budowa ciała i odżywienie dobre; powłoki zewnętrzne twarzy i małżowin usznych barwy nasycono-czerwonej; tejże barwy błony śluzowe warg, policzków, języka, dziąseł, gardła i spojówki oczne; w mniejszym stopniu zabarwione powłoki zewnętrzne kończyn górnych; silniejsze zabarwienie wykazują dłonie; przy ucisku na miejsca czerwone zblednięcie ich nie następuje; na twarzy na ogólnem tle czerwonem wyróżniają się drobne rozszerzone naczynia. Układ chłonny i narządy klatki piersiowej nie okazują nieprawidłowości. Opukiwanie kości niebolesne. Tętno 70, oddechów 18 na 1'. Ciśnienie krwi według Gärtnera 100, według Riva-Rocciego 135. Wątroba wyczuwalna na 4 palce pod łukiem żebrowym, zbita, niebolesna, gładka, o brzegu zaokrąglonym. Śledziona niewyczuwalna, opukowo nie zwiększona. Moczu na dobę 1600 cm., cięż. właść. 1,025, odczyn kwaśny, indykan i urobilina w ilości zwiększonej, białka, cukru i innych składników nieprawidłowych mocz nie zawiera. W dalszym ciągu w czasie dwutygodniowej obserwacyi ilość moczu wahała się na dobę w granicach 1200—1700 cm., ciężar właściwy 1,020—1,025, białka i wałeczków nie było. Badanie krwi wykazało, jako średnie dane z badań 4. II. 5. II. i 12. II.: Krwinki czerwone wielkości prawidłowej układają się prawidłowo w rulony, zrzadka zdarzają się megalocyty; komórek macierzystych krwinek czerwonych (erytroblasty) nie znalazłem. Hemoglobiny (Sahli) 145%, krwinek czerwonych w 1 mm 11.560,400, białych 6500, ciężar właściwy krwi 1,072, surowicy krwi 1,028; wskaźnik (Färbeindex) = 0,627, zasadowość krwi, oznaczona alkalimetrem Engla po sprostowaniu wskazań przyrządu, zgodnie z wykazaną przezemnie [14]) w swoim czasie pomyłką, wynosi 426 mgr. NaOH w 100 cm krwi; lepkość krwi (Hess) = 11,8 (prawidłowo 4,57) Limfocytów 29%, postaci dojrzałych 4,5%, przejrzałych (wielojądrzastych neutrofilnych) 64%, eozynofilnych 2%, komórek tucznych (Mastzellen) 0,5%. Zawartość wody w całkowitej krwi 64,3%, substancyi stałych 25,7%, sucha pozostałość surowicy 8,6%, azot całej krwi (według Kjeldahla) 4,03%. więc białka w niej 25,2 gr. (%). Badanie przemiany azotowej dało wyniki następujące:

Pokarm 5-dniowy	Azotu w pokarmie 5-dniowym	Dni badania	Mocz: Dobowa ilość	Mocz: Mocznik	Mocz: N mocznika	Mocz: Ogólny azot	Mocz: N innych substancyi
Mięsa 1500 gr.	54,675	6. II.	1050	24,502	11,461	15,321	3,80
Bulionu mięsnego 1000 cm	1,0	7. II.	1720	25,478	11,889	14,825	2,936
Chleba 1000 gr.	31,5	8. II.	1675	28,352	13,230	15,250	2,02
Masła 250 gr.	1,1	9. II.	1800	20,455	12,345	14,675	2,32
Mleka 2500 gr.	0,975	10. II.	1735	20,565	12,396	14,720	2,324
Cukru 250 gr.	—	—					
Herbaty 500 cm.	—	—					
Razem	95,25 gr.		8580	131,412	61,321	74,791	13,47
Kał: Ilość	500 gr.						
Kał: N kału	11,8 gr.						
N moczu i kału	86,591 gr.						
% wymiany N	89,62%						
% przyswajania N	87,61%						

Równoważnik Robina, więc. %, stosunek N mocznika do całkowitego N moczu wynosi 82% i % stosunek N substancyi wyciągowych moczu do N mocznika 10,25.

Przypadek II. A. N. ziemianin, 35 lat, urodzony w Tambowskiej zgłosił się do mnie 9. III. 1908 r. ze skargami na bóle głowy, zawroty głowy, ogólne osłabienie, czasami bicie serca; wszystkie te objawy zjawiły się przed $1\frac{1}{2}$ roku; w dzieciństwie przebył płonicę, kilkakrotnie grypę; w 23 r. życia zakaził się kiłą, którą leczył niedokładnie; abusus in Baccho et in Venere. Chory wzrostu średniego, budowa ciała mierna, odżywienie dostateczne. Powłoki zewnętrzne, zwłaszcza głowy, barwy nasyconoczerwonej, na nosie i policzkach oddzielne rozszerzone naczynia krwionośne; widzialne błony śluzowe barwy fioletowoczerwonej. Tętnice obwodowe zmian miażdżycowych nie przedstawiają, żyły rozszerzone, zwłaszcza na szyi i kończynach górnych; wypełnione żyły opadają przy podniesieniu kończyny górnej bardzo powoli. Ucisk na nieprawidłowo zabarwioną skórę nie wywołuje zupełnego zblednięcia. Tony serca czyste, nie zaostrzone, lewa granica bezwzględnego przytłumienia sercowego znajduje się na zewnętrznym brzegu otoczki lewego sutka, inne granice są prawidłowe. Płuca, wątroba, śledziona i przewód pokarmowy zboczeń nie okazują. Tętno 75 na 1', napięte; ciśnienie krwi według Gärtnera 150 mm., według Riva-Rocciego 205 mm. Oddechów 16 na 1'. Badanie krwi wykazało jako średnią z badań 10. III., 11. III. i 18. III.: Krwinki czerwone prawidłowej wielkości i kształtów, układają się dobrze w rulony; poikilocytozy i wielobarwliwości krwinki czerwone nie okazują; erytroblastów niema; hemoglobiny 130% (Sahli), krwinek czerwonych w jednym mm 8.708,300, wskaźnik (Färbeindex) = 0,746, krwinek białych 10,200, limfocytów 22,5%, dojrzałych 3,8%, przejrzałych 72,5%, eozynofilnych 1,2%; ciężar właśc. krwi 1,065, surowicy 1,028, sucha pozostałość krwi 24,98%, surowicy 8,02%, N we krwi całkowitej (wzięto z żyły zgięcia łokciowego) 3,9%, więc białka w niej 24%, N w surowicy 1,2%, białka w niej 7,5%; zasadowość krwi 319,8 mm. Moczu na dobę 1830 cm^3, cięż. wł. 1,008, indykan i urobilina w ilości zwiększonej; białka, cukru i innych składników nieprawidłowych niema; w odwirowanym osadzie śluz i pojedyncze leukocyty. W ciągu obserwacyi do 25. III. ilość moczu na dobę wahała się w granicach 1700—2000 cm^3, ciężar właściwy 1,012—1,007; białka ani razu w moczu nie było. Badanie przemiany azotowej, które przeprowadziłem, zwłaszcza wobec tego, że przy policytemii tej formy takiego badania, o ile wiem, nie ogłoszono dotychczas, wykazało, co następuje (ob. tablicę):

Pokarm 5-dniowy	Azotu w pokarmie 5-dniowym	Dni badania	Mocz: Dobowa ilość	Mocz: Ogólny N	Mocz: Mocznik	Mocz: N mocznika	Mocz: N innych substancyi	Kał: Ilość	Kał: N kału	N moczu i kału	% wymiany N	% przyswajania N
Mięsa 1400 gr.	49,28	12. III	1700	17,235	32,256	15,05	2,185					
Balionu mięsnego 820 cm.	0,492	13. III.	1810	18,410	33,15	15,47	2,94					
Chleba 1000 gr.	43	14. III.										
Mleka 2400 cm.	14,4	15. III	1850	17,84	33,58	15,67	2,17					
Masła 250 gr.	1,405	16. III	1780	17,045	32,20	15,05	2,595					
Cukru 250 gr.	—	—										
Herbaty 5000 cm.	—	—	1825	17,322	32,90	15,38	1,942					
Razem	98,577 gr.		8985	88,452	104,206	70,02	11,832	630 gr.	8,822 gr.	97,274 gr,	98,55%	91,05%

% stosunek N mocznika do całkowitego N moczu (równoważnik Robina) wynosi 86,02%, % zaś stosunek N substancyi wyciągowych moczu do N mocznika wynosi 15,4%.

Przechodzę teraz do omówienia spostrzeganych przezemnie przypadków. Pierwszy z nich jest to »polycythaemia rubra« Vaqueza. Za tem rozpoznaniem przemawia przedewszystkiem ogromna liczba krwinek czerwonych w 1 mm., mianowicie, 11.560,400, więc liczba, nietylko przewyższająca prawidłową (5.000,000), lecz nawet te 8,872000, które według obliczeń Reinerta, mogą się zmieścić w 1 mm krwi człowieka przy zwykłej wielkości krwinek. Liczba krwinek czerwonych w moim przypadku znacznie przewyższała średnie 8—9 milionów, które zaznacza większość badaczy przy policytemii, krwinki w moim przypadku miały jednak, zgodnie ze spostrzeżeniami innych autorów prawidłową wielkość, a we krwi zdarzały się tylko pojedynczo megalocyty. Oprócz wybitnego zwiększenia liczby krwinek czerwonych w 1 mm^3, stwierdzić było można nader wyraźne czerwone zabarwienie powłok zewnętrznych, zwłaszcza twarzy i widzialnych błon śluzowych, jak również obrzmienie wątroby. Objawy te, zwłaszcza pierwszy, jakkolwiek nie są stałe w policytemii, to w tych przypadkach, gdy są wybitnie zaznaczone, jak w mojem spostrzeżeniu, potwierdzają słuszność zaliczenia przypadku do rzędu policytemii Vaqueza. Coprawda, w moim przypadku śledziona nie była powiększona, wbrew temu, co zwykle bywa przy policytemii Vaqueza, ta jednak okoliczność nie przemawia przeciwko zaliczeniu mego spostrzeżenia do postaci Vaqueza, podobny bowiem stan śledziony widzimy w przypadkach Oslera, Türka, Lommela [7]), Münzera [8]), Pfeiffera [6]), Ambarda z Fiessingerem [7]), Luce [10]) i innych. Co się tyczy drugiego mojego przypadku, zaliczam go do rzędu policytemii, opisanej przez Giesböcka pod nazwą »polycythaemia hypertonica«. Ten przypadek cechują bowiem: znaczna zawartość krwinek czerwonych w 1 mm^3 krwi — 8,708.300, nader wybitne czerwone zabarwienie skóry i widzialnych błon śluzowych z rozszerzeniem naczyń skórnych, wreszcie bardzo wysokie ciśnienie krwi, więc objawy, znamienne dla postaci Giesböcka.

Miałem więc przed sobą dwa przypadki policytemii, z których pierwszy przedstawiał obraz policytemii typu Vaqueza, drugi zaś — typu Giesböcka. Według zdania Giesböcka, jego typ powinien być odróżniony od postaci Vaqueza »als ein besonderes, eigenartiges Krankheitsbild« (str. 407). Nim jednak przejdę do rozejrzenia się, o ile ten pogląd jest uzasadniony, zwrócę uwagę na niektóre osobliwości moich przypadków, któremi one różnią się od przypadków, w piśmiennictwie ogłoszonych, lub które rzucają światło na zagadnienia, niedość jeszcze wyświetlone. Z tego punktu widzenia poruszę przedewszystkiem niektóre własności krwi moich chorych. Najpierw zaznaczę, że ciężar właściwy krwi pierwszego chorego jest znacznie wzmożony, mianowicie wynosił 1,068. Równocześnie surowica krwi jest więcej wodnista, niż w stanie prawidłowym. Przekonują

o tem nizki ciężar właściwy surowicy — 1,028 i zmniejszona zawartość w niej substancyi stałych, mianowicie 8,6%. Wobec tego zmianę ciężaru właściwego krwi tego chorego należy tłómaczyć zwiększeniem liczby krwinek, mianowicie erytrocytów, ponieważ liczba białych, wbrew temu, co spostrzegała większość badaczy, nietylko nie była wzmożona, lecz przeciwnie raczej trzymała się nizkich liczb prawidłowych. Tą samą okolicznością tłómaczy się i to, że sucha pozostałość krwi całkowitej — 25,7% — i zawartość w niej białka — 25,2% — były u tegoż chorego nieco większe, niż prawidłowo (18 — 23% suchej pozostałości prawidłowej krwi całkowitej; 22,62% zawartości w niej białka). Wodnistość surowicy krwi wymownie świadczy, że w pierwszym przypadku miałem przed sobą istotną policytemię, nie zaś względną, zależną od zubożenia krwi i ustroju w płyny z następowem zgęszczeniem krwi. Taksamo przedstawiał się i drugi mój przypadek, w którym ciężar właściwy surowicy wynosił również 1,028, a sucha pozostałość surowicy była jeszcze mniejsza, niż w pierwszym, bo wynosiła 8,02% z zawartością białka 7,5%.

Pouczającem jest dalej zwrócić uwagę na zasadowość krwi w moich przypadkach. W pierwszym wynosiła ona 426 mg, w drugim 315,8 mg. Liczby te są bardzo zbliżone do 409—439 mg dla pierwszego przypadku i 329 mg dla drugiego, które otrzymamy drogą zwykłego obliczenia arytmetycznego stopnia zasadowości krwi, biorąc za podstawę, że zasadowość krwi prawidłowej, jak to w swoich pracach [14]) wykazałem, wynosi 240—267 mg NaOH w 100 cm³ krwi, z których połowa przypada na osocze krwi (Brandenburg [11]), Berend [12]), Löwy [13]), Witold Orłowski) [14]). Tożsamość liczb — istotnej i otrzymanej drogą obliczenia, świadcząc, że wysokie liczby zasadowości krwi policytemików zależą od zwiększonej liczby krwinek czerwonych, wymownie stwierdza słuszność zdania, które wygłosiłem [14]) przed laty dziewięciu, że zasadowość osocza krwi utrzymuje się z zadziwiającą stałością na wysokości stałej, ulegając obniżeniu tylko w wyłącznych stanach ustroju, które w swoim czasie zaznaczyłem. Zasadowość osocza krwi pozostaje stałą nietylko w tych różnorodnych sprawach chorobowych, które miałem sposobność zbadać podczas mych studyów nad alkalicznością krwi, a które przebiegały wśród objawów niedokrwistości lub z prawidłową zawartością krwinek we krwi, lecz i w stanach z krwią nadmiernie obfitującą w krwinki, jak to widzimy w drugiem, a zwłaszcza w pierwszem z moich spostrzeżeń. Co do stanów chorobowych, przebiegających z prawidłowym składem krwi pod względem liczby krwinek czerwonych, jak również z niedokrwistością, stałość zasadowości osocza krwi została od czasu ogłoszenia moich pierwszych badań w tej dziedzinie stwierdzona w całym szeregu prac innych badaczy. Wykazanie tejże stałości i w stanach odwrotnych, niż niedokrwistość, mianowicie, przy policytemii Vaqueza i Giesböcka, jeszcze więcej stwierdza słuszność wygłoszonego przezemnie w r. 1901 poglądu o doniosłem znaczeniu dla ustroju zasadowości osocza krwi [1]).

Nie mniejsze zajęcie, niż właściwości krwi, wzbudzają te dane, które otrzymałem w swoich przypadkach pod względem przebiegu przemiany materyi. Zdawałoby się, że wobec znacznego zwiększenia ilości krwinek czerwonych we krwi, energia życiowa komórek ustroju i, co za tem idzie, przemiana materyi, powinnyby się wzmódz lub w każdym razie uledz poważniejszym zmianom. Wbrew oczekiwaniu, w pierwszym przypadku odsetkowy stosunek N mocznika do całkowitego N moczu, t. zw. równoważnik Robina (82% zamiast średniej przy mieszanym pokarmie liczby 84—86%), również % stosunek N substancyi wyciągowych do N mocznika (10,25% zamiast średniej liczby 12%), wreszcie, % wymiany N (89,62%) wykazały liczby, nietylko nie wyższe, niż zwykle, lecz raczej nieco niższe od stanu prawidłowego, zresztą nietylc, żeby temu obniżeniu nadawać znaczenie poważniejsze. Widocznie, pomimo zmian składu krwi ustrój zachowuje zdolność wymiany materyi bez większych zboczeń. W drugim przypadku spostrzegamy stan wręcz przeciwny. Tu odsetkowy stosunek N substancyi wyciągowych do N mocznika (15,4%), % wymiany N (98,55%), wreszcie w mniejszym stopniu równoważnik Robina (86,62%) wykazują liczby, które przemawiają na korzyść wzmożenia spraw utleniających w ustroju. O ile podobny stan jest zjawiskiem stałem dla policytemii Giesböcka, przesądzać nie będę, albowiem wymiana azotowa przy tej postaci policytemii dotychczas jeszcze zupełnie nie jest zbadana.

Pokrótce poruszę jeszcze niektóre szczegóły składu krwi, jakkolwiek wzbudzają one mniejsze zajęcie, niż dane, któreśmy już rozejrzeli. Tak więc zaznaczę brak w pierwszym moim przypadku normoblastów we krwi, o których mówią przy policytemii Vaqueza prawie wszyscy badacze, zwłaszcza Schneider [17]), Rubinsztein [18]), Schmidt i Rencki (Rencki, jak również Türk, Schneider, Bence [19]), Osler spostrzegali nawet megaloblasty), brak polichromatofilii w tymże przypadku i w drugim, zmniejszenie w pierwszym % zawartości krwinek wielojądrzastych neutrofilnych ze zwiększeniem % ilości limfocytów, wbrew temu, co zaznacza w policytemii Vaqueza większość badaczy, stosunkowo nie wysoka zawartość w temże spostrzeżeniu krwinek białych i t. d. Niektóre z tych danych spostrzegali przy policytemii Vaqueza i inni autorowie. Tak np. brak normoblastów spotykamy w przypadkach Köstera [20]), Glässnera [21]), Pfeiffera,

---

[1]) W ostatnim czasie miareczkowym sposobom oznaczania zasadowości krwi poczyniono zarzut, że sposoby te nie określają istotnego oddziaływania krwi, lecz wyświetlają jedynie stosunek kwasów i zasad między sobą i do rozczynu, którym miareczkujemy; wskazują również, że zależnie od użytego wskaźnika odczyn tego samego płynu jest różny, ponieważ wskaźniki same nie są przetworami obojętnymi, lecz przedstawiają albo — co najczęściej — kwasy, albo zasady z niejednakowym stopniem kwaśności resp. zasadowości. Wychodząc z tego założenia, polecono w ostatnim czasie zamiast metod miareczkowania metodę oznaczania zasadowości krwi Friedenthala [15]), która sprowadza się do użycia szeregu wskaźników kwaśnych i zasadowych. Metoda ta pozwala oznaczyć istotną (czynną) kwaśność resp. zasadowość cieczy organicznych, nie zaś potencyalną (bierną), którą oznaczają sposoby miareczkowe. Przy zastosowaniu tej metody Friedenthala do oznaczenia odczynu krwi okazało się, że oddziaływanie krwi nie jest zasadowe, lecz obojętne. Pomimo to, zaznaczony przezemnie fakt uporczywego utrzymywania się stałego odczynu krwi nawet przy zatruciach kwasami i zasadami został stwierdzony i tą »metodą wskaźników« (Westenryk) [16]). Wobec tego można śmiało rzec, że metody miareczkowego oznaczania zasadowości krwi, któremi sam się posługiwałem przy mych studyach nad zasadowością krwi, mogą być i nadal używane do celów klinicznych, jakkolwiek te metody wykazują istotnie zasadowość, że tak powiem, potencyonalną, lecz pod niezbędnym warunkiem używania dla miareczkowania zawsze tegoż samego wskaźnika i tegoż kwasu miareczkowego.

Schmilinsky'ego, Ambarda z Fiessingerem, leukopenię spostrzegali Aldrich z Crummerem [22]), Cominotti [23]), Lommel, Osler, Senator [24]), P. Weber [25]), Gordon [26]) i inni. Godne zaznaczenia w pierwszym przypadku jest jeszcze zestawienie liczby krwinek czerwonych z wysokością lepkości krwi i ciśnienia krwi. Lepkość krwi jest, jak wiadomo, u policytemików po większej części znacznie zwiększona (Bence, Determann [32]), Weber, Glässner, Münzer, Kottmann [33]), Lommel, Löw z Popperem [27]), Winter, Goriajew [32]) i inni) co tłómaczy się wielką liczbą krwinek czerwonych. W związek z tem podniesieniem lepkości krwi niektórzy (Naegeli i inni) stawiają wzmożenie ciśnienia krwi u chorych na policytemię. Mój pierwszy przypadek jednak dowodzi niesłuszności tego poglądu, ponieważ, pomimo wysokiej lepkości krwi (11,8 zamiast prawidłowych 4,57), ciśnienie krwi w tym przypadku było raczej obniżone. W drugim przypadku nie powiodło mi się, niestety, oznaczyć lepkości krwi.

Wracam teraz do sprawy wzajemnego stosunku między policytemią Vaqueza i Giesböcka. Wyżej już nadmieniłem, że Giesböck wyodrębnia opisaną przez siebie postać w jednostkę samodzielną. O ile ten pogląd jest uzasadniony, na razie orzec stanowczo nie można wobec niedostatecznego wyświetlenia patogenezy policytemii Vaqueza i Giesböcka i braku badań anatomopatologicznych przy postaci Giesböcka. Wobec tego uważam za możliwe w sprawie tej podać jedynie niektóre przypuszczenia i myśli, wynikające ze spostrzeżeń zawartych w piśmiennictwie i moich, nie roszcząc jednak pretensyi do uznania ich za pewnik.

Dla swej postaci Giesböck uważa za objawy znamienne, odróżniające się od policytemii Vaqueza, wysokie ciśnienie krwi i brak zwiększenia śledziony. Istotnie, we wszystkich przypadkach Giesböcka, jak również moim, śledziona klinicznie nie była zwiększona. Ten objaw jednak nie jest stałym i przy policytemii Vaqueza: nie spostrzegali go np. Osler, Türk, Reckzeh [28]), Lommel, Münzer, Pfeiffer, również ja, Ambard zaś z Fiessingerem nie znaleźli zwiększenia śledziony także i przy badaniu zwłok u spostrzeganego przez nich policytemika, wreszcie w przypadku Lucego śledziona na sekcyi okazała się zadziwiająco małą. Godne pod tym względem zaznaczenia są również przypadki Weintrauda [31]) i Lommela, w których pierwotnie powiększona śledziona w dalszym biegu choroby wracała do stanu prawidłowego. Z drugiej znów strony Rosengart [29]), Osler, Preiss [30]), Köster, Bence ogłosili przypadki policytemii, w których przy klinicznym obrazie policytemii Vaqueza z powiększeniem śledziony ciśnienie krwi było znacznie wzmożone. Co się tyczy drugiego znamiennego objawu policytemii Giesböcka, mianowicie, wysokiego poziomu ciśnienia krwi, to Giesböck nie uważa za możliwe postawić go w związek z miażdżycą tętnic lub z zapaleniem nerek, ponieważ w wielu jego przypadkach żadna z tych spraw chorobowych nie była dobitnie wyrażona, z drugiej zaś strony liczba krwinek czerwonych przy miażdżycy tętnic i zapaleniu nerek zwykle jest prawidłowa lub, zwłaszcza w zapaleniu nerek, obniżona. Jeśli jednak poddać przypadki Giesböcka ściślejszemu rozbiorowi krytycznemu, to mimo woli nusuwa się pytanie, czy nie byli to chorzy na przewlekłe śródmiąższowe zapalenie nerek w *okresie początkowym*, w którym niema jeszcze niedokrwistości. Istotnie przeszło w połowie jego przypadków stwierdzano, jakkolwiek niestale, białko w moczu w ilości niewielkiej, w innych przypadkach polyurye i nizki ciężar właściwy moczu, w niektórych — takich było niewiele — wybitne oznaki nerki marskiej, wreszcie, prawie we wszystkich, zwiększenie wymiarów serca, przeważnie w lewo. Giesböck coprawda nadmienia, że w niektórych z jego spostrzeżeń nie było żadnych oznak zapalenia nerek, lecz niestety nie przytacza, jak długo miał tych chorych w obserwacyi, a przecież ta okoliczność jest nader ważną dla rozpoznawania początkowych okresów śródmiąższowego zapalenia nerek. W moim drugim przypadku, który należy do rzędu policytemii Giesböcka, przez czas obserwacyi od 5. III. do 25. III. białkomoczu nie było, lecz zwiększenie dobowej ilości moczu i nizki jego ciężar właściwy obok przerostu lewej komory serca zmuszały również przypuszczać śródmiąższowe zapalenie nerek w okresie początkowym, tembardziej, że nie brakło czynników etyologicznych w tym kierunku: przewlekłe nadużycie napojów wyskokowych i kiła. Rosengart, Osler, Preiss, Köster, Bence i inni opisali również przypadki policytemii z wysokiem ciśnieniem krwi, coprawda, z jednoczesnem powiększeniem śledziony (w przeciwieństwie do przypadków Giesböcka i mojego), w których były również zmiany, wskazujące na przewlekłe śródmiąższowe zapalenie nerek, mianowicie białkomocz (od śladu białka do 0,06%), po większej części pojedyncze wałeczki szkliste i ziarniste, w przypadku zaś Bencego bez wałeczków polyurya, nizki ciężar właściwy moczu i białkomocz do 0,1%, wreszcie we wszystkich przypadkach wzmożenie drugiego tonu nad tętnicą główną, w niektórych ze zwiększeniem lewej granicy stłumienia sercowego w lewo. Wszystkie te spostrzeżenia nasuwają myśl o związku wysokiego ciśnienia krwi przy policytemii Giesböcka z przewlekłem śródmiąższowem zapaleniem nerek. Do tego zresztą zdania, zdaje się, skłonić się gotów i sam Giesböck po spostrzeżeniu jednego przypadku policytemii swojego typu, który miał sposobność poddać sekcyi. Jeśli uznamy to zapatrywanie, to będzie można uważać policytemię Giesböcka słusznie nie za samodzielną chorobę lub samodzielny zbiór objawów, lecz za policytemię Vaqueza u osobnika, dotkniętego początkowymi zmianami w nerkach o charakterze przewlekłego śródmiąższowego zapalenia. W takim razie wysokie ciśnienie krwi byłoby objawem już nie podstawowym, lecz że tak powiem towarzyszącym (»Begleiterscheinung«). Jeśli w ten sposób rozumieć wzajemny stosunek policytemii Vaqueza i Giesböcka, to staje się zupełnie zrozumiałem nadzwyczajne podobieństwo obrazu klinicznego obydwu postaci zarówno co do strony podmiotowej, jako też przedmiotowej.

Wygłaszając taki pogląd na wzajemny stosunek między policytemią Vaqueza i Giesböcka, nie uważam go za nieomylny i gotów jestem cofnąć go, jeśli dalsze studya obydwóch postaci policytemii doprowadzą do wykrycia takich danych, które będą przemawiały przeciwko ich połączeniu. Pod tym względem rozwiązanie omawianej sprawy mogłoby znacznie posunąć się naprzód, jeśliby udało się zbadać zmiany anatomiczne narządów krwiotwórczych, zwłaszcza szpiku kostnego, w przypadkach policytemii Giesböcka. Niestety, w jednym ze swoich przypadków, zakończonym sekcyą, Giesböck nie zwrócił na tę okoliczność żadnej uwagi. Poddano [24]) badaniu szpik kostny dotychczas

tylko w jednym typowym przypadku policytemii Giesböcka i znaleziono rozrost i bujanie części erytroblastycznej i leukoblastycznej, co stanowi cechę znamienną również dla policytemii Vaqueza

Piśmiennictwo.

1. Vaquez. Cyanose accompagnée d'hyperglobulie excessive et persistante. Przytaczam według streszczenia w Semaine méd. 1892.—2. Osler. Chronic cyanosis with polycythaemia and enlarged spleen: a new clinical entity. The american Journal of the medical sciences. 1903, i Ob erytremii (policytemia z cyanozom, maladie de Vaquez). Prakticz. Wracz 1908, nr 18—19. — 3. Giesböck. Die Bedeutung der Blutdruckmessung für die Praxis. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1905, t. 83. — 4. Stern. Ueber Polyzythaemie. Med. Klinik 1908, nr 2—3. — 5. Türk. Beiträge zur Kenntniss des Symptomenbildes: Polyzythaemia mit Milztumor und »Zyanose«. Wiener klin. Wochft. 1904, nr 6—7. — 6. Pfeiffer. Ein Fall von Polycythämie ohne Milztumor. Deutsch. Arch. für klin. Med. t. 90. — 7. Lommel. Ueber Polycythämie mit Milztumor. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1906, t. 87; Über Polycythämie, ibidem, t. 92; Ueber Polycythämie (Erythrämie). Münch. med. Woch. 1908, nr 6. — 8. Münzer. Ueber Polyzythämie nebst Beiträgen zur klin. Untersuchung. Zeitschr. für exper. Path. und Ther. t. 5. — 9. Ambard et Fiessinger. Cyanose congénitale avec polyglobulie vraie Arch. de med. expér. etc. 1907, nr 2. — 10. Luce. Ueber Erythrocytosen und ihre Pathogenese. Med. Klinik 1909, nr 4—5. — 11. Brandenburg. Ueber die Alcalescenz des Blutes Zeitsch. für klin. Med. 1899, t. 36. — 12. Berend. Ueber eine neue klinische Methode zur Bestimmung der Blutalcalescenz. etc. Zeitschr. f. Heilkunde, 1896, t. 17. — 13. Lowy. Untersuchungen über Alcalescenz des Blutes. Pflügers Archiv Physiol. 1894, t. 58. — 14. W. Orłowski. Przyczynek do nauki o zasadowości krwi. Przegląd lek. 1901, nr 18; Wracz 1901, nr 11; Centralbl. für Stoffwechsel und Verdauungskr. 1902, nr 2; Deutsche med. Woch. 1903, nr 34; również Samozatrucie kwasami etc. Przegląd lek. 1901, nr 29—30; Wracz 1901, nr 30; Centrbl. f. Stoffwechsel und Verdauungs. 1902, nr 5; Zasadowość krwi w stanach fizyologicznych i patologicznych ustroju. Przegląd lek. 1902, nr 1—2; Wracz 1901, nr 39—40; Archives polonaises des sciences biolog. et méd. 1902, wreszcie K biologii krowi. Wracz 1901, nr 43. — 15. Friedenthal. Ueber die Reaction des Blutserums etc. Zeitschr. für allg. Physiol. 1903. — 16. Westenryk. O reakcyi krowi po sposobu pokazatelej (»metod indikatorow«) pri patołogiczeskich sostojanijach. Russkij Wracz 1909, nr 7—8. — 17. Schneider. Ein Beitrag zur Frage der Polyglobulie. Wiener klin. Woch. 1907, nr 14; Ueber das Verhalten des Blutes etc. ibidem 1907, nr 27. — 18. Rubinsztein. Krasnokrowije i biełokrowije. Oczerk uczenia o Polycythaemia rubra megalosplenica. Russkij Wracz 1908, nr 7—9. — 19. Bence. Drei Fälle von Polyglobulie mit Milztumor. Deutsche med. Woch. 1907, nr 36—37. — 20. Köster. Zur Kasuistik der Polycythämie zugleich ein Beitrag zur Aetiologie etc. Münch. med. Woch. 1906, nr 22—23. — 21. Glässner. Beitrag zur Pathologie der Polycythaemia rubra. Wiener klin. Woch. 1905, nr 49. — 22. Aldrich and Crummer. Przytaczam według Zentralbl. für kl. Med. 1907, nr 30 i pracy Gordona w Zeitschr. f. klin. Med. 1909, t. 68. — 23. Cominotti. Hyperglobulie und Splenomegalie. Hyperglobulie und Splenektomie. Wiener klin. Woch. 1900, nr 39. — 24. Senator. Ueber Erythrocytosis (Polycythaemia rubra) megalosplenica. Zeitschr. für klin. Med. 1906, t. 60 i XVI Congrès international de méd. 1909, Section VI, str. 193—197. — 25. Weber. A case »splenomegalie« etc. Lancet 1905, 13. V. i 1906, 24. XI. — 26. Gordon. Zeitschr. f. klin. Med. 1909, t. 68. — 27. Löw und Popper. Beitrag zur Klinik der Polycythämie. Wien. kl. Woch. 1908, nr 11.—28. Reckzeh. Klinische und experim. Beiträge zur Kenntniss des Krankheitsbildes der Policythämie mit Milztumor und Zyanose. Zeitschr. f. klin. Med. 1905, t. 57. — 29. Rosengart. Milztumor und Hyperglobulie. Mitteil. aus den Grenzgeb. zu Med. u. Chir. 1903, t. 11.—30. Preiss. Hyperglobulie und Milztumor. Mitt. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir. 1904, t. 13. — 31. Weintraud. Polyglobulie und Milztumor. Zeitschr. für klin. Med. 1904, t. 55. — 32. Determann. Klinische Untersuchungen der Viscosität des menschl. Blutes. Zeitschr. für kl. Med. 1906, t. 59; Die Beeinflussung der Viscosität etc. Berl. kl. Woch. 1907, nr 22—23. — 33. Kottmann. Ueber die Viscosität des Blutes. Korrespondenzbl. f. Schweizerärzte 1907, nr 4—5. — 34. Gorjajew. Polycythaemia myelopathica (splenomegalica). Kazanskij medic. Żurnał 1909, t. 9.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Kammerer. **Dziedziczenie zmian nabytych u płazów.** (Międzynarod. Zjazd fizyologów. Wiedeń 1910). K. podał w tym przedmiocie bardzo ciekawe spostrzeżenia. Tak np. »lacerta vivipara« prawidłowo wydaje na świat płody żywe, natomiast w ciepłocie do 30° C. składa wyjątkowo jaja. Jaja te z początku są bez skorupki, następnie mają już błonkę grubszą, podobną, jak u gatunków znoszących jaja. Potomstwo uległe z jaj znosi dalej już i w zwykłych warunkach jaja. »Lacerta serpa« znosi znów zwykle jaja otoczone błoną pergaminową. Przy trzymaniu zwierząt w ciepłocie 30—35° C. błona ta zmienia się w skorupę i potomstwo nawet trzymane w zwykłej ciepłocie znosi już jaja dalej z twardą skorupą. Ciekawe także spostrzeżenia podał K. co do dziedziczenia nabytych zmian barwikowych. Wspomniane płazy przez trzymanie w suchem, a bardzo gorącem miejscu, otrzymują czarne zabarwienie powłok. Przeniesione w warunki zwykłe rodzą potomstwo o barwie prawidłowej, ale szybko zmieniającej się w zabarwienie ciemne, podobne do zabarwienia rodziców. Naodwrót gatunki ciemne można przez trzymanie w wilgoci przy nizkiej ciepłocie pozbawić barwika; młode rodzą się potem ciemne, zmieniając rychło zabarwienie na jasne.

Burckhardt. **Badania bakteryologiczne gruźlicy chirurgicznej; przyczynek do nauki o różnorodności gruźlicy człowieka, a zwierząt.** (Deut. Zft. f. Chir. 106. I—III). B. badał szczegółowo bakteryologicznie 49 przypadków gruźlicy chirurgicznej w klinice w Królewcu i przekonał się, że w 44 przypadkach przyczyną choroby był zarazek typu ludzkiego, w 5 zwierzęcego (t. bovinus). Różnicy klinicznej, ani anatomicznej przypadki te nie okazują, jedynie rokowanie co do przebiegu przy typie zwierzęcym jest znacznie lepsze. Różnica w typach da się wykazać przez hodowle i przeszczepiania na królikach, u których typ zwierzęcy jest groźniejszy niż ludzki. Typ zwierzęcy nie wywołuje zmiany nerek; ogniska w płucach przedstawiają obraz odmienny, niż w gruźlicy ludzkiej. K.

Fischler. **O występowaniu ostrego znacznego zwyrodnienia wątroby u zwierząt z przetoką Ecka, przy istniejącej martwicy tłuszczowej trzustki, wraz z uwagami o związku między wątrobą a trzustką.** (Deut. Arch f. klin. Med. 1910. Zeszyt 3. i 4.). Autor zauważył, iż zwierzęta, u których podczas zakładania przetoki Ecka uszkodzono trzustkę, giną do 4 dni wśród objawów samozatrucia; natomiast zwierzęta z przetoką Ecka, ale bez uszkodzenia trzustki, w krótkim względnie czasie po operacyi podnoszą się na siłach i wracają do zdrowia. Objawy poprzedzające śmierć zwierzęcia, są następujące: osłabienie, z każdą chwilą potęgujące się tak, iż zwierzęta nie mogą utrzymać się na nogach, nos wilgotny, zimny, tętno przyspieszone; wkrótce pojawiają się kurcze w kończynach równocześnie z dusznością, wymiotami i oddawaniem stolca, ciepłota opada do 36° i następuje śmierć. W jednym przypadku spostrzegał F. podrażnienie psychiczne. Powyższym klinicznym objawom samozatrucia odpowiada również godny uwagi obraz anatomiczny. Trzustka i sąsiadująca z nią tkanka tłuszczowa zawierają liczne ogniska martwicze, w zmniejszonej wątrobie zauważyć można zabarwienie żółtawo-białe, występujące przyśrodkowo, wyraźnie odgraniczone od obwodowych prawidłowo wyglądających części zrazików. Pod drobnowidem stwierdza się wybitne zwyrodnienie tłuszczowe i zanik komórek wątrobowych dookoła środkowej żyły zrazika, ku obwodowi słabiej wyrażone, podobnie jak przy ostrym żółtym zaniku wątroby. Nie ulega zatem wątpliwości, iż przyczyną śmierci zwierząt w doświadczeniach F. były zmiany wsteczne w wątrobie, wywołane, według F., uwolnionymi fermentami trzustki, które dostają się do wątroby drogą naczyń chłonnych, a o któ-

rych działaniu świadczy znajdowanie w ogniskach obumarłych w wątrobie składników kwasów tłuszczowych, jako wyrazu działania steapsyny. Pogląd ten popiera F. doświadczeniami, w których nie było wstecznych zmian w wątrobie, jeżeli trzustka była nienaruszona. R. Łaba.

Neurologia i psychiatrya.

Leiner i Wiesner. **Doświadczalne badania nad zapaleniem przednich rogów rdzenia** (poliomyelitis acuta). (Wiener med. Wochs. 1910, Nr 42). Do doświadczeń posługiwali się autorowie małpami, którym śródczaszkowo lub do nerwów wstrzykiwali zawiesinę rdzenia ludzi zmarłych na zapalenie przednich rogów lub zwierząt dotkniętych tą chorobą. Po 6—10 dniach wystąpiły objawy zwiastunowe w postaci znużenia, ociężałości, po których nagle występowały porażenia o typie porażeń wiotkich ze zniesieniem odruchów. Badanie rdzenia tych zwierząt wykazało w obrębie szarej substancyi zmiany zapalne i zwyrodnienia. Rozmaite sposoby wstrzykiwań wykazały, że zarazek wniknąć może do ustroju z każdego miejsca, gdzie nastąpiło głębsze zniszczenie tkanki. Zawiesina wcierana w skórę nie wywołała obrazu chorobowego, natomiast z błon śluzowych, z przewodu pokarmowego i oddechowego wywoływali autorowie typowe porażenie. Przytem zauważyli, że przy szczepieniu w narządy oddechowe występowało porażenie mięśni szyi i kończyn przednich, przy szczepieniu do jamy brzusznej dotknięta była część tylna ciała. Swiadczy to o związku miejsca zakażenia z usadowieniem się porażeń. Można ten typ usadowienia spostrzegać i przy zakażaniu nerwów: z n. pr. ramieniowego występuje porażenie prawej k. górnej, z prawego kulszowego, prawej dolnej kończyny. Zarazek dąży od miejsca zakażenia do rdzenia najkrótszą drogą, naczyniami limfatycznemi towarzyszącemi nerwom. Z rdzenia może się zarazek wydzielić błoną śluzową nosa i gardła, która roztarta i sączona zakażała zwierzęta. To zjawisko tłomaczyćby mogło przenoszenie choroby z jednego osobnika na drugi, mimo że zwierzęta zdrowe, trzymane razem z choremi, nie zakażały się. — W moczu, kale, w gruczołach śluzowych, nie mogli autorowie stwierdzić zarazka wywołującego chorobę. — Zwierzęta raz zakażone, wykazują odporność, którą można stwierdzić obecnością ciał ochronnych w surowicy krwi. Surowica krwi chorych zwierząt zabija jad, zawarty w świeżym chorym rdzeniu. Rothfeld.

Haberfeld. **Gruczoły przytarczyczne w tężyczce i przy kilku innych schorzeniach**. (Wiener med. Wochs. 1910, Nr 45). Wychodząc ze stwierdzonego faktu, że w przypadkach tężyczki spostrzegano krwotoki w tkance gruczołów przytarczycznych, względnie ślady po krwotoku w postaci barwika i że w czasie samego krwotoku nie spostrzegano wystąpienia tężyczki, zastanawia się autor nad przyczyną tego pozornie sprzecznego zjawiska. Na podstawie badań histologicznych dochodzi do wniosku, że krwotok wywołuje nietylko zniszczenie tkanki, ale także powstrzymuje rozrost tych gruczołów. Wywołany krwotokiem niedokształt (hypoplasia) gruczołu może długi czas pozostawać bez objawów; autor przytacza przypadek duru brzusznego, w przebiegu którego wystąpiła tężyczka, gruczoły przytarczyczne były małe, nierozwinięte. Do tej grupy zaliczyć należy także tężyczkę, występującą w czasie ciąży. — Zmiany w gruczołach przytarczycznych tworzą usposobienie do tężyczki, która ujawnia się przy najrozmaitszych sposobnościach (choroby zakaźne, ciąża i t. p.). Autor broni stanowiska niewątpliwej zależności tężyczki od zmian w gruczołach przytarczycznych; brak dodatnich wyników przy podawaniu wyciągów tych gruczołów nie przemawia bynajmniej przeciw temu zapatrywaniu. Rothfeld.

Stadelmann. **Wady u dzieci szkolnych jako przepowiednie padaczki.** (XVI. Zjazd niem. psychiatrów i neurolog. Drezno. Październik, 1910). S. zwraca uwagę na ciekawy fakt, że często już u dzieci szkolnych wykazać się dają pewne objawy, po których przypuszczać można, że dziecko to cierpieć będzie w przyszłości na padaczkę. Zwłaszcza nieraz w zeszytach spostrzega się nagłe zmiany pisma, pisanie nagle liter niezwykle dużych, krzywych, pod lub nad linią i t. p. Prócz tego należą tutaj: brak uwagi, pojęć etycznych, dręczenie zwierząt, kłamanie i opuszczanie nauki, upuszczanie ciągłe z rąk przedmiotów, stawanie bez powodu na ulicy, nudności i wymioty wśród jedzenia i t. p. Klęsk.

Tanaka. **O przyczynie choroby „beriberi“**. (Wien. med. Wochs. 1910, Nr 47). Badając etyologię tej choroby, doszli autorowie japońscy do przekonania, że obraz chorobowy wywołuje pożywienie, składające się przeważnie z ryżu. Doświadczenia na kurach i gołębiach, karmionych wyłącznie ryżem, wykazały, że u zwierząt powstawała choroba, podobna do beriberi, a nadto, że ryż oczyszczony z grysu, wywołuje nietylko u ptaków, ale i u zwierząt ssących porażenia czuciowe i ruchowe kończyn, zniesienie odruchów, zaniki mięśniowe, rozszerzenie prawego serca u małp, a przerost serca u psów. Przy ryżu nieoczyszczonym z grysu zwierzęta ssące nie wykazują żadnych zmian. Doświadczenia te doprowadziły do różnych wniosków; jedni autorowie upatrywali przyczynę objawów chorobowych w braku białka, zawartego w grysie, inni w braku soli nieorganicznych, które w nieznacznej ilości zawiera ryż z grysu oczyszczony. Zgodny wniosek był ten, że beriberi jest chorobą, polegającą na zaburzeniu w odżywianiu przy obfitem pożywieniu ryżowem. Co się tyczy przerostu serca prawego, to uważają go autorowie za wyrównawczy; skurcz tętnic płucnych z następowym wzmożonym oporem w małem krążeniu jest pierwotny, a serce prawe dla pokonania tego oporu przerasta. Wytłómaczenia dla skurczu tętnicy płucnej nie znajdują; winią jakiś czynnik szkodliwy, który się dostał do ustroju. Nowsze badania wykazały na przypadkach sekcyjnych przerost substancyi rdzennej nadnerczy; prawdopodobnie wskutek większej ilości adrenaliny w ustroju i następowego wzmożonego parcia krwi rozwija się przerost serca. W końcu wspomina autor o teoryi zakaźnego pochodzenia beriberi. Sata sądzi, że chorobę wywołuje drobnoustrój, mający się znajdować na ryżu, a bardzo wytrzymały na wyższą ciepłotę. Z przewodu pokarmowego dostaje się on do krwi. Słuszność tego przypuszczenia potwierdza zdaniem autora fakt kliniczny, że podawanie środków przeczyszczających i moczopędnych działa leczniczo na objawy chorobowe. Godne uwagi jest spostrzeżenie autora, stwierdzone na sekcyi, że z matki choroba przenosi się na płód. Badanie płodu zmarłego w kilka godzin po urodzeniu wykazało przerost i rozszerzenie prawej komory (bez stwierdzalnych przyczyn), ogólny zastój i zanik nerwów obwodowych, stwierdzony drobnowidowo. Rothfeld.

Erben. **Objawy myotonii przy gruźlicy.** (Wiener med. Wochs. 1910, Nr 44). Obok często spotykanej podwyższonej pobudliwości mechaniczej mięśnia piersiowego przy gruźlicy, znalazł autor w jednym przypadku trzy objawy z grupy myotonii. Przy uderzeniu młotkiem na mięśnie twarzy brak jest objawu Chwostka, natomiast występuje skurcz toniczny mięśni wokoło miejsca uderzenia. Skurcz ten można wywołać w każdym mięśniu twarzy. Badanie elektryczne mięśni (triangularis, quadratus menti), daje skurcz tężcowy już przy 1 Ma, skurcz, trwający przez cały czas przebiegania prądu; z nerwu skurcz występował dopiero przy 2·3 Ma, a tężca z nerwu nie mógł E. wywołać. — Opukiwanie mięśni klatki piersiowej, barków i przedramienia wywoływało występowanie guzków twardych, utrzymujących się przez 4—8 sekund. Zginacze palców objawu tego nie okazywały. Odczynu myotonicznego nie można było wykazać: natomiast przy próbie wyprostowania silnie zgiętych palców okazuje się, że skurcz trwa dłużej, niżby to odpowiadało zamiarowi chorego, i że wyprostowanie jest możliwe dopiero po kilku próbach. W innych mięśniach (przy jedzeniu, zamykaniu oczu) objawu tego nie było. Późne wystąpienie tych objawów, brak podobnego

schorzenia w rodzinie, brak zajęcia kończyn dolnych, brak przerostu mięśni przemawia przeciw chorobie Thomsena.
Rothfeld.

Frankl-Hochwart. **Udar Menièrowski bez zaburzeń słuchu.** (Wiener med. Wochs. 1910, Nr 44). Autor przytacza następującą historyę choroby: Chora wśród zupełnego zdrowia dostała lekkiego szumu w uchu lewem, w godzinę potem silny zawrót głowy ze wzmożonym szumem w uszach; stanowi temu towarzyszyło uczucie lęku. Chora musiała leżeć z przymkniętymi oczyma, głową nie mogła poruszać. W dalszym ciągu wystąpiły wymioty. Stan ten w jednakowem natężeniu trwał przez miesiąc, potem szum w ustach ustał, nieznaczne zawroty głowy występowały tylko przy ruchach głową. Uczucie lęku utrzymywało się, przyczem chód stał się niepewnym. Ze strony układu nerwowego, jakoteż ze strony oka i narządów wewnętrznych nie było żadnych zmian. Po kilku tygodniach zupełne wyzdrowienie. Wobec braku jakichkolwiek danych dla wytłómaczenia zawrotów głowy, (a więc miażdżycy, kiły, cukrzycy, choroby nerek, guza mózgu, lub innego cierpienia mózgowego) przyjmuje autor, że zawroty te były pochodzenia przedsionkowego (Vestibularschwindel). Silne zawroty głowy zwiększające się przy ruchach głowy, skutkiem czego chorzy głowę trzymają sztywnie, ulga przy zamkniętych oczach, wymioty, szum w uszach, potwierdzają rozpoznanie. Brak tylko zaburzeń słuchu, które zdaniem autora nie są konieczne do obrazu chorobowego. Zdanie to popiera autor spostrzeżeniami własnemi i poczerpniętemi z piśmiennictwa.
Rothfeld.

Jaksch. **O wartości leczniczej prądów o wysokiem napięciu.** (Wiener med. Wochenschr. 1910, Nr 44). W licznych przypadkach cukrzycy nie miał autor żadnych wyników dodatnich. Ani ilość cukru nie zmniejszała się, ani waga ciała nie wzrastała; również bez wpływu pozostawało leczenie na acydozę i na podmiotowe uczucia głodu i pragnienia. Przy miażdżycy o tyle tylko widział autor wpływ dodatni, że ustępowała bezsenność i częste bole głowy; na parcie krwi i na tętno wpływu dodatniego nie było. Przy wiądzie rdzenia i rozsianem stwardnieniu mózgu i rdzenia spodziewanego skutku po tem leczeniu autor nie uzyskał. Natomiast skutecznie działają te prądy przy neurastenii. Przykre i długotrwałe objawy tej choroby ustępują dość szybko.
Rothfeld.

Chirurgia.

Krecke. **O leczeniu przed operacyami i po operacyach brzusznych, zwłaszcza o polecaniu wczesnego wstawania z łóżka.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 39). Przyczynami powstawania powikłań płucnych po operacyach, zwłaszcza brzusznych, są: zaziębienie (przy myciu chorego i przewożeniu po operacyi), leżenie bezwładne na wznak, brak swobodnych i głębokich oddechów i t. p. Zapobiegamy powikłaniom płucnym, jakoteż zakrzepom, pobudzając przedtem czynność serca odpowiednimi środkami, ucząc chorych przed operacyą gimnastyki oddechowej, i napominając ich do tego po operacyi, dbając o chorych nietylko przy operacyi, ale i przy przewożeniu na salę, stosując krótkie sposoby odkażania skóry bez zbytniego moczenia chorych i t. p. Ważnym czynnikiem jest również pielęgnacya jamy ustnej przed i po operacyi, racyonalne odżywianie chorych i t. p. Ból w ranie przeszkadza w oddechu; powinno się też przeciw niemu podawać narkotyk. Opatrunek (najlepiej plastrowy) nie powinien zbyt krępować chorego. Polecanie wczesnego wstawania zmniejsza znacznie liczbę powikłań płucnych, zwłaszcza u ludzi starszych. Bezwarunkowo całkiem niepotrzebnie trzymaliśmy dawniej chorych za długo po operacyach w łóżku. Natomiast dotąd nie stwierdził jeszcze K., czy przez wczesne wstawanie zmniejsza się liczba zakrzepów lub zatorów. Naturalnie przy wczesnem wstawaniu musi być rana szczelnie zaszyta, i to materyałem nie ulegającym wessaniu. Wczesne wstawanie ułatwia też oddawanie moczu, a chroni chorych od cewnikowania. Nadto pobudza ono apetyt. Krecke nie głodzi operowanych obecnie tak, jak dawniej, lecz już wieczorem po operacyi podaje im płyny, a od drugiego dnia, gdy niema wymiotów, nawet duże ilości płynów, co może wpływać na zapobieżenie zakrzepom. Znakomicie działają także wlewania, zwłaszcza stałe z kiszki stolcowej. Nawet przy szwie żołądka nie obawia się K. podawać płynów zaraz; dobry szew powinien odrazu domykać, a przecież w żołądku zbiera się sok zawsze. — Jeżeli chorzy wczas wstawać nie mogą, stosuje się miesienie kończyn i ruchy bierne, celem pobudzenia w nich krążenia krwi.
K.

Jacobaeus. **O możności zastosowania wziernikowania przy badaniu jam surowiczych.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 40). W tymczasowem doniesieniu opisuje J. swój sposób badania wziernikiem jamy usznej, opłucnej ew. osierdziowej. Gruby trójgraniec wbija do danej jamy, wpędza do niej przez trójgraniec powietrze, a potem wsuwa cystoskop i bada daną jamę. Przy laparoskopii rozpoznał autor w ten sposób przerzuty raka w wątrobie i t. p. Do jamy brzusznej łatwo wsunąć narzędzie w razie wysięku lub przesięku; gdy wysięku niema, można (ew. w znieczuleniu miejscowem) odsłonić otrzewnę i potem ją trójgrańcem przebić. Pleuroskopię stosować można tam, gdzie i tak w celu leczniczym wprowadzamy gazy (leczenie gruźlicy — Forlanini, zapalenia opłucnej — Holmgren). (Odpowiednie narzędzia wyrabia firma Stille-Werner).
K.

Haudek. **W sprawie rentgenowskiego rozpoznania owrzodzeń żołądka w części środkowej.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 30). Jeżeli się przyjmie, że bizmut osiada na wrzodzie żołądka, w takim razie trzebaby wierzyć, że wrzód taki będzie można widzieć przy prześwietlaniu. Jolasses w r. 1907 twierdził, że widział dokładnie w ten sposób wrzód, a Hemmeter u kotów i królików wywoływał sztucznie wrzody, zasypywał je bizmutem, lub wprowadzał potem zawiesinę i jeszcze w 24—30 godzin na ekranie podobno dokładnie wrzody spostrzegał. By w ten sposób mogły być widoczne, muszą jednak wrzody sięgać aż do błony mięsnej. H. postanowił przeprowadzić badania kontrolne, albowiem cała sprawa zdawała mu się niejasną. Otóż najpierw przekonał się H. na zwłokach, że zawiesina bizmutu nie przylega mocniej ani więcej na wrzodzie, niż na reszcie błony śluzowej. Wspólnie z Doc. Clairmontem wywoływał autor sztucznie wrzody u zwierząt, a po 3 dniach wlewał zawiesinę bizmutu. Wrzodu nie udawało się wykazać ani razu, natomiast często spostrzegano plamy w innych miejscach, pochodzące od nagromadzenia się bizmutu w zaułkach żołądka. Zwykłe więc płaskie wrzody żołądka nie dają się nigdy napewno zapomocą rentgenoskopii wykazać. — Natomiast bardzo nieraz dokładnie widać wrzody, które przebiły z żołądka do otoczenia, a cechuje je cień, połączony nieraz wązką taśmą z żołądkiem, mający nad sobą bańkę gazu. W kilku przypadkach następowa operacya potwierdziła wynik badania w zupełności. Obraz ten przypomina nieraz obraz żołądka klepsydrowatego, tylko że przy żołądku klepsydrowatym cień przy opróżnianiu się żołądka znika równocześnie w obu jego częściach i przy obmacywaniu zmienia zarysy.
K.

Haudek. **Rozpoznanie rentgenowskie modzelowatego drążącego wrzodu żołądka i jego znaczenie.** (Münch. med. Woch. 1910. Nr 47). Rozpoznanie rentgenowskie wrzodu modzelowatego opiera się na następujących danych: 1) Na płaskich wrzodach bizmut nie osiada w tej ilości, by był widoczny. 2) Cień przemawia za jakąś kieszonką w żołądku, przyczem w przypadkach wrzodu drążącego widać nad nim pęcherzyk gazowy. Cień ten pozostaje długo w żołądku i przy obmacywaniu nie zmienia kształtu i położenia. Wrzody drążące do wątroby leżą od przodu, do trzustki od tyłu, więc przy okręcaniu się chorego pierwsze poruszają się na ekranie rentgenowskim w tę samą stronę, drugie w przeciwną. Prócz tego cienie z wątroby poruszają

się przy oddechu. Wrzody modzelowate są znacznie częstsze, niż dawniej przypuszczano i nieraz bywają brane za raka, i to już nie nadającego się do operacyi. Nieraz też istotnie powstaje na ich tle rak. Objawy kliniczne niezawsze są typowe: choroba od długiego czasu, o torze przerywanym, napadowe bóle w $^1/_2$—3 godzin po jedzeniu o charakterze świdrującym, wymioty kwaśne, zaparcie, chudnięcie, wiek chorego 35—50 lat. Leczenie ze względu na częste zrakowacenie powinno być jedynie chirurgiczne i to doszczętne; Payr nazywa nawet wycięcie wrzodu modzelowatego wczesną operacyą raka żołądka. K.

Prof. Kelling. **O modzelowatych wrzodach żołądka.** (Münch. med. Woch. 1910 Nr 38). K. porusza ważne dla lekarza praktycznego dane, dotyczące rozpoznawania, rokowania i leczenia wrzodu modzelowatego żołądka. Wrzody te często drążą w głąb narządów sąsiednich, jak wątroby, trzustki i t. p. Niemal w 59% są wyczuwalne. Powinno się jednak rozpoznawać wyczuwalny guz, jako wrzód modzelowaty, jedynie w razie obecności w żołądku wyraźnego kwasu solnego, a zresztą myśleć o raku, zwłaszcza że nieraz nawet mimo drobnowidowego obrazu wrzodu przecież w pewien czas zjawiają się przerzuty raka, bo przy badaniu nie natrafiono na miejsce złośliwego przeobrażenia. O ile zwykłe wrzody występują zwykle u młodych kobiet, to modzelowate spotyka się przeważnie dopiero po 40. roku życia tak samo często u mężczyzn, jak i u kobiet. W wywiadach spotykamy objawy, nieraz już latami się ciągnące. Zwykle przeważa ból występujący po jedzeniu lub napadowy (przy zrostach i zwężeniach). Wymioty występują prawie w 80%. Zwykle chorzy są wybitnie wychudzeni. W wywiadach w połowie przypadków spotyka się wzmianki o krwotokach. Trzecia część wrzodów modzelowatych przechodzi w raka i dlatego, o ile tylko można, powinno się wrzody modzelowate doszczętnie wycinać. Natomiast przy wrzodach, drążących do wątroby lub trzustki, musimy się ograniczyć do połączenia żołądka z jelitem. Lekarz praktyczny każdego chorego z wyczuwalnym guzem żołądka, choćby był pewnym rozpoznania wrzodu, skierować powinien do chirurga; podobnie w razie uporczywych objawów zwężenia, zwłaszcza przy obecności kwasu mlecznego w żołądku. K.

Laryngologia i otyatrya.

Roth. **O trwałem znieczulaniu krtani przy gruźlicy zapomocą przepojenia alkoholem nerwu krtaniowego górnego.** (Münch. med. Woch. 1910 Nr 42). Swego czasu zalecił Hoffmann krtań w gruźlicy przy silnych bólach znieczulać. Następnie mało zwracano uwagi na ten sposób, chociaż jest on znakomity. R. donosi o 33 własnych przypadkach znieczulania nerwu krtaniowego. Wskazaniem do wykonania zabiegu są silne bóle przy łykaniu, nie ustępujące pod wpływem innego leczenia, a trapiące chorych i przy pustem łykaniu, np. w nocy, i odbierające im sen. Gorączka nie jest przeciwwskazaniem. Wstrzykuje się choremu leżącemu z szyją wygiętą ku tyłowi. Typowy punkt bolesny między kością gnykową a płytą chrząstki tarczowatej daje się prawie zawsze łatwo wyszukać. Skórę oczyszcza się alkoholem i eterem i wbija się igłę w punkt bolesny na $1^1/_2$ cm. głęboko, kierując się na zewnątrz i ku górze. W razie dojścia do nerwu odczuwa zaraz chory ból strzelający, idący aż do ucha. Alkohol powinien być ogrzany do 45° (85%).

Wstrzykuje się 1 gram, najwyżej zaś 2 gr. Zwykle większych powikłań po wstrzyknięciu niema; skutek wybitny występuje do 48 godzin na pewno, a trwa 7 dni i dłużej. Bóle zwykle wprawdzie wracają potem, ale są słabsze, a kilkakrotne wstrzykiwania usuwają je nieraz zupełnie. Po wstrzykiwaniach nieraz zmniejsza się również chrypka, wraca sen, natomiast zwiększa się uczucie suchości w gardle. K.

Bohac. **W sprawie leczenia twardzieli promieniami Röntgena.** (Münch. med. Woch. 1910 Nr 43). Bezwątpienia leczenie chirurgiczne twardzieli jest dzielnym środkiem, niezawsze jednak może ono być zastosowane, a często obok niego oglądać się musimy jeszcze za innym uzupełniającym sposobem. W r. 1902 zwrócił Rydygier uwagę, że przy twardzieli osiąga się pomyślne wyniki zapomocą leczenia promieniami Röntgena i przytoczył statystykę 14 przypadków, twierdząc, że promienie działają i wgłąb, np. przez skórę przy twardzieli tchawicy. Zwłaszcza podmiotowa poprawa ma następować szybko. Prace innych autorów potwierdziły te spostrzeżenia. Również i autor na zasadzie własnego doświadczenia zaleca leczenie twardzieli promieniami Röntgena. Postępuje zaś w ten sposób, że przez pół roku co 3—4 tygodnie podejmuje 3—4 naświetleń lampami średnio twardemi, w jednej takiej seryi stosując jedną dawkę Sabouranda. Zwykle w 2—3 miesięcy guzy twardzielowe zaczynają się zmniejszać. K.

Schmuckert. **Endoskopowe badanie jamy nosowo-gardłowej i krtani.** (Münch. med. Woch. 1910). Chęć udostępnienia badania jamy nosowo-gardłowej i krtani każdemu praktykowi, naprowadziła amerykanina Harolda Haysa (1998) na pomysł przyrządu, odpowiadającego zasadom optoskopu. Przyrząd ten udoskonalił Schmuckert; składa się on z rurki optycznej, dającej się w osi podłużnej nastawiać w rozmaitych kierunkach; guziczek na końcu ocznym oznacza każdorazowe ustawienie pryzmatu. Obok rurki optycznej znajduje się druga rurka, zakończona lampką. Cały przyrząd obejmuje osłona szklanna, dająca się z łatwością odmieniać i wyjaławiać; tego rodzaju osłon ma się zawsze kilka pod ręką. Prądu dostarczają elementy suche, akumulator (4 volt) lub przyrząd, służący do połączenia z centralną stacyą elektryczną. Użycie przyrządu jest bardzo proste, obrazy są nadzwyczaj wyraźne, co stanowi wielki postęp w medycynie praktycznej ogólnej, zastępując badanie zapomocą obrazów w lusterku, które trafia ogólnie ciągle na trudności z powodu braku wprawy, a zabiera też niewprawnemu wiele czasu. (Przyrząd Schmuckerta wyrabia firma Reiniger, Gebbert u. Schall w Wiedniu). A. B.

Hischberg. **Cethal — przyrząd do wdychiwania dla leczenia chorób narządu oddychania.** (Mediz Klinik. 1909, Nr 51). Przyrząd polega na stosowaniu pewnych leków do wdychiwania i to drogą nosa, w postaci gazowej z powietrzem ogrzanem, a więc bez udziału pary gotującej się wody, jak to się odbywa w przyrządzie Saengera. W starym przyrządzie do wdychiwania olejku terpentynowego Mutkiego, wdychiwało się go z parą. Przyrząd Sieglego zaś, jak wiadomo, jest raczej rozpylaczem na ciepło w połączeniu z parą gotującej się wody, jak to się podobnie odbywa w przyrządzie Bullinga lub Herynga. Do wdychiwania przyrządem »Cethal« zaleca autor głównie mieszaninę 0.10 Cinnam. methylic. c. 10% thymol solubil., w gotowych kapsułkach żelatynowych; podobnie zresztą mogą być stosowane i inne lotne środki. A. B.

Ernst Urbantschitsch. **Nowe postępowanie przy krwiaku małżowiny usznej.** (Tow. otolog. w Wiedniu 30 maja 1910). Postępowanie przy krwiaku bywa trojakie, zachowawcze (okłady, miesienie), nakłucie z aspiracyą lub szerokie nacięcie. Ze względu na to, iż postępowanie zachowawcze tylko w przypadkach lżejszych może jeszcze mieć racyę zastosowania, nakłucie często zawodzi, na szerokie nacięcie chorzy niebardzo się godzą, zwłaszcza w przypadkach niezropiałego krwiaka, zaleca Urbantschitsch postępowanie jak przy wodniaku moszny. Na najniższem miejscu krwiaka wbija się strzykawkę Pravatza i wyciąga się nią wszystek płyn, następnie wpuszcza się do jamy krwiaka około 0·5 nalewki jodowej, którą się lekko rozciera, by się dostała na całą powierzchnię jamy krwiaka. Po 1—2 minutach wyciąga się zbyteczny nadmiar nalewki jodowej i teraz albo pozostawia się małżowinę uszną bez opatrunku, albo zakłada się na 1—2 dni opatrunek lekko uciskający. Ten opatrunek uciskający zastępuje dobrze sprężynowa pelota, którą chory sam sobie może nałożyć,

by w wolnej chwili ponosić przez kilka godzin, raz i drugi, zależnie od potrzeby. Ewentualnie zajść może potrzeba powtórzenia zabiegu dla wywołania lekkiego zlepnego zapalenia; w miejsce nalewki jodowej, możnaby użyć innego leku podrażniającego. A. B.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu

Wydział lekarski.

XI. ogólne doroczne posiedzenie naukowo administracyjne dnia 5 (18) marca 1910 r.

Obecnych członków — 62, gości 25. Przewodniczy prezes Prof. Zaleski.

Protokoły posiedzeń z dnia 12 (25) lutego i 19 lutego (3 marca) r. b. przyjęto.

I. Mag. far. Bron. Honowski wypowiedział rzecz pod tyt.: **O solach kwasu cellulozo-ksantogenowego i praktycznem ich zastosowaniu** (z pokazami). Przy działaniu rozczynu zasad żrących celluloza, nie zmieniając na pozór własności fizycznych, łączy się z dwoma drobinami zasad, tworząc alkalicellulozę, a następnie jak wskazali Cross i Berwan, przy działaniu dwusiarczku węgla otrzymuje się rozpuszczalną w wodzie sól sodo-ksantogenowego kwasu cellulozy. 5%—6% rozczyn tej soli tworzy nadzwyczaj gęstą ciecz, która w zależności od dostępu powietrza i ciepłoty przechodzi w masę galaretowatą, a następnie w twarde ciało podobne do rogu. Przy pomocy odpowiednich przyrządów ciało to otrzymuje się w postaci nici. Niezależnie od nader ważnego znaczenia, jakie przedstawia powyższy proces z punktu widzenia naukowego, tak tani i łatwy na pozór sposób otrzymania ciała, podobnego do rogu lub jedwabiu, wzbudził znaczne zajęcie w gronie chemików, w liczbie których był i Mendelejew, i olbrzymie zainteresowanie w świecie przemysłowym, zapowiadając przewrót w przemyśle tkackim i związanych z nim innych gałęziach. Oczekiwania te jednak nie sprawdziły się, gdyż, jak się okazało, otrzymane ciało twarde jest związkiem niestałym, znajdującym się w fazie przejściowej, ponieważ po pewnym czasie sól sodowa kwasu cellulozo-ksantogenowego podlega rozkładowi. Rozkład ten przypisywano polimeryzacyi drobiny soli sodowej kwasu cellulozo-ksantogenowego. Na zasadzie badań osobistych, mających na celu wyjaśnienie procesów chemicznych w stadyach przejściowych tworzenia się owej soli, doszedł mowca do przekonania, że proces polimeryzacyi drobiny soli wywołuje stopniowe zmniejszanie się objętości otrzymanej soli w postaci twardego ciała i że objaw ten zmniejszenia się objętości znika wskutek znikania wywołującej go przyczyny. Rozkład zaś wspomnianej soli następuje wskutek działania kwasu węglowego, gdyż sól ta jako związek nietrwały rozkłada się, wydzielając tiowęglan sodu i cellulozę. Otrzymanie stałego związku cellulozy okazało się możliwem przy zastąpieniu sodu innym metalem, jak np. cynk lub magn. Sole te otrzymuje się przy dodaniu octanu cynku lub magnezyi do rozczynu soli sodowej kwasu cellulozo-ksantogenowego w obecności kwasu octowego, a wypadają one z rozczynu w postaci oddzielnych cząsteczek, nie formujących się jednak w masę na wzór soli sodu, wobec czego sole te praktycznego zastosowania, podobnego do soli sodowej, mieć nie mogą. Przy wyjątkowych warunkach udało się otrzymać sole kwasu cellulozo-ksantogenowego, a mianowicie przy działaniu słabych kwasów organicznych na alkaliczny rozczyn soli sodowej kwasu cellulozo-ksantogenowego w obecności tlenku cynku lub magnezyi. Dla otrzymania plastycznej masy reakcya zastąpienia sodu innym metalem powinna nastąpić po częściowem spolimeryzowaniu się drobiny soli sodowej. Otrzymane w ten sposób sole odznaczają się trwałością, nie ulegając zmianie pod wpływem kwasu węglowego, pary o wysokiej ciepłocie i czynników mechanicznych. Sole te znalazły zastosowanie przy wyrobie sztucznej masy korkowej. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Prof. Zaleski podnosi znaczenie i ważność wynalazku. — Prof. Merczyng zapytuje prelegenta, czy uzyskany przetwór nie jest bardzo palny.— Prelegent w odpowiedzi zaznacza, że przetwór ani nie wybucha, ani się nie pali. — Prof. Merczyng zapytuje prelegenta, jakie jest działanie płynów na korki z tej masy, szczególniej węglowodorów, jak np. nafty, czy korki takie nie podlegają szybkiemu zniszczeniu, bo, jak wiadomo, korek gumowy działania nafty nie wytrzymuje. — Prelegent odpowiada, że w korkach z tej masy takieżsame zachodzą zmiany, jak i w korkach naturalnych.— Prof. Zaleski zapytuje, jak się zachowują sole cynku wobec takich czynników, jak kwas węglowy.—Prezes w imieniu zgromadzenia składa prelegentowi podziękowanie za pouczający odczyt.

(C. d. n.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Krajowa Rada Zdrowia zajmowała się na ostatniem posiedzeniu w d. 28. XII. 1910 sprawozdaniem z konferencyi krajowych referentów sanitarnych w sprawie zwalczania chorób zakaźnych, przedstawionem przez r. dw. Dr Merunowicza, oraz sprawami Krynicy.

Składka noworoczna na fundusz wdów i sierot im. ś. p. Jordana. Rok 1910. (Dok.).

Po dwie korony nadesłali: Drowie I. Spitzel, T. Rawski, Gertler, St. Ciepielowski, A. Stöckl, Górka, I. Kreutz, St. Skobel, L. Bier, M. Gidlewski, Doc. E. Piasecki, I. Kasparek, St. Gąsiorowski, Nüssenfeld, St. Kwiatkowski, W. Kobryński, I. Gawlik (Zakopane), Moskowicz, R. Lach, Eliaszek, Hermelin, M. Jaworowski, M. Nowosad, S. Drzymalik, J. Kasparek, Kapelusz, Prof. Cybulski, I. Rosner, R. Hammerschlag, B. Kupczyk, L. Zbyszewski, R. Stroka, A. Pachoński, Gücker, T. Ostrowski, A. Sabatowski, J. Jastrzębski, Turzański, Kostecki, Fr. Bernacki, H. Pisek, I. Kasparek, I. Jurowicz, K. Habicht, M. Pluciński, L. Schneider, A. Berggrün, T. Jaciow, A. Juras, H. Kronfeld, Kurkiewicz, Janiszewski, Ziarko, I. Lachs, Fr. Murdzieński, A. Maciąg, Lustgarten, I. Solarski, M. Kapellner, W. Smolarski, Hładij, Boczar, F. Marcisiewicz, L. Wilczyński, St. Breyer, Szwarz (Kraków), Liebermann, doc, Droba, E. Majewicz, Kutna, I. Siedlecki, A. Dietzius, I. Woszczyński, K. Smorągiewicz, S. Dobrzański, B. Łazowski, A. Kalisz, K. Mieroszewski, H. Potok, S. Rzędzianowski, E. Dawidowicz, Jodłowski, A. Cichański, L. Brudziński, T. Torczyński, M. Gilnreiner, I. Szwarc (Zmigród), J. Sroczyński, J. Gruber, G. Bielański, I. Fränkel, T. Berezowski, Patryn, W. Wiszniewski, I. Bednarski, J. Eckhardt, E. Weksler, S. Ruff, T. Hescheles, Z. Wachlowski, K. Rudnicki, A. Borkowski, E. Stroynowski, Rubin, W. Kretowicz, L. Brand, J. Blaustein, J. Nieć, Maryan Felauer, J. Bardach, A. Raczyński, prof. Jurasz, M. Teitelbaum, prof. A. Gluziński, J. Swiątkowski, J. Gołąb, Z. Frydman, A. Klauber, H. Lic, M. Jaciow, I. Krok, A. Dulęba, T. Węclewski, J. Goldhaber, K. Stanowski, J. Strycharski, S. Zabłocki, E. Nacht, Czapliński, Maks. Bett, K. Stronczak, A. Krauss, W. Pajączkowski, I. Regiec, E. Gładynowski, Szumowski, E. Korabiński, E. Rose, L. Doboszyński, L. Peczenik, Elsner, E. Bobrowski, W. Łodziński, J. Tarchalski, Z. Spalke, W. Lachowski, J. Sekanina, A. Rieser, B. Halarewicz, I. Bienenwald, M. Ziembiński, A. Chramiec, W. Orłowski, I. Tenner, I. Wiktor, prof. E. Biernacki, J. Przesmycki, S. Jahr, I. Wł. Brzeski, I. Josse, H. Pilger, J. Grek, T. Majewski, I. Ossadnik, S. Miszewski, L. Lanterstein, I. Blumenfeld, S. Dekański, A. Zopoth, N. Feuerstein, S. Janikiewicz, J. Moch, E. Friedländer, J. Herz, Korngoldówna (2 k. 50 h.), A. Rawski, Fr. Szumann, I. Sałomowicz.

Po koronie: Drowie Talko-Hryncewicz, Mączka, Ch. Kohn, R. Lenartowicz, P. Niziołek, A. Kuczewski, B. Sztencel, J. Wieselmann, M. Salpeter, T. Uranowicz, Chomin, prof. Adolf Beck, J. Królikowski, M. Konopacki, I. Gruszkiewicz, I. Fels, J. Spitzel, Bażant, J. Agatstein.

Po 3 korony: Drowie Iłowiecki, T. Pawlicki, S. Salzmann, J. Wieser, Fr. Grodecki, doc. Mięsowicz, M. Spatz, T. Mazurkiewicz, S. Konera, Z. Dujanowicz.

Po 4 korony: Drowie E. Grażyński, Gogulski, Macudziński, Z. Siegel, M. Nartowski, Cymbler, Sanatoryum Dra Dłuskiego, W. Przybyszowski, doc. Latkowski, J. Weinsberg, A. Godłowski, K. Birkenfeld, S. Choróbski, W. Swiątek, Buzdygan, Fr, Janczy, E. Zuliński, M. Jedliczka, I. Swiątkowski, L. Kossak, Benoni, r. ces. Blumenthal, L. Fürbek, K. Werner, S. Matlak, T. Kleczkowski, Z. Stanowski, K. Czerwiński, M. Senensieb, H. Ebers, J. Trzaskowski, Opolski, E. Rosenblatt, O. Hochbaum, Sokal, K. Dworzański, M. Gnoiński, I. Ozga, H. Chwalibóg, A. Schwarzbart, Marya Jasinicka, J. Wachowicz, W. Jüngst, S. Kaczyński, A. Slączka, M. Łopaciński, Lubowiedzki, prof. Ziembicki, J. Czaczkowski, R. Żurakowski.

Po 5 koron: Drowie Łodygowski, Krasowski, A. Hochstimm, D. Lichtgarn, M. Ameisen, prof. Biernacki, H, Mehrer, F. Sobelsohn, M. Swiątkiewicz, P. Kucharski, M. Ferensiewicz, prof. Herman, J. Filewicz, I. Ausovsky, K. Gerus, I. Schindler, J. Gałuszka, Dundaczek, L. Schneider, Chalbazany, r. ces. Bałłaban, K. Schneider, Żydłowicz.

Po 6 koron: Drowie G. Grzybowski, J. Zborowski, B. Bieńkowski.

Po 7 koron: Drowie Maks. Kapellner, Bogdański.

Osiem koron: Dr Fr. Bernacki.

Po 10 koron: Drowie Z. Bętkowski, L. Katyński, prof. Krzyształowicz, R. Małaczyński, St. Kubisztal, A. Lauer.

Dwadzieścia koron: Dr J. Walkowski.

Sto koron: r. dw. prof. Wicherkiewicz.

Zestawienie.

Po	koronie	przysłało	kolegów	19	razem	19	koron
»	2 korony	»	»	427	»	854	»
»	3 »	»	»	10	»	30	»
»	4 »	»	»	50	»	200	»
»	5 koron	»	»	23	»	115	»
»	6 »	»	»	3	»	18	»
»	7 »	»	»	2	»	14	»
»	8 »	»	»	1	»	8	»
»	10 »	»	»	6	»	60	»
	20 »	przysłał	kolega	1	»	20	»
	100 »	»	»	1	»	100	»
Razem		przysłało	kolegów	543	sumę	1.438	koron

Wynik składki noworocznej na rok 1911 ogłoszony zostanie w dwutygodniku Związku lekarzy, którego pierwszy numer wyjdzie z druku jeszcze w styczniu 1911.

Kraków 31 grudnia 1910.

Dr Żydłowicz, administrator.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 25. XII. do 31. XII. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 12 † 2 (w tem obcych 7 † 2), krztuśca 16 † 3, ospy wietrznej 1, płonicy 11 † — (1 † —), odry 49 † — (1 † —), duru brzusznego † 1, tężca † 1 († 1).

Dr Janiszewski.

Wiadomości bieżące.

Rok bieżący jest dla »Przeglądu lekarskiego« rokiem jubileuszowym; z zeszytem dzisiejszym rozpoczyna bowiem »Przegląd lekarski« swój rocznik pięćdziesiąty. Pierwszy zeszyt »Przeglądu lekarskiego«, wydawanego »staraniem Oddziału nauk przyrodniczych i lekarskich c. k. Towarzystwa naukowego krakowskiego« (które było zawiązkiem późniejszej naszej Akademii Umiejętności) nosi datę 5 kwietnia 1862. »Przegląd« zaczął wychodzić pod redakcyą profesorów Bryka, Dietla, Majera, Skobla i Dra Zieleniewskiego; w ciągu roku zwiększył grono redaktorów Dr Oettinger. Biuro Redakcyi znajdowało się w domu Towarzystwa naukowego przy ul. Sławkowskiej (Nr 282), do dziś dnia będącego siedzibą Akademii Umiejętności. Pismo nasze wychodziło od samego początku jako tygodnik, zawsze — jak po dziś dzień — w soboty; objętość zeszytu wynosiła z początku arkusz druku (8 stronic); każdy zeszyt miał osobną paginacyę. Pierwszy zeszyt zawiera 3 artykuły oryginalne; rozpoczyna się — bez wszelkiego słowa wstępnego — artykułem prof. Dietla p. t. »Aforyzmy kliniczne na ścisłem badaniu osnute«, poczem idą: »Kilka dostrzeżeń z mojego dziennika lekarskiego« pióra Dra Oettingera, i »Badania w pracowni chemicznej Uniw. Jag. w celach sądowo-lekarskich przedsiębrane« pióra prof. Czyrniańskiego. Resztę zeszytu wypełniają: recenzya prof. Majera z dzieła prof. Hoyera: »Histologia ciała ludzkiego«, protokół posiedzenia Oddziału nauk przyrodniczych i lekarskich Towarzystwa naukowego krakowskiego z d. 12. marca 1862, nekrologia (trzy krótkie życiorysy), bibliografia dzieł lekarskich polskich i obcych, w końcu »Korespondencya Redakcyi«, w której m. i. Redakcya oznajmia, że nie może donieść, kiedy się pojawi drugie wydanie Słownika lekarskiego polskiego (wyszło dopiero w r. 1880). Rocznik pierwszy zawiera 40 artykułów oryginalnych, 2 recenzye, 54 wyciągów z pism lekarskich zagranicznych, wreszcie dział p. t. »Rozmaitości«, obejmujący sprawozdania z posiedzeń Oddziału przyrod.-lek. i Komisyi balneologicznej Tow. naukowego, ruch chorych w szpitalach i różne drobne wiadomości.

Kraków. Otrzymujemy następujące uwagi:

»Czytelnicy »Przeglądu lekarskiego« przypomną sobie, iż w roku zeszłym, mniejwięcej o tym czasie, dałem wyraz oburzeniu memu wobec faktu, że jedna z tutejszych aptek z polecenia fabryki wyrobów chemicznych G. Richtera w Pcszcie rozsyłała lekarzom Polakom, jako podarek gwiazdkowy, reklamowe biurowe podkładki, zaopatrzone w kalendarz niemiecki i rozmaite wskazówki lecznicze w tymsamym języku. Napiętnowanie postępowania tego okazało się o tyle skutecznem, że wymieniona firma, w dobrze zrozumianym zresztą interesie własnym, natychmiast zachowanie się zmieniła i nietylko ogłasza po polsku środki własnego wytworu, lecz w tym roku wystąpiła z podkładką podobną do zeszłorocznej, lecz zaopatrzoną w polski wyłącznie tekst!

Inne firmy zagraniczne, zwłaszcza niemieckie, niejednokrotnie bardzo przez Polaków popierane, nie uważają za właściwe pod względem językowym zastosować się do swych polskich odbiorców. Gdybyśmy zawsze występowali odpornie w podobnych razach i żądali uwzględniania potrzeb naszych i właściwości językowych wobec apelacyi do pośrednictwa naszego jako lekarzy, lub naszej kieszeni jako odbiorców, — zyskałaby na tem nasza sprawa narodowa moralnie, a bezpośrednio materyalnie niejedna egzystencya polska, w obcym zatrudniona przemyśle.

Gdy patrzymy na rozwój zakładów obcych, czyto wyrobów chemicznych, czy lekarskich, narzędzi, czy przyrządów leczniczych lub innych z zakresu medycyny praktycznej i doświadczalnej, żal nam serce ściska, że nasz kraj zdobyć się nie może na własne w tym kierunku wytwory, względnie że zakłady powstałe u nas nie rozwijają się odpowiednio. Tu Wydział krajowy — zdaniem mojem — powinien wziąć inicyatywę, umożliwiając jednostkom zdolnym kształcenie się fachowe zagranicą— przedewszystkiem we Francyi, Anglii i Niemczech, — a dalej zakładanie w kraju warsztatów własnych. Zdolności posiadamy dosyć, by sprostać zadaniu, natomiast niedostaje energii i wytrwałości, — pracujmy więc, pracujmy bez wytchnienia, by je w narodzie wytworzyć. Prof. Wicherkiewicz«.

Z różnych stron. Równocześnie z naszem pismem rozpoczyna czeski tygodnik lekarski »Casopis lekaru ceskych« swój rocznik pięćdziesiąty. Pierwszy zeszyt »Casopisu« wyszedł 15 stycznia 1862 pod redakcyą Dr J. Podlipskiego i Dr Bog. Eiselta; »Casopis« wychodził zrazu jako dwutygodnik. Pierwszy zeszyt obejmował pracę oryginalną doc. Vaetera p. t. »Paralysis facialis«, 8 sprawozdań (referatów), a w kronice m. i. statystykę personalu sanitarnego w Austryi (5179 lekarzy, 5507 chirurgów, 17.943 położnych) i wiadomość o potwierdzeniu przez władze ustawy »Spolku praktickych lékaru« w Pradze. Ten pierwszy zeszyt liczył 12 stronic, cały zaś pierwszy rocznik 308 stronic i pomieścił prace oryginalne 18 autorów. Podając te szczegóły, zestawia »Casopis lek. ceskych« (Nr 1) »wiek« różnych tygodników lekarskich. »Casopis« — obecnie jeden z największych tygodników — jest zarazem jednym z najstarszych. Starsze od »Casopisu« i rówieśnego mu naszego »Przeglądu« są: »Gazette med. de Paris« (82. rok), »Münchener med. Wochenschrift« (łącznie z »Ärztl. Intelligenzblatt« 58. r.), »Wiener med. Wochenschrift« (61 rok), »Medicin. Obozrenje« i »Allgemeine Wiener med. Wochenschrift« (56. rok).

Rówieśnikowi naszemu przesyłamy najszczersze życzenia dalszego powodzenia i równie świetnego jak dotąd rozwoju.

— Na porządku dziennym posiedzenia Wydziału lekarskiego »Polskiego Związku przyrodników i lekarzy w Petersburgu« w d. 21. XII. (3. I. 1911), znajdował się wykład Prof. W. Orłowskiego (z Kazania): »Drogowskazy współczesnej dyagnostyki chorób trzustki«.

— Na międzynarodowej Wystawie higienicznej w Dreznie (od maja do października 1911) osobny dział poświęcony będzie sprawie ćwiczeń fizycznych (sport, gimnastyka, zabawy ruchowe). Na czele komitetu naukowego tego działu stoją Prof. Zuntz i Schmidt.

— Do zarządu »Austryackiego Towarzystwa badania i zwalczania raka«, zawiązanego w Wiedniu d. 17. XII. 1910, zaproszony został z Polaków r. dw. prof. Dr Rydygier ze Lwowa.

— Pod tytułem »Biologica« zaczęło wychodzić w Paryżu nakładem księgarni A. Poinat'a (11, rue Dupuytren), a pod redakcyą profesorów Blancharda, Calmettea, Dastrea, Delagea, Armanda Gautiera i J. Grasseta czasopismo poświęcone biologii ogólnej, antropologii, psychologii, patologii porównawczej i t. p. Czasopismo to zupełnie nie będzie się zajmować medycyną praktyczną, lecz wyłącznie naukowo-przyrodniczą stroną medycyny i gałęziami wiedzy, stykającemi się z medycyną, podając zarazem wszystkie te wiadomości o ogólnym ruchu naukowym, które mogą obchodzić lekarza. Głównymi współpracownikami czasopisma są też przeważnie przyrodnicy; wśród nich znajduje się szereg bardzo wybitnych nazwisk. Pismo tego typu może oddać rzeczywiście wielkie usługi, podnosząc poziom wykształcenia przyrodniczego wśród lekarzy. (Cena pisma jest bardzo dostępna, 8 fr. rocznie). Z artykułów oryginalnych znajdują się w zeszycie 1: Le Danteca: »Stałość życia« i Laloy'a: »Dobór płciowy«.

— Choroby umysłowe w Turcyi są podług Raschid Tahssina stosunkowo rzadkie, co zapewne przypisać należy brakowi nadużywania wyskoku i mniejszej liczbie schorzeń kiłowych i psychoz zawodowych. W ostatnich czasach studenci wprowadzają obyczaj używania w dużej ilości piwa na wzór Niemiec. Natomiast alkoholizm panuje bardzo między Grekami, którzy często są neurastenikami. Mahometanki zapadają taksamo często na histeryę, jak Francuzki. X.

— W Wiedniu rozesłano do lekarzy zapytanie, jak zapatrują się na instytucyę »lekarzy domowych«, obecnie w miarę rozwoju kas chorych i specyalizacyi, skazaną na zniknięcie. Większość lekarzy oświadczyła jednak, że uważa system lekarzy domowych za konieczny. X.

Zmarli. Dr Roman Serkowski, lekarz powiatowy, w 41 r. ż. w Żywcu; Dr Salomon Aronowicz w Warszawie w 59 r. ż.; Dr Ignacy Wasserthal z Częstochowy w Berlinie.

Redakcya otrzymała: Nowaczyński i Leclercq: Sérum hémolytique polyvalent. »C. R. Soc. de biol.« 1910. — Massol i Nowaczyński: Conservation et filtration de l'alexine du sérum de cobaye. »C. R. Soc. de biol.« 1910. — Simmonds: 1) Über Hodenblutungen. »Unna-Festschrift«. 2) Über Ausscheidungs-Tuberkulose. »Med.-kritische Blätter«. 3) Über Fibrosis testis. »Virchows Archiv.« 1910.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w grudniu 1910.

Gazeta lekarska Nr 50—53. Białokur: Objawy choroby Basedowa, jako oznaka zakażenia gruźliczego (50—52). — Karbowski: Długotrwałe znieczulenie krtani w gruźlicy podług metody R. Hoffmana (50). — Puławski: Przegląd najnowszego piśmiennictwa choroby Basedowa (50—51). — Konarzewska: Kilka słów o opsoninach i terapii wakcynowej (50). — Falgowski: O patologii i terapii obwisłości brzucha u kobiet (51—52). — Jaworski: Warszawska szkoła położnicza babek wiejskich (w 50-tą rocznicę istnienia). — Jastrzębski: W sprawie odczynu Wassermanna (52). — Dzierżgowski: W sprawie odkażania rur wodociągowych i wody zapomocą chloru (52—53). — Belkowski: Porażenie Landryego w postaci poronnej (53).

Medycyna i Kronika lek. Nr 50—53. Chorążycki: Nowy sposób leczenia operacyjnego ropniaków zatoki szczękowej (50). — Bondy: O ostrych zapaleniach wsierdzia u dzieci (50—53).— Jaroszyński (dok. 50—51). — Hertz: W sprawie niedokrwistości złośliwej (51—53). — Lewin: Alkoholizm u żydów (50—51). — Klęsk: O związku narządów między sobą i opartem na nim nowoczesnem leczeniu chirurgicznem chorób wewnętrznych (52).— Orłowski: Statystyka szczepień ochronnych przeciw wściekliźnie w r. 1908 (53). — Judt: Zaburzenia odżywiania u niemowląt karmionych piersią (53).

Tygodnik lek. Nr 49—52. A. Gluziński: Cięższe postacie niedokrewności a gruźlica wraz z kilkoma uwagami nad gruźlicą pochodzenia bydlęcego (typus bovinus) u ludzi (49—51). — Beck:

O galwanotropizmie. — Konopacki: Wpływ płynów hypertonicznych na zapłodnienie jaja jeżowców (49). — Reichenstein: Cukromocz i adrenalina (49—51). — Tomaszewski: Przypadek białaczki tucznokomórkowej (52).

Nowiny lek. Nr 12. Szymonowicz: Napoleon Cybulski — A. Beck: O lokalizacyi czucia bólu po częściowem zniszczeniu kory mózgowej. — Z. Bychowski: Różniczkowe rozpoznanie histeryi i pokrewnych cierpień organicznych. — W. Bylicki: O dowolnem ograniczaniu płodności kobiecej. — Majewski: Poprawa wzroku wskutek urazu. — Łazarewicz: O zamknięciu dwunastnicy pooperacyjnem. — J. Bieliński (c. d.). — J. Bieliński: Girsztowt Polikarp. — Fr. Chłapowski: William James.

Przegląd pedyatr. Z. IV. Rappel: Przyczynek do kazuistyki dziecięcych porażeń rdzeniowych z uwzględnieniem ich epidemiologii oraz patogenezy. — Michałowicz: Pobudliwość galwaniczna nerwów obwodowych w przebiegu błonicy. (Przyczynek do poznawania wpływu chorób zakaźnych na pobudliwość nerwową). — Chlumsky: Kilka słów o zabiegu operacyjnym przy ropniaku opłucnej (pyothorax). — Skorski: Przypadek dyzenteryi wywołanej przez laseczkę Shiga-Kruse. — Piasecki: III. Kongres międzynarodowy higienistów szkolnych w Paryżu.

Przegląd chorób skórn. i wener. Nr 10. Lenartowicz i Potrzobowski: O uczuleniu odczynu Wassermanna przez miareczkowanie dopełniacza. — Malinowski: Dalsze wyniki doświadczeń z preparatem Ehrlicha »606«. — Baschkopf: Ehrlich-Hata »606«.

Postęp okulistyczny Nr 11. Majewski (dok.). — Bychowski (dok.). — Noiszewski: 1) Skrzydlik i jego leczenie lekowe i ręczne. 2) Wypadek jaskry przy półpaścu ocznym.

Przegląd higieniczny Nr 12. Panek (c. d.).

Głos lekarzy Nr 24. Uchwały I. krajowego Zjazdu przemysłowo- balneologicznego. — Ankieta międzynar. w sprawie kary śmierci. — Gilnreiner (dok.). — Siegel: Czy Hata zmniejszy dochody lekarzy?

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 11. stycznia 1910 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Sprawozdanie Zarządu z czynności w r. 1910.

Po posiedzeniu odbędzie się wieczerza koleżeńska, na którą zechcą się koledzy zgłaszać do Zarządu Towarzystwa ile możności wcześnie.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

L. 4.096.

KONKURS.

Celem obsadzenia posady **lekarza okręgowego** z siedzibą w Grębowie w powiecie Tarnobrzeskim, rozpisuje się niniejszem konkurs stosownie do postanowień § 8 ustawy z 5 października 1906 Nr 148 Dz. u. i rozp. kraj.

Okręg sanitarny w Grębowie obejmuje 7 gmin z ludnością 11.856 mieszkańców na obszarze 191.24 klm. kw.

Chcący uzyskać tę posadę mają wykazać prócz dostatecznego fizycznego uzdolnienia, nadto następujące warunki:

1) Obywatelstwo austryackie;

2) Dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;

3) Nieskazitelny charakter; 401

4) Znajomość języków krajowych;

5) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim;

6) Nieprzekraczalny wiek lat 40.

Między kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim.

Posada nadaną zostanie z dniem 1 marca 1911 prowizorycznie na rok jeden, aż po upływie tego czasu orzeczonem będzie, czy posada ma być stale nadaną.

Do posady przywiązana jest roczna płaca 1.200 Kor., płatna w ratach miesięcznych z góry, a nadto tytułem zwrotu kosztów na podróże służbowe roczny datek w wysokości 700 Kor. płatny w ratach kwartalnych z góry.

Podanie wnosić należy do Wydziału powiatowego najpóźniej do dnia 1 lutego 1911 r.

Tarnobrzeg, dnia 28 grudnia 1910.

Z Wydziału Rady powiatowej.

Sekretarz: *Bielewicz.* Prezes: *Horodyński.*

LW. 149.772/10.

Ogłoszenie konkursu.

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z W. Ks. krakowskiem rozpisuje niniejszem konkurs na posadę **sekundaryusza** w szpitalu powszechnym w Żywcu.

Kandydaci powinni najpóźniej do 31-go stycznia 1911. wnieść podanie do Wydziału krajowego z dołączeniem:

1) Metryki urodzenia dla udowodnienia nieprzekroczenia 40-go roku życia;

2) Dowodu obywatelstwa austryackiego;

3) Dyplomu doktora wszech nauk lekarskich uzyskanego na jednej z wszechnic Monarchii austryackiej, upoważniającego do wykonywania praktyki lekarskiej.

Do posady tej jest przywiązaną: 361

a) płaca o rocznych 1.200 Kor.

b) prawo do trzech dodatków pięcioletnich w wysokości 15% płacy.

We Lwowie, dnia 23 grudnia 1910.

Piotrowski.

L. 2.080/910.

KONKURS.

Wydział powiatowy w Skałacie rozpisuje konkurs na posadę **lekarza okręgowego** z siedzibą w Tarnorudzie, do której przywiązana jest roczna płaca 200 Kor. i ryczałt na koszta podróży w kwocie 800 Kor. z prawem do emerytury.

Do okręgu powyższego należą miejscowości: Tarnoruda, Czerniszowka, Orzechowiec, Kaczanówka, Iwanówka, Rożyska, Turowka, Faszczówka, Łuka mała, Kokoszyńce, Koznia, Stawki o ludności 15.896 dusz.

Lekarz obwodowy w Tarnorudzie obowiązany jest utrzymywać aptekę domową.

Podania o tę posadę wnosić należy do Prezydyum Rady powiatowej w Skałacie do dnia 31 stycznia 1911 zaopatrzone w dokumenta stwierdzające:

1) Fizyczną zdatność petenta; 459

2) Obywatelstwo austryackie;

3) Dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;

4) Nieskazitelny charakter;

5) Znajomość języków krajowych;

6) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim;

7) Nieprzekraczalny wiek lat 40.

Między kandydatami będą mieli pierwszeństwo ci którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego, lub egzaminem fizykackim.

W Skałacie, dnia 19 grudnia 1910.

Z Wydziału Rady powiatowej.

Prezes Rady powiatowej: *Piniński.*

Treść:

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok L. Kraków, dnia 14. stycznia 1911. Nr. 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Nowojodyna w lecznictwie okulistycznem.

Podał

Prof. Wicherkiewicz.

Jeżeli w jakiej gałęzi medycyny najlepiej, bo najpewniej, doświadczamy skuteczności środka leczniczego, to niewątpliwie w okulistyce, gdzie wprost śledzić możemy, czy i jak ten środek działa; tu zaś może najwięcej pożądanym być musi środek przeciwgnilnie działający tak, by i zabijał szkodliwe drobnoustroje, i sprawy gojenia, t. j. regeneracyi tkanki sprawą chorobową dotkniętej, nie upośledzał. — Ileż to pod tym względem wypróbowaliśmy w ostatnich czasach środków, jak protargol, kollargol, argentamina, elektrargol, sofol, kseroform, pyoktanina i t. d. Czy osiągnęliśmy cel?

Zawsze jeszcze najwięcej zaufania w ropnych sprawach rogówkowych mieliśmy do pyoktaniny. Zawody, doznane co do jednych środków, lub niesprawdzenie zachwalonej skuteczności co do innych, sprawiły, iż z pewnem niedowierzaniem zabrałem się do doświadczeń z niedawno przysłaną mi przez firmę Dr Scheuble i Hochstetter w Tribuswinkel pod Badenem nowojodyną. — Jeżeli dziś już, przed ostatecznem ukończeniem wielostronnych doświadczeń, pozwalam sobie podzielić się z czytelnikami ich wynikiem, to czynię to dlatego, iż sceptycyzm mój ustąpił, a nowy środek na podstawie osiągniętych wyników leczniczych zyskał sobie takie zaufanie, iż pragnąłbym, aby jaknajprędzej i najwięcej z zalet jego koledzy mogli korzystać dla swoich chorych.

Nie będę powtarzać szczegółów chemicznych, dotyczących tego ciała, bo każdy interesujący się tem, łatwo znajdzie je w odpowiednich publikacyach; zaznaczę tylko, że nowojodyna stanowi połączenie chemiczne jodu i formaldehydu, dwóch już samych przez się bakteryobójczo działających związków, a tem silniej w zespoleniu. — Połączenie to dwujodku heksametylenotetraminowego $C_6 H_{12} N_4 J_2$ w równych częściach z łojkiem (talcum venetum) nazwano nowojodyną, która stanowi proszek jasno-brunatny, sypki, bezwonny i bezpostaciowy, rozkładający się w zetknięciu z wysiękiem, ropą, lub pewnymi odczynnikami chemicznymi jodu i formaldehydu.

W przewidywaniu działania przeciwgnilnego postanowiłem oczywiście przedewszystkiem stosować środek ten tam, gdzie przy ranach nieświeżych zapobiedz chcemy ropieniu, jakoteż tam, gdzie ropienie opanować trzeba. — W pierwszym kierunku nawinął mi się niebawem po otrzymaniu nowojodyny bardzo podatny przypadek.

Chłopiec 10-letni upadł na drzwi leżące w podwórzu, potknąwszy się w ciemności, i zranił sobie powiekę górną lewego oka i skórę nad nosem, a w twardówce w wewnętrznej połowie gałki powstała rana 1·5 cm. długa, nieregularna. W niej sterczy ciałko szkliste, pokryte cienką szarą błoną; w przedniej komorze krew, poza którą tylko z trudnością można było domyślać się, że tęczówka w dolnej części uszkodzona. T. — 2. W. = pocz. silniejszego światła.

Wobec tego, że zranienie nastąpiło już przed 24 godzinami, powstrzymałem się od wszelkiej interwencyi chirurgicznej, a oczyściwszy starannie worek spojówkowy, zasypałem nowojodyną ranę twardówkową i powieki i założyłem opaskę uciskową. Ból chwilowy był silny, powoli ustępował, zniknął po pół godzinie. — Nazajutrz, po 24 godzinach, z miłem zdziwieniem przekonałem się, że nie było najmniejszej wydzieliny, założyłem więc opaskę taką samą, lekko tylko posypawszy nieco proszku na powieki zamknięte.

Pod wpływem tego postępowania rana utrzymała się aseptycznie, wypuklenie ciałka szklistego zmniejszało się, a po 20 dniach tworzy zaledwo nieznaczny pas ciemniejszy, który się coraz więcej zaciąga. Krew z przedniej komory znikła i pozwala widzieć szeroką szparę tęczówkową dołem wewnątrz, tylko w ciałku szklistem dość znaczne skrzepy krwi. Tn. W. — palce od strony nosa. — Pomijam inne zabiegi, podjęte w celu wpłynięcia na wessanie krwi, ale to podnieść muszę, że nigdy jeszcze przy tak ciężkiem obrażeniu gałki ocznej nie widziałem tak szybkiego i bezropnego gojenia się ran skórnych i, co ważniejsza, twardówki, połączonych z wypadnięciem ciałka szklistego.

Wobec tego tak zachęcającego wyniku zacząłem stosować środek ten przy wrzodach rogówki nieczystych, a zwłaszcza tam, gdzie badanie bakteryologiczne stwierdziło obecność gronkowców, paciorkowców, dwoinek zapalenia płuc (pneumokokków), a nawet dwoinek Neisserowskich, t. j. przy wrzodach tryprowych. — Nie będę nużyć czytelnika przytaczaniem poszczególnych przypadków, podnieść tylko pragnę tę okoliczność, że tam, gdzie poprzednio stosowana pyoktanina działała słabo, albo tam, gdzie wcale jeszcze nie leczono, a rozpad rogówki był znaczny, stosowanie nowojodyny dawało wprost zdumiewające wyniki. Wydzielina spojówkowa szybko zmniejszała się, zamieniając się w nieżytową i to skąpą, nacieki rogówkowe znikały, a wrzody oczyszczały się już po 24 godzinach. Wobec tego od wielu lat nietylko na mym oddziale ocznym w szpitalu św. Łazarza, ale także w klinice praktykowane

leczenie pyoktaniną wrzodów rogówkowych ustąpiło miejsca nowojodynie, którą stosuję w następujący sposób:

Po starannem oczyszczeniu spojówki, wzgl. po zapuszczeniu atropiny, czy pilokarpiny, stosownie do wskazania, zanurzam pręcik szklany, pomazany lekko maścią kseroformową lub waseliną, w proszku następującym: »Novojodini 1·0, Sacchari albi pulv. 10·0«. Tak ujętą, większą lub mniejszą, stosownie do potrzeby, ilość proszku zakładam za powiekę, przymykając następnie obie powieki, by maść z proszkiem pozostała w oku. W takiem połączeniu proszek prawie nie drażni, a działa jednak zupełnie wystarczająco. W ten sposób leczyliśmy już około 10 wrzodów pełzających z wynikiem lepszym od tych wszystkich wyników, jakie dotychczas przy najstaranniejszem leczeniu dawały się osiągnąć. To też sądzę, iż na razie nowojodyna jako najlepszy środek zawładnie zupełnie w lecznictwie nieczystych wrzodów rogówki. Nawet w przypadku wiewiórowego wrzodu rogówki rozpad powstrzymał się bardzo widocznie pod wpływem nowojodyny, zastosowanej po azotanie srebrowym, poprzednio użytym z powodu nabrzmienia spojówki powiek i przerostu ciałka brodawkowego. Wrzodziki dopiero po stosowaniu nowojodyny znikły prawie całkowicie, a rogówka stanowczo okazuje wielką skłonność do regeneracyi.

Już ten postęp w tak trudnem leczeniu wrzodów pełzających byłby wielkim i cennym dla okulisty, ale wedle tego, co dotychczas miałem sposobność spostrzegać, nie wątpię, że znajdziemy jeszcze wiele innych wskazań.

I tak ropne zapalenie po zupełnie prawidłowem wydobyciu zaćmy u osoby, u której operacya drugiego oka, równocześnie wykonana, dała wynik idealny, groziło zniszczeniem całego oka. Badanie bakteryologiczne wykazało liczne paciorkowce. Ponieważ sprawa zaczęła się w głębi oka, a wystąpiła dopiero trzeciego dnia, przeto za wskazaną uważałem dezynfekcyę wewnątrzgałkową — Ostrożnie więc otwarto zlepioną rankę operacyjną i wypłukano rozczynem pyoktaniny, co w dawniejszych latach, w przypadkach takiego ropienia, na szczęście nie częstych, dawało wyniki względnie dobre. Tutaj jednak nie udało się sprawy powstrzymać ani pyoktaniną, ani też wstrzykiwaniem surowicy przeciwpaciorkowcowej. Gdy sprawa szybko postępowała, wywołując obrzęk powiek, spojówki i ból, poleciłem w tem rozpaczliwem położeniu stosować nowojodynę, rozrzedzoną cukrem w powyżej podanym stosunku. Oczekiwanie nie zawiodło. Od tej prawie chwili wydzielina stała się skąpą, naciek rogówki i tęczówki zmniejszał się tak dalece, że na życzenie chorej można ją było po kilku dniach wypuścić, przepisując dalsze stosowanie proszku.

W innym znowu przypadku chodziło o osobę w wieku podeszłym, którą przyjęto z powodu obustronnej zaćmy. Przewlekła wydzielina spojówkowa, w której stwierdzaliśmy dwoinki zapalenia płuc (pneumokokki), powstrzymała wykonanie operacyi. Gdy azotan srebrowy, siarczan cynku, wycieranie spojówki sublimatem, a następnie zapuszczanie elektrargolu nie usuwały tych drobnoustrojów, a chora już miała z powodu zakażenia re infecta wrócić do domu, poleciłem jeszcze zbadać wydzielinę nosa, w której również znalazły się pneumokokki, nie ustępujące pod wpływem natrysków nosowych z lysolu. W takim stanie rzeczy przed zamierzoną operacyą poleciłem chorej wciągać do nosa proszek nowojodynowy, po prawidłowej zaś operacyi zaćmy zasypałem trochę proszku do worka spojówkowego i na powieki. Przebieg nadspodziewanie wypadł korzystnie, bo w dniach następnych nie stwierdziliśmy żadnej wydzieliny, a rana gładko i dobrze się zagoiła.

Że środek ten i przy ropniach powiek oddaje nam usługi, nie potrzebuję chyba dodawać, a sądzę, że i zapalenia brzegów powiekowych, połączone z wrzodami, będą również wdzięcznem polem do stosowania tego środka, jak to już na kilku przypadkach miałem się sposobność przekonać.

U chłopca, operowanego przez jednego z pp. asystentów sposobem Thierscha z powodu zupełnego odwrócenia górnej powieki po ropniu gruźliczym górnej kości oczodołowej, wynik był bardzo niedostateczny. Operacyę powtórzyłem sam w kilka tygodni później, tak, że zwolniona powieka zachodziła na dolną. Ranę prawidłowo wyłożyłem skórą, wziętą z ramienia chłopca. Jak zwykle w takich razach, pokryłem powieki gazowymi płatkami, na które nałożono nieco strzyżonej gazy kseroformowej. I teraz po zmianie opatrunku, w 5 dni po operacyi, cuchnąca wydzielina, wydobywająca się z pod opaski, nie wróżyła nic dobrego. I rzeczywiście cała powierzchnia pokryta była wydzieliną obfitą, pod którą częściowo naskórek przeszczepionego płatka okazał się zmacerowanym. Oczyszczono teren operacyjny starannie i posypano ranę proszkiem nowojodyny. Wynik szybki, świetny i zdumiewający, bo wydzielina ustała, a płatki w znacznej części utrzymały się tak, że na razie skutek był dobry, bo powieka domyka. Czy później nie nastąpi dalsze skracanie się przeszczepionych skrawków skóry, a zatem powieki, to rzecz inna, ale środek nowy nie zawiódł.

Że jednak bywają stany, w których i ten środek wydzielinie nie zapobiega, o tem świadczy przypadek pęcherzycy powiek i spojówki, leczonej przezemnie nie bez skutku wstrzyknięciem »606«.

W tym przypadku, gdy sprawa na lewem oku tak dalece złagodniała, iż owrzodzenia zabliźniły się, a jedynie zrost powiek z gałką i rogówką uniemożliwiał choremu używanie tegoż oka, postanowiłem zrobić syndesmoplastykę, korzystając z trzech skrzydlików u dwóch osób, przybyłych do operacyi. Prawe oko owego chorego zawsze jeszcze miało skórę pozbawioną naskórka w miejscu pojawiających się przed kilku dniami pęcherzy. Po dokonanej operacyi lewego oka posypałem powieki obu ócz nowojodyną. W 3 dni później na operowanem oku lewem, którego skóra powiek już była prawidłowa, nie wystąpiła żadna wydzielina; natomiast powieki prawego oka pokryte były śmietankowatą wydzieliną, a po spłukaniu jej pokazało się, iż nowe pęcherze wystąpiły na powiece w dawniejszych miejscach pozbawionych naskórka. I spojówka powiek, o ile można było dostrzedz przy wielkiej wrażliwości chorego, któremu każde dotknięcie sprawiało ból i wywoływało kichanie, była pokryta wydzieliną i silnie przekrwiona. Dla wypróbowania środka powtórnie zasypałem go na oba oczy, ale po kilku dniach co do prawego oka skutek był ten sam.

Wiadomo, iż w wielu przypadkach pęcherzycy nie znaleziono wogóle żadnych drobnoustrojów, w innych zaś nie były one stałe, ani też znamienne, tak że, jak to na innem miejscu szczegółowo wykażę, sprawę tę uważać należy za zaburzenie neurotroficzne. Wobec tego zaś nie dziw, że i nowojodyna, podrażniając miejsca obnażone z naskórka, do zaostrzenia stanu się przyczyniła.

Że nowojodyna i w śluzoropotoku worka łzowego cenne oddać może usługi, za tem przemawia następujący przypadek:

Kobieta 45-letnia przybyła do szpitala z pełzającym wrzodem rogówki, powstałym przez uraz przy ropnej zawartości worka łzowego. Mimo przestrzykiwania worka łzo-

wego roztworem kwasu borowego, perhydrolem, a następnie protargolem i stosowania pyoktaniny na rogówkę, sprawa groziła przebiciem rogówki i zniszczeniem jej reszty. Po należytem wypłukaniu worka łzowego i zasypaniu nowojodyny do kącika wewnętrznego ropienie worka ustąpiło, a wrzód rogówki począł się szybko oczyszczać.

Z przytoczonego przypadku wynika, że w ten sposób stosowany proszek działa dobrze przy śluzoropotoku woreczka łzowego. Działać będzie skuteczniej, gdy się lepiej dostanie do wnętrza worka, co osiągnąć można tylko przez rozcięcie obu kanalików łzowych tak, że worek obnażymy. W kilku przypadkach ropnego zapalenia woreczka łzowego z doskonałym skutkiem wstrzykiwałem zawiesinę glicerynową nowojodyny 10% do 20%, do czego jednak trzeba rozciąć dolny kanalik i strzykawką o grubszej cewce wstrzyknąć ową zawiesinę do worka, poprzednio starannie oczyszczonego z ropnej zawartości.

Dalsze wskazanie do leczenia nowojodyną dają pryszczyki spojówki, przeciw którym można zamiast wspomnianego wyżej proszku stosować maść 10%.

W ostatnich czasach z doskonałym wynikiem stosowałem maść jodoformową 10% przeciw pryszczykom rogówkowo-twardówkowym, tam zwłaszcza, gdzie wynik badania odczynnikiem Morro w kierunku gruźlicy był dodatni, wskazując na to, iż owe pryszczyki stoją w związku z tem zakażeniem, jak to w pięknej pracy, na materyale klinicznym opartej, wykazał Dr Rosenhauch*) Otóż i tu spodziewać się można, że maść nowojodynowa będzie wdzięczniejszą od jodoformu, a co najmniej równie skuteczną.

Nowojodyna nie rozpuszcza się w żadnym ze znanych płynów, natomiast można osiągnąć dobrą zawiesinę w oliwie, oleju, glicerynie, co umożliwia stosowanie tego środka do ropni, do przetok, do worka łzowego przez wstrzyknięcie.

Swego czasu ogłosiłem kilka przypadków leczenia ropniaków jamy czołowej, jakoteż i innych jam sąsiednich oczodołu, przez wyciągnięcie strzykawką płynu a następnie wstrzyknięcie pyoktaniny, co doprowadzało do względnie szybkiego i trwałego usunięcia nawet znacznych takich ropniaków lub śluzowiaków. Otóż i w tych przypadkach prawdopodobnie pyoktanina dałaby się doskonale zastąpić, może z lepszym nawet skutkiem, zawiesiną nowojodynową.

Gaza nowojodynowa daje się znakomicie stosować do leczenia jam po przecięciu ropni, a nie wywołuje, jak jodoformowa, znanego a tak przykrego wyprysku.

Na zakończenie dodam jeszcze, że w kilku przypadkach wydzielin spojówkowych u osób wiekowych, wyczekujących operacyi zaćmy, z tego powodu odraczanej, iż badanie bakteryologiczne wykazywało znaczną ilość gronkowców, paciorkowców, czy wreszcie dwoinek zapalenia płuc, zastosowanie nowojodyny w krótkim czasie te drobnoustroje usuwa, a tem samem umożliwia przystąpienie do operacyi, co w podobnych razach po zastosowaniu innych środków nie tak łatwo dawało się uskutecznić.

Na razie tyle. Później powrócę prawdopodobnie raz jeszcze do tego tematu, by podać bliższe szczegóły dotyczące leczenia tym cennym środkiem, który pomimo, że składniki nowojodyny uprawniałyby do pewnej obawy w tym kierunku, w żadnym przypadku nie wywołał objawów zatrucia, ani ogólnych, ani miejscowych, np w postaci rumienia, czy też wyprysku, tak łatwo występującego po innych środkach odkażających, a przedewszystkiem po jodoformie.

*) Tygodnik lek. 1910. — Bull. intern. de l'Acad. de Sc. Cracovie 1910. — Nowiny lek. 1910. — Graefes Archiv. f. Ophthalm. LXXVI. B. 2.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I B) Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Haemoglobinuria paroxysmalis.

Napisał

Prym. Dr A. Krokiewicz.

Pomimo, iż okresowa hemoglobinurya (haemoglobinuria paroxysmalis) już w r. 1854 przez Dresslera, a wkrótce potem przez autorów angielskich, jak Harley, Pavy, Gull była klinicznie spostrzegana, jednakże dotychczas sprawa ta chorobowa nie została jeszcze należycie wyświetlona. Badania całej plejady bardzo wybitnych klinicystów i patologów, jak Rosenbacha, Lichtheima, Ehrlicha, Boasa, Poppera, Pela, Langsteina, Koblera, Obermeyera, Mesneta, Bristowa, Copemana, Ponficka, Dappera, Chwostka, Grawitza, niewiele przyczyniły się do bliższego poznania jej patogenezy — i dopiero prace najnowsze Donatha, Landsteinera, E. Meyera i Emmericha, Rösslego, Benjamina, Mora i Nody, a zwłaszcza Hymansa van den Bergh rzuciły więcej światła w tym kierunku. Przyczyna, dla której istota powstawania hemoglobinuryi okresowej nie została dotychczas należycie zbadana, leży między innemi niezawodnie i w stosunkowo bardzo rzadkiem pojawianiu się tej choroby. To też skoro dzięki uprzejmości Radcy dworu Prof. Wicherkiewicza nadarzyła mi się sposobność dokładnego badania chorego, dotkniętego okresową hemoglobinuryą, uważam za stosowne podać wyniki spostrzegania klinicznego do szerszej wiadomości.

M. G., kupiec z Monachium, liczący lat 48, zgłosił się do szpitala w dniu 3 listopada 1910 r. Według wywiadów miał być poprzednio zawsze zdrów; dopiero przed 7 laty w czasie odbywania dłuższej podróży w porze zimowej miał doznać po raz pierwszy moczenia krwawego, które odtąd napadowo zwykło się pojawiać jedynie tylko po każdem silniejszem przeziębieniu, zwłaszcza na wiosnę, w jesieni i w zimie. Znaczniejsza praca fizyczna, jak forsowne chodzenie, jazda na rowerze i t. p., tudzież wzruszenia psychiczne nie wywołują moczenia krwawego, jeśli chory naówczas się nie przeziębi. Napad moczenia krwawego pojawia się dosyć rzadko bez znaczniejszych zaburzeń w ustroju. Zazwyczaj poprzedza napad uczucie ogólnego znużenia i obolenia w mięśniach, niepokój, ból głowy, poczem występuje dreszcz około 20 minut trwający i podniesienie ciepłoty do 38° C i wyżej, a niespełna w 1/2 3/4 godziny mocz krwawy o zabarwieniu czerwonego wina burgundzkiego. Mocz ten po 2 - 5 godzinach coraz bardziej się wyjaśnia aż do barwy winowo-żółtej, prawidłowej. Chory pozostawał w leczeniu na klinikach i w wielu zakładach leczniczych w Monachium, Würzburgu, Fryburgu (Freiburg in Breisgau), Strassburgu, Bonn, Berlinie (Charité II klinika) Kolonii, Gryfii, Erlangen a świadectwa tamtejsze stwierdzają, iż wszędzie spostrzegano u niego okresowe przemijające moczenie krwawe które powstawało tylko przez przeziębienie i wogóle przez silne zadziałanie zimna na ustrój.

Zwłaszcza poświadczenia z kliniki w Monachium od Dra E. Meyera, gdzie chory pozostawał w leczeniu od 9. I. do 18. V. 1909 r., tudzież z kliniki w Gryfii z dn. 29. IX. 1909 r. zasługują na szczególniejszą uwagę. Excessus in Baccho ac Venere negantur. Kiły miał chory stanowczo nie przebywać; przed 4 laty miał chorować na nagminne zapalenie jąder, podczas gdy jego dzieci chorowały na nagminne zapalenie ślinianek przyusznych. Od 7 lat brak zupełny popędu płciowego. Wszelkie wywiady co do dziedzicznego obciążenia ujemne. Ojciec zmarł w 64. roku życia na serce, matka w późnym wieku na uwiąd starczy, 2 bracia i 5 sióstr w wieku od 38—51 lat żyją i są zupełnie zdrowi.

Badanie w d. 4. XI. 1910 r. wykazuje:

Mężczyzna wzrostu wysokiego, dość dobrze odżywiony, o silnej budowie ciała. Skóra na twarzy nieco śniada z odcieniem bladym, okazuje łatwą pobudliwość naczynioruchową. Gruczoły karkowe nie powiększone. Układ mięśniowy i kostny prawidłowo rozwinięty. Ciepłota ciała 36·8° C. Klatka piersiowa prawidłowa. Odgłos opukowy wszędzie jawny. Dolna granica płuca prawego w linii sutkowej na dolnym brzegu 6. żebra, a lewego na 4. żebrze; z tyłu po obu stronach w linii przykręgowej na 11. żebrze, ruchoma. Wdech wszędzie pęcherzykowy, wydech zaostrzony, pokryty skąpymi świstami i furczeniami. Liczba oddechów 18. W krtani na tylnej ścianie nieznaczne zgrubienie, określone na klinice laryngologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego jako: Pachydermia laryngis.

Wymiary serca prawidłowe. Uderzenie koniuszkowe serca niewidoczne i niewyczuwalne. Tony serca prawidłowe. Tętno 80, prawidłowo napięte, czasem przepuszczające.

Język wilgotny, czysty, bladoróżowy. Brzuch prawidłowo wysklepiony, w jelitach mierna ilość kału i gazów. Oddawanie stolca prawidłowe. Wątroba nieznacznie powiększona, śledziona duża, o brzegu dolnym twardym, zbitym, sięga od 6. żebra aż do łuku żebrowego i przekracza przednią lewą linię pachową.

Układ nerwowy okazuje znaczniejszą pobudliwość naczynioruchową. Skóra na twarzy rychło czerwienieje i blednie. Źrenice dość wązkie, równe, oddziałują dość leniwo na światło i zbieżność. Badanie pola widzenia i dna oka, dokonane na klinice okulistycznej Uniw. Jagiellońskiego, dało wyniki prawidłowe. Odruchy kolanowe zwiększone. Sen i łaknienie dobre. Oddawanie moczu prawidłowe. Mocz winowo-żółty, czysty, c. g. 1·021, oddziałuje kwaśno, nie zawiera ani białka, ani cukru.

W czasie pobytu trzechdniowego w szpitalu, t. j. od 4. XI. do 6. XI chory czuje się zupełnie dobrze. Ciepłota ciała 36·3—36·8° C, tętno prawidłowe około 80, mocz prawidłowy.

7. XI. Rano chory zupełnie swobodny po dobrze przespanej nocy. Ciepłota ciała 36·3° C, tętno prawidłowo napięte 80, nieco przepuszczające. Mocz zupełnie prawidłowy, odziaływania kwaśnego, barwy winowo-żółtej, nie zawiera ani śladu białka. W czasie wizyty szpitalnej o godzinie 8½ rano zastosowano u chorego kąpiel na nogi w wodzie lodowej przez 10 minut. W ¾ godziny po tym zabiegu chory zaczyna się pocić na twarzy, doznawać uczucia niepokoju, bólu głowy, ciążenia w łydkach i mięśniach tułowia, poczem wystąpił silny dreszcz, trwający około 20 minut, a następnie ciepłota ciała podniosła się do 38° C. O godzinie 9½, t. j. w godzinę po kąpieli nożnej, chory po raz pierwszy oddał 200 cm³ moczu ciemno czerwonego, prawie czarnego, następnie o godzinie 2 ej 330 cm³ moczu ciemnoczerwonego, ale już jaśniejszego i o godzinie 3, 115 cm³ moczu jasno-czerwonego, jakby wody mięsnej. Mocz oddany o godzinie 4 po południu w ilości 125 cm³ był już barwy winowo-żółtej, jasnej, prawidłowej i bez białka. Wogóle napad moczenia krwawego wraz z dreszczami trwał około 6 godzin i w tym czasie chory oddał moczu krwawego 645 cm³. Badanie moczu przed napadem i w czasie napadu, dokonane w zakładzie chemii lekarskiej Uniwersytetu Jag. przez Prof. Marchlewskiego, wykazało:

α) przed napadem	β) w czasie napadu (pierwsze ilości)
mocz barwy: słomkowo-żółtej	ciemno czerwonawej
oddziaływanie: kwaśne	kwaśne
c. g.: 1·018	1·019
osad: obłoczkowaty	silnie zwiększony
urochrom: nieco zmniejszony	silnie zwiększony
indoksyl: słabo zwiększony	słabo zwiększony
mocznik, kwas moczowy, chlorki, fosforany ziem: prawidłowe	prawidłowe
fosforany potasowców	nieco zwiększone
białka: 0	0·6% i wielka ilość hemoglobiny
cukru: 0	0
osad: pojedyncze nabłonki pęcherza, dużo pleśni	obfity strąt hemoglobiny, b. skąpe wałeczki uziarnione

Ciepłota ciała w czasie napadu najwyżej podniosła się do 38·5° C o godzinie 12 w południe i potem zwolna opadała do prawidłowej tak, że o godzinie 4 popołudniu wynosiła 36·6° C. Tętno ważniejszych zmian nie okazywało. Pod wieczór i przez cały dzień chory czuł się bardzo znużony.

8. XI. Chory nieco osłabiony, spał dobrze. Ciepłota ciała rano 36·7° C. a wieczorem 36·8° C, apetyt dobry, mocz zupełnie prawidłowy.

9. XI. Chory czuje się zupełnie dobrze. Ciepłota ciała 36·6° C. do 36·8° C., mocz prawidłowy.

10. XI. S. i. Badanie krwi dokonane przez Dra Kramarzyńskiego wykazało:

Ilość hemoglobiny (Sahli) 80%.
c. g. 1·062.
Ilość krwinek czerwonych 5700000.
» » białych 16.400.
Wskaźnik 0·7.

Preparat świeży: Barwa krwinek czerwonych nieco bledsza, zlepność zmniejszona (nie układają się w ruloniki), kształt przeważnie prawidłowy, miejscami krwinki czerwone powyginane.

Preparat barwiony: triacid (słabo), Jänner (prawidłowo).
limfocyty 15%
wielojądrzaste neutrofile 69%
» basofile 1%
limfoidalne komórki szpiku kostnego 3·5%
myelocyty (kom. szpiku kostnego) 0·5%
normoblasty, skąpa polichromatofilia.

11. XI. Po dobrze przespanej nocy chory zupełnie swobodny. Ciepłota ciała ranna 36·4° C., tętno 88, od czasu do czasu przepuszczające. Mocz prawidłowy. O godzinie 9 rano podczas wizyty szpitalnej zastosowano powtórnie kąpiel lodową nożną na 10 minut. W godzinę, t. j. o godzinie 10. przedpołudniem chory oddał 70 cm³ moczu ciemnokrwawego nieco jaśniejszego, niż przy poprzedniem doświadczeniu) i następnie dopiero, w 10 minut, wystąpiły poty na twarzy, ogólne znużenie, dreszcz trwający około 20 minut i gorączka 38·3° C. Chory oddał w całości moczu krwawego 380 cm³, a mianowicie:

o godz. 10 m. 40 przedpoł. 20 cm o barwie ciemno-czerwonej
» 11 » 28 » 30 » » » »
» 12 w południe 110 » » » »
» 1 popołudniu 50 » » cisawo pomarańcz.
» 3 » 170 » » pomarańcz.-żółtej

później mocz był zupełnie prawidłowy. Napad został przerwany po obłożeniu nóg chorego gorącemi kamionkami o godz. ½1 popołudniu. Ciepłota ciała ranna przed napadem wynosiła 36·3, tętno 80; o godzinie 10¼ t. j. w 15 minut po dreszczach 38° C. (tętno 90) — o godzinie 10 m. 55 — 39·5° C. (tętno 96) — o godzinie 2 37·5°, o godzinie 3 37·7° C. — o godzinie 5 popołudniu 37° C. Pod

koniec napadu, t. j. około godziny 3 popołudniu, wystąpiły silne poty. Wogóle napad był krótszy i trwał nieco nad 4 godziny, choć nagle wzmagająca się gorączka i oddanie krwawego moczu przed dreszczami zapowiadały początkowo ciężkie nasilenie. Parcie krwi (Riva-Rocci) wynosiło przed napadem 125—130 mm Hg, w czasie najwyższego nasilenia t. j. przy ciepłocie 39·5° C. 135—140 mm Hg, a po napadzie t. j. o godzinie 8 wieczór 115—120 mm Hg.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniw. Jag.

Z kązuistyki śmierci z postrzału. Samobójstwo, czy morderstwo?

Podał

Prof. Wachholz.

(Ciąg dalszy).

Orzeczenie:

Oględziny zewnętrzne stwierdzają z całą stanowczością, że nastąpiła śmierć wskutek rany postrzałowej.

Dnia 7. czerwca wykonano sekcyę zwłok ś. p. Dra L.:

Zewnętrznie: 1) Zwłoki mężczyzny dobrze zbudowanego i odżywionego, 180 cm. długie. Plamy pośmiertne rozległe na częściach tylnych, nacięciem stwierdzone. Stężenie we wszystkich kończynach utrzymane.

2) Opisane w protokole oględzin z dnia 6. VI. 1909 powalania powłok zewnętrznych krwią zmyto, celem możliwie dokładnego przekonania się o wszelkich zewnętrznych śladach obrażeń.

3) Na ciele stwierdza się następujące ślady obrażeń: a) U szczytu środka czoła półkoliste otarcie naskórka, 4$^1/_2$ cm. długie, licząc bieg łuku jego, zaś 2$^1/_2$ cm. wynos cięciwa jego łuku. W środku cięciwy tej mieści się otarcie w formie nieregularnej, brunatnawej plamy, wielkości średniego grochu. Otarcie to po nacięciu w głębi bardzo nieznacznie krwią podbiegnięte. b) Nad $^1/_4$ zewnętrzną częścią łuku brwiowego prawego, tuż na granicy między skronią, a guzem czołowym prawym ranka okrągła, w średnicy $^1/_2$ cm. licząca, o brzegach zeschniętych, drążąca w głąb czaszki. Dookoła niej współśrodkowo rozrzucone gęsto, punktowate, liczne, ciemno czerwone wybroczyny, przechodzące równomiernie na skroń prawą, na łuk brwiowy prawy, na górną powiekę prawą, oraz na guz czołowy prawy. Z łuku brwiowego prawego z najbliższego otoczenia rany zebrano włosy brwiowe. c) Górna powieka oka prawego obrzękła i krwią silnie podbiegnięta, dolna powieka oka prawego sina, krwią podbiegnięta, nie obrzękła. d) Nad tylnym odcinkiem kości ciemieniowej lewej na przejściu tyłogłowia, w linii biegu tylnej krawędzi małżowiny usznej lewej ranka skośna, 1 cm. długa, o brzegach nierównych, miażdżonych, krwią nieco podbiegnięta. e) Na zewnętrznej powierzchni przedramienia prawego w środku tegoż 3 opisane w poprzednim protokole ranki kłute, po nacięciu w głębi tkanka krwią podbiegnięta, wydziela silną woń kamfory. f) Na zewnętrznej powierzchni uda prawego, to jest na granicy górnej $^1/_3$ tejże smugowate otarcie naskórka, 6 cm. długie, w głębi obficie krwią podbiegnięte. g) Zresztą nigdzie na ciele, a w szczególności na twarzy, wargach, szyi, rękach, ręce prawej nie stwierdza się ani śladów obrażenia, ani też jakichkolwiek nieprawidłowych zabarwień. h) Części płciowe zewnętrzne, w szczególności członek nie okazują nigdzie śladu obrażenia. Przednia dolna powierzchnia worka mosznowego brunatnawa z powodu pośmiertnego wysychania.

Wewnętrznie: 4) Powłoki czaszki po stronie wewnętrznej w okolicy rany opisanej pod 2b) na przestrzeni dłoni dorosłego człowieka ku skroni i czołu krwią ciemną podbiegnięte, a podbiegnięcie to dotyczy także wierzchniej warstwy mięśnia skroniowego prawego. W najbliższem otoczeniu rany tej tkanka krwią podbiegnięta jest nieco żywiej czerwono zabarwiona, a miejsce to wycięto dla zbadania spektralnego.

W miejscu rany opisanej pod 2d bardzo nieznaczne krwawe podbiegnięcie na wewnętrznej powierzchni powłok. Sklepienie czaszki nie obrażone. Kości miejscami grubsze, niż zwykle. W tylnym odcinku prawej połowy kości czołowej dwa zagłębienia z ubytkiem (usura) kości połączone, których wielkość odpowiada wielkości fasoli i bobu. Kość w tych miejscach jako rozrzedzona prześwieca, ale nigdzie nie jest obrażona. Podobny nieco mniejszy ubytek (usura) mieści się w środku guza ciemieniowego prawego; jest on mniej znaczny, wielkości średniego grochu. Opona mózgowa twarda gładka, prawidłowo gruba, tylko w części odpowiadającej przedłużeniu rany z pod 2b), na przestrzeni okrągłej, wielkości małej trześni, przedziurawiona, o brzegach nierównych. Zresztą nigdzie nie uszkodzona. Między oponą twardą a miękką na całej sklepistości półkul, oraz i na podstawie czaszki obfita ilość ciemno-czerwonych skrzepów krwi, dość szczelnie do opon przywartych. Pod oponą miękką na sklepistości półkul obfite podbiegnięcie krwawe, zwłaszcza nad półkulą lewą. Opona miękka na całej sklepistości półkul, zwłaszcza nad płatami czołowymi i ciemieniowymi niemal jednostajnie mlecznie zgrubiała. Mózg prawidłowo ukształcony okazuje nad podstawą płatu czołowego prawego w przedłużeniu rany z pod 2b) ubytek okrągły wielkości małej trześni o brzegach rozmiękłych, skrzepami krwi i strzępami kości pokrytych. Od ubytku tego biegnie kanał o ścianach strzępiastych, krwią podbiegniętych, przechodzący w kierunku od strony prawej ku lewej nieco tylko skośnie ku tyłowi w jednym poziomie przez oba płaty czołowe mózgu i kończący się strzępiastym, skrzepem krwi pokrytym otworem na granicy między boczną ścianą lewego płatu czołowego, a lewego płatu ciemieniowego mózgu. W końcu tego kanału znaleziono wśród skrzepu krwi zniekształcony pocisk brauningowy, (który wzięto w przechowanie). Kanał ten nigdzie nie otwiera komórek mózgowych i nie narusza nigdzie zwojów podstawowych, które jak zresztą cały mózg, móżdżek, most Varola i rdzeń przedłużony — prócz tego, że są bledsze, w krew uboższe, — nie okazują żadnych zmian. Naczynia podstawowe zapadnięte i cienkie. W zatokach żylnych mieści się nieco wiotko skrzepłej krwi.

5) Odpowiednio do rany z pod 2b) mieści się na granicy między kością czołową prawą, a skroniową prawą otwór okrągławy, $^1/_2$ cm. w średnicy mierzący, którego zewnętrzne brzegi są ostre, zaś brzegi wewnątrzczaszkowe terasowate. Otwór ten łączy się z odpryskami kości czołowej, po których usunięciu rozszerza się pierwszy otwór na podłużny poziomo ułożony, 2 cm długi, $^1/_2$ cm szeroki, w miejscu odszczepów kostnych nierówny. Zresztą podstawa czaszki nigdzie nieuszkodzona.

6) Krtań i tchawica z przodu rozcięte próżne. Podłoga jamy ustnej, język, gardło, podniebienie twarde i miękkie nigdzie nie obrażone.

7) Oba płuca wolne o opłucnych gładkich, tylko w szczytach obu płuc nieco zgrubiałych i z opłucną żebrową zrośniętych. Płuca wszędzie powietrzne, na przekroju jędrne, w krew dość obfite, zalewają się obfitą cieczą pienistą, krwawą, tylko w szczytach obu płuc mieści się po jednem zwapniałem ognisku wielkości grochu. Gruczoły przyoskrzelowe zwapniałe. W tchawicy i w oskrzelach mieści się nieco pienistej cieczy.

8) Osierdzie i nasierdzie gładkie, cienkie, bez wynaczynionek, serce nieco poprzecznie powiększone, flakowate, o komórkach próżnych, o błonie wewnętrznej tętnic głównych, wsierdziu i zastawkach z powodu gnicia ciemno-czerwonym barwikiem krwi nasiąkniętych. Błona wewnętrzna tętnicy głównej gładka. Tętnice wieńcowe nieco sztywniejsze. Mięsień serca nieco gliniasty z powodu gnicia.

9) Śledziona prawidłowo wielka, na przekroju gnijąca.

10) Obie nerki prawidłowo wielkie, wiotkie, gnijące, przesiąkłe rozpadłym barwikiem krwi. Moczowody drożne. Pęcherz moczowy wypełniony obfitą ilością jasnego moczu, błona jego śluzowa nieco cieńsza i nieco nastrzykana z kilku drobnemi, ceglastemi, dawniejszemi wynaczynionkami.

11) Wątroba o mało wykształconym płacie lewym, o brzegach nieco zaokrąglonych, na przekroju w krew miernie obfita, przy przekrawaniu lekko chrzęszcząca, gnijąca. Woreczek żółciowy bez zmian.

12) Przełyk o błonie śluzowej pośmiertnie rozmiękłej. Żołądek zawiera bardzo skąpą żółtawą treść płynną, błona śluzowa już to rozpadłym barwikiem krwi, już to żółtawo nasiąkła, pośmiertnie rozmiękła.

13) Jelita cienkie i grube, zawierające mierną ilość treści swoistej, o błonie śluzowej bladej. Otrzewna wszędzie gładka, blada.

14) Kości tułowia i kończyn nigdzie nieuszkodzone.

Włosy brwiowe zebrane z najbliższego otoczenia rany postrzałowej nie okazywały ani makroskopowo, ani mikroskopowo zmian, odpowiadających działaniu na nie płomienia, względnie wysokiej ciepłoty. Jednem słowem włosy te nie okazywały żadnych zmian.

Wyciąg wodny, sporządzony z wyciętego mięśnia skroniowego prawego z bezpośredniego otoczenia rany, dawał widmo O-Hb, które pod wpływem siarczku amonu odtleniało się natychmiast na widmo Hb.

Wreszcie przeprowadzone przez znawców broni i Dra Jankowskiego próby z strzelaniem zapomocą krytycznego browninga do manekina, umieszczanego w różnej postawie na otomanie w mieszkaniu Dra L., wykazały, że, o ile znaleziona przy ścianie za otomaną łuska naboju, który zadał śmierć Drowi L., spoczęła tam w istocie zaraz po śmiertelnym strzale, to strzał ten musiał być zadany do ś. p. Dra L. w chwili, gdy on leżał na otomanie, zwrócony twarzą nieco ku ścianie. Przy strzałach próbnych, dawanych do manekina w postaci siedzącej na otomanie, a więc w postawie opisanej przez obwinioną, padały łuski nabojów po każdym strzale na pokój i zawsze pod kątem ostrym i na prawo od ręki strzelającego. Łuski te padały stale w tym samym kierunku, lecz w rozmaitej odległości, skąd słusznie można wnosić, że siła pojedynczych nabojów browninga podlega pewnym wahaniom. Dalsze doświadczenia, czynione w celu przekonania się, z jakiej odległości mógł paść strzał krytyczny, licząc od końca lufy browninga do skroni, wykazały, że rozrzucenie ziarn naboju w kole o średnicy 4 cm., zatem w kole równie wielkiem, jak je znaleziono na skroni denata, następowało po strzałach danych z odległości 5 lub 6 cm. od powierzchni ugodzonej. Zarazem stwierdzono, że przy tej odległości padania strzału powierzchnia ugodzona powlekała się bardzo nieznacznie szarawym, dającym się zetrzeć nalotem dymu.

Na powyższych wynikach sekcyi zwłok i badań oparte orzeczenia wydane tak w czasie śledztwa, jak i w czasie rozprawy głównej, opiewały:

1) Co do przyczyny śmierci: Za przyczynę śmierci ś. p. L. należy uważać ucisk mózgowy, wywołany krwotokiem śródczaszkowym w następstwie postrzału, zadanego w skroń prawą denata. Pomoc lekarska nie była w stanie zapobiedz śmierci, gdyż pocisk przeszył na wylot obie półkule mózgu.

2) Co do użytej broni: Charakter rany postrzałowej w okolicy skroni prawej i pocisk znaleziony w końcu kanału postrzałowego dowodzą, że strzał był zadany z krótkiej broni małego kalibru o naboju, złożonym z prochu bezdymnego i jednolitego pocisku, właściwych browningom. Odebrany obwinionej browning mógł być tą bronią, z której padł śmiertelny strzał.

3) Co do pytania, czy samobójstwo, czy morderstwo: W danym przypadku nie można w sposób stanowczy rozstrzygnąć, czy śmiertelny strzał padł z własnej ręki denata, czy też z ręki drugiej osoby, albowiem, o ile z jednej strony szereg szczegółów, wynikających z oględzin i sekcyi zwłok, oraz z ogólnego doświadczenia sądowo-lekarskiego nie pozwala wykluczyć możliwości samobójstwa, o tyle z drugiej strony te same szczegóły łącznie z okolicznościami, towarzyszącemi danemu przypadkowi, które były takie, jakie w notorycznych przypadkach samobójstwa niezwykły się zdarzać (noc, ustronne mieszkanie, obecność drugiej osoby, słuchaczki medycyny, nie spieszącej z energiczną pomocą wobec rany, którą za niebezpieczną dla życia powinna była uważać), nie dozwalają zaprzeczyć możliwości morderstwa. Do szczegółów, nie dozwalających wykluczyć samobójstwa, należy zaliczyć doświadczenie, pouczające, że statystycznie biorąc, samobójstwo przez postrzał jest częste, morderstwo zaś rzadsze, dalej usadowienie rany w okolicy skroni prawej, cechy tej rany, odpowiadające ranie zadanej postrzałem, który zadany był z pobliża, t. j. wedle odnośnych doświadczeń z krytyczną bronią z odległości około 5 do 6 cm., kierunek rany, biegnący w danym przypadku w jednym poziomie od skroni prawej ku lewej, wreszcie, choć w mniejszym stopniu, brak na ciele denata innych obrażeń, i to w szczególności takich, któreby dowodziły pewnej walki denata z napastnikiem. Wprawdzie stwierdzono przy sekcyi prócz rany postrzałowej rankę tłuczoną nad tylem kości ciemieniowej lewej, otarcie naskórka na czole i siniec na udzie prawem, jednak obrażenia te nie miały cech obrażeń powstałych wśród walki. Obrażenia powyższe powstały niewątpliwie zaraz lub w krótki czas po strzale wskutek upadku denata na podłogę i uderzenia się tak o nią, jak i o gęsto obok stojące sprzęty. Upadek denata na podłogę po strzale, za którym powyższe obrażenia świadczą, a o którym obwiniona nic nie wspomniała w opisie krytycznego zajścia, mógł niekorzystnie wpłynąć na skutek strzału, bądź to wzmagając krwotok z rany postrzałowej, bądź też przyspieszając utratę przytomności denata.

4) Co do stanu denata zaraz po strzale: Ponieważ strzał zadany w okolicę prawej skroni denata najprawdopodobniej nie wywołał objawów wstrząśnienia mózgu, ani też nie naruszył takich części mózgu, których zniszczenie pociąga za sobą natychmiastową utratę przytomności, przeto nie można wykluczyć możliwości, że Dr L. mógł być po odniesieniu rany postrzałowej przez pewien, nie dający się określić przeciąg czasu, przytomny. Przytomność jego musiała dopiero wówczas zaniknąć, gdy się wytworzył ucisk mózgowy wskutek nagromadzenia się krwi wylanej do jamy czaszki.

5) Co do pytania, czy denat mógł był po strzale, jeżeli był przytomny, poruszać się i wzywać pomocy: Na podstawie usadowienia rany postrzałowej u denata i na podstawie odnośnego doświadczenia nie da się zaprzeczyć tej możliwości, lecz jest równie możliwem, że Dr L. nie był po strzale zdolny mimo zachowanej przytomności do wykonania wydatniejszych ruchów w celu szukania pomocy, albowiem sposób oddziaływania na odniesione obrażenia, a zwłaszcza tak doniosłe, jak postrzał w głowę, jest u ludzi indywidualnie różnym.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Koelsch. **W sprawie leczenia wąglika.** (Münch. med. Woch. 1910 Nr 31). Obecnie leczy się wąglika przeważnie zachowawczo i przyznać należy, że wyniki są lepsze, niż przy postępowaniu bardzo doszczętnem (wypalanie i wycinanie), jakie dawniej stosowano. Obecnie zalecamy przedewszystkiem spokój, leżenie w łóżku i zawieszenie danej części ciała, wewnętrznie pożywną dyetę, alkohol i. t. p. W razie silnych objawów miejscowych i zajęcia gruczołów sąsiednich można dopiero naciąć na krzyż, albo opalić wokoło termokauterem, lub też, jak radzi Barlach, wstrzykiwać

w odstępach 5—10 cm. na granicy skóry zdrowej po 1—2 kropli nalewki jodowej (ogółem $^1/_2$—$1^1/_2$ strzykawki gramowej). W przypadkach lżejszych wystarcza okład kwaśny, ew. szarucha lub pyocyanaza. W najnowszych czasach zaczyna wchodzić w modę leczenie surowicą; zwłaszcza zachwalają je Włosi. Podług Prof. Sclavo (56 przypadków) śmiertelność przy tem leczeniu wynosi zaledwo 6·9 w porównaniu z 20—30% przy innem leczeniu, a wynik co do czasu leczenia jakoteż kosmetyki jest pomyślny. Także w weterynaryi osiągnięto przez to leczenie wyniki bardzo dobre. Beyer z Magdeburga donosi o bardzo korzystnem działaniu surowicy. Najlepiej stosować śródżylnie według potrzeby 2—5 razy po 10 cm. Dobrą surowicę wyrabia Merck (Darmstadt); cena 3 marki za 10 cm³. Surowica nie ulega szybko zepsuciu, zresztą fabryka wymienia zawsze stare flaszeczki na nowe. K.

Fedoroff. **Śródżylne uśpienie hedonalowe.** (Therap Ber. 1910 Nr 7). Pierwsze próby uśpienia hedonalowego na zwierzętach Krawkoffa i Eremitscha wypadły tak pomyślnie, że F. zdecydował się wprowadzić to uśpienie w 60 przypadkach. Z początku podawano chorym na 1—2 godzin przed operacyą 3—4 gr. hedonalu w lewatywie, a potem śródżylnie 0,1—0,2 na kilogram wagi ogrzanego do 40°—0,75% rozczynu hedonalu w soli kuchennej. Potem zaniechał F. lewatyw i obecnie wśród przygotowań do operacyi odsłania żyłę w łokciu i strzykawką wprowadza obwodowo rozczyn. Po wstrzyknięciu 100—150 cm³ odczuwają już chorzy senność, a po 300 zasypiają. Po wprowadzeniu dalszych 200—300 cm³ znika odruch rogówki. Najwyżej wprowadzono 1000 cm³. Im wolniej wprowadza się rozczyn, tem też uśpienie wolniej występuje, a zjawić się może stan podniecenia. Zaprędko zaś wprowadzać nie można, bo zjawić się może sinica i zatrzymanie oddechu. Średnio powinno się wprowadzać 100 cm³ w minucie. Zmiany w oddechu zjawiają się tylko w początkach uśpienia. Tętno cały czas pozostaje dobre; ciśnienie nieco tylko z początku chwilowo nieznacznie opada. W razie jeżeli operacya trwa dłużej, wprowadza się do tej samej żyły znowu 100—200 cm³. Po ukończeniu operacyi podwiązuje się żyłę. Przy wstrzykiwaniu ch do żyły odgoleniowej uśpienie występuje później i słabiej. Po operacyi śpią jeszcze chorzy kilka godzin, a przy budzeniu się czasem zjawia się podniecenie. Natomiast brak wymiotów i bólów głowy i chorzy mogą jeść i pić zaraz po operacyi. Chorzy przenoszą to uśpienie nad chloroformowe i eterowe. Mocz po 2—3 dniach staje się prawidłowym. Mimo że F. operował w tem uśpieniu chorych bardzo słabych i pozbawionych sił, nie miał żadnych powikłań. K.

Neu. **Postępowanie przy uśpieniu ogólnem gazem rozweselającym.** (Münch. med. Woch. 1910 Nr 36). Gottlieb i Madelung podali nowy sposób usypiania ogólnego. Po wstrzyknięciu skopolamin-morfiny usypia się mieszaniną gazu rozweselającego z tlenem (80 gazu, 20 tlenu), przez co uzyskuje się spokojne, długotrwałe i pozbawione niebezpieczeństw uśpienie. Madelung spostrzegał u zwierząt tylko zwolnienie oddechu i dlatego polecił celem podrażnienia ośrodka oddechowego dodatek 10% bezwodnika kwasu węglowego. U człowieka dodatek ten jest zbyteczny, bo bezwodnik znajduje się w powietrzu wydychanem. Najtrudniejszą tylko była sprawa odpowiedniego mieszania gazów. Trudność tę w zupełności usunął wymieniony przez Küppera przyrząd »Rotamesser«, który ułatwia mieszanie gazów w dowolnym stosunku. W ten sposób usypiano przy operacyach w klinice ginekologicznej w Heidelbergu i wyniki były bardzo zachęcające. Tętno wzmaga się w miarę głębokości uśpienia budzenie się następuje bardzo szybko, objawów następowych niema nigdy, wymioty bywają tylko rzadko. K.

Leischner i Marburg. **W sprawie chirurgicznego leczenia choroby Basedowa** (Mit. a. d. Grenzgb. d. M. u. Chir. XXI. 5). Przy chorobie Basedowa operuje się ze wskazania bezwględnego (ucisk na tchawicę, względy socyalne) lub względnego (przy postępującem charłactwie i objawach podmiotowych bardzo przykrych). Przeciwwskazaniami są: wielkie charłactwo, poważne zmiany w sercu i grasica przetrwała. Operacyą dominującą powinno być wycięcie połowy tarczycy, ew. przy małej odporności chorych, podwiązanie naczyń. O ile możności powinno się operować w znieczuleniu miejscowem. Autorzy donoszą o 45 operowanych. Z tego zmarło aż 5 lecz w początkach operowania, gdy jeszcze operowano przy zmianach serca, charłactwie i przy grasicy przetrwałej; potem śmiertelność wynosiła tylko około 4.8%. Co do wyników następowych, to dowiedziano się o 29 przypadkach: w 18 nastąpiło wyleczenie, w 8 poprawa. Zwykle najlepiej ustępowały objawy ucisku, przypadłości sercowe i charłactwo, mniej zaś wysadzenie oczu, drżenie i t. p. K.

Delore. **O chirurgicznem leczeniu choroby Basedowa.** (XXIII. Congr. Assoc. franc. de chirurg Paryż, 1910). D. zapatruje się skeptycznie na operacyę wola przy ch robie Basedowa Wyleczenia po usunięciu wola są rzadkie; następują tylko polepszenia. Nieraz po tej operacyi spostrzega się powikłania toksyczne, jak zapad, tyreoidyzm, a nawet śmierć. Spostrzega się też nieraz po chwilowej poprawie nawroty. Najkorzystniej wpływa operacya na serce, najmniej zaś na wysadzenie oczu Na wysadzenie oczu działa natomiast usunięcie głównego zwoju nerwu współczulnego, co działa zarazem na stan psychiczny nie gorzej, niż operacya wola. — Tam więc, gdzie wole jest niewielkie, a wysadzenie oczu znaczne, zaleca D. usuwać zwój współczulny po jednej stronie.

W dyskusyi zalecał wycinanie zwoju także Jonnesco na podstawie 30 operacyi. Morestin stosuje wycięcie zwoju wtedy, jeżeli operacya wola okazała się bezskuteczną K.

Freund. **O głównych warunkach doszczętnego leczenia promieniami Röntgena.** (Med. Klinik 1910, Nr 44). Na podstawie swego bogatego doświadczenia dzieli F. cierpienia, podlegające leczeniu promieniami X., na 4 grupy w miarę skuteczności tego leczenia. Do grupy I. należą najpodatniejsze cierpienia włosów i okolic ciała owłosionych, jakoteż trądzik i wrzodzianki. Do grupy II. zapalne granulozy skóry, powierzchowne nowotwory, toczeń, twardziel, brodawki, jaglica, gruźlica skóry i kości. Do III. (częste nawroty przy leczeniu) łuszczyca, wypryski, liszaje i t. p., choroby skórne, a do IV. najodporniejszej: nowotwory głębokie, przerosty i schorzenia gruczołów, choroby wewnętrzne (białaczka, nerwobole, wole, dychawica, mięśniaki macicy i t. p.). Do leczenia chorób skórnych wystarczają dawki bardzo małe, przed naświetlaniem usuwać jednak należy wszelkie łuski i strupy, gdyż pochłaniają one promienie, działając jakby filtry. K.

Prof. Enderlen i Prof. Borst. **Przyczynki do chirurgii naczyń i przeszczepiania narządów.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 36) W pierwszej części pracy omawia E. wyniki kliniczne i doświadczalne, w drugiej Borst część anatomiczno patologiczną. Przy szwie naczyń wchodzą w rachubę dwa sposoby: 1 łączenie protezą Payra (dające się stosować przy naczyniach większych), 2) jedwabny szew okrężny błony wewnętrznej sposobem Carella. Do szwu zaciska się oba kikuty naczyń, a po operacyi na tętnicach popuszcza się najpierw obwodowy, na żyłach zaś dosercowy. Jeśli odstęp kikutów jest za duży można wszczepiać w tętnicę inną tętnicę, lub żyłę. Przy przeszczepianiu żył trzeba pamiętać o kierunku zastawek. Próby łączenia tętnic z żyłami przy zgorzeli wypadły dotąd ujemnie, podobnie zastępowanie moczowodu żyłą, leczenie wodogłowia drenowaniem zapomocą żyły i t. p. (Enderlen opisuje szczegółowo własne przypadki). Przeszczepianie narządów udaje się nawet przy stosowaniu szwu Carella tylko autoplastycznie, rzadko z tego samego gatunku (homoioplastycznie). Także i łączenie zwierząt w zupełności, t. j. przy wymianie krążenia, dotąd się nie udaje. Łączenie naczyń znajduje obecnie zastosowauie przy przetaczaniu krwi. Łączy się

zwykle tętnicę promieniową dającego, z żyłą środkową łokcia biorącego na 30—45 minut. Wskazania: silne utraty krwi, zatrucia gazami i t. p. Przeciwwskazania: choroby zakaźne, niedokrwistość złośliwa i t. p.

Borst omawia zmiany makro- i mikroskopowe przy szwie naczyń i przeszczepianiach, przyczem potwierdza zdanie, że jedynie autoplastyka zapewnia idealne wgojenia. Zresztą zaś zgojenie następuje w ten sposób, że tkanka wszczepiona z czasem zostaje zastąpiona w zupełności przez tkankę ustroju. Dlatego Carrelowi udawało się wszczepiać także naczynia martwe. W razie wszczepienia żyły w tętnicę, błona wewnętrzna i środkowa żyły ulega rychło przerostowi, przyczem w błonie środkowej zjawiają się także zupełnie nowe komórki mięsne. Klęsk.

Dermatologia i syfilidologia.

Scheuber. **Arthritis luetica simplex.** (Wiener med. Wochs. 1910, Nr 41) Cztery przypadki zakażenia kiłowego, w których już we wczesnym okresie zjawiły się powikłania ze strony stawów. W 2 przypadkach zajęty był staw barkowy, w jednym staw barkowy i kolanowy, w czwartym wreszcie staw żuchwowy. We wszystkich przypadkach zajęcie stawów objawiało się bolem i upośledzeniem ruchów, brak natomiast było obrzęków zaczerwienienia skóry i miejscowego podwyższenia ciepłoty. — Opis tych przypadków poprzedzony jest krótkiem określeniem rozwoju zapatrywań w sprawie zmian stawów w przebiegu kiły. Najczęściej spotykane zmiany są następujące: I. We wczesnym okresie kiły: Bole stawowe bez widocznych zmian anatomicznych lub ostre zapalenie torebki maziowej (synovitis simplex), przechodzące w przewlekłe lub kończące się wyzdrowieniem. II. W dalszym przebiegu kiły: Przewlekłe zapalenie torebki maziowej (synovitis chronica hyperplastica), połączone czasem z zajęciem chrząstek, kości i więzadeł. Nadto mogą w póżniejszym okresie wystąpić kilakowe zmiany stawów. Powikłania stawowe, które autor spostrzegał, ustępowały szybko po zastosowaniu leczenia przeciwkiłowego. Rosenfeld.

Hertmann. **Przyczynek do trwałości życia krętka bladego.** (Derm. Zeitschr. 1909) Z pracy autora wynika, iż krętek blady poza ustrojem krótko tylko żyć może. Sublimat 1‰ i inne środki odkażające w zwykle używanem rozcieńczeniu zabijają go w przeciągu kilku sekund, ciepłoty wyżej 45° C. również ten krętek nie wytrzymuje, ginąc po pół godzinie. Przesadne obawy przed zakażeniem się jadem kiłowym przez stykanie się z przedmiotami, których używali chorzy kiłowi, nie mają uzasadnienia, gdyż krętek blady jest również bardzo czuły na wysychanie. Do wyschnięcia kropli surowicy potrzeba 15–45 minut, kropli krwi 1—1½ godziny, w tym też czasie giną krętki, w płynach tych się znajdujące; w sprzyjających jednak warunkach, to znaczy w środowisku wilgotnem i odpowiedniej ciepłocie, na które w życiu codziennem prawie że nie natrafia, żyć może jednak krętek blady i kilka tygodni. H. L. Weber.

B. Chajes. **Leczenie chorób skórnych, sprawiających świąd, szczególnie wyprysków zawodowych przy pomocy nierozcieńczonego dziegciu z węgla kamiennego** (Derm. Zeitschr. 1909). Autor stosuje »oleum lithantracis« w ten sposób, iż pokrywa nim w grubych warstwach skórę schorzałą i albo pozwala mu na skórze wyschnąć, co następuje po 2—3 godzinach, albo natychmiast po zastosowaniu owego środka owija opaską daną część ciała. Po kilku dniach warstwa dziegciu odpada i może być, w razie potrzeby, ponownie zastosowana. Wyniki leczenia tym sposobem wyprysku tak ostrego, jak przewlekłego i zawodowego i wielu innych chorób skórnych były lepsze, niż wyniki osiągane innymi znanymi środkami leczniczymi. H. L. Weber.

Prof. Holländer **O przypadku postępującego zaniku tkanki tłuszczowej i kosmetycznem zastąpieniu jej tłuszczem ludzkim.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 34). Przypadek, podany przez autora, jest z kilku względów ciekawy. 21-letnia chórzystka po silnym przestrachu przed 6 laty zaczęła nagle ogromnie chudnąć w górnej połowie ciała, t. j. począwszy od głowy aż po biodra, niżej zaś była tkanka tłuszczowa nawet za silnie rozwinięta. H. postanowił na podstawie swych poprzednich badań zastąpić tkankę tłuszczową zanikłą kosmetycznie zapomocą tłuszczu ludzkiego. Że jednak ten tłuszcz ulega bardzo szybko wessaniu, więc autor pomieszał go z tłuszczem baranim, który znów po wstrzyknięciu w czystym stanie wywołuje silny odczyn, ale pozostaje w ciele latami, wywołując nadto zgrubienia w okolicy. Tłuszcz ludzki, uzyskany operacyjnie z sieci, tłuszczaków i t. p., kraje się na małe kawałki, gotuje 3 godziny, ostudza i odlewa tłuszcz płynny, właśnie potrzebny, od bezużytecznego osadu. — Przed użytkiem zagotowuje się jeszcze drugi raz. Holländer wstrzyknął swej chorej kombinacyę tłuszczu ludzkiego z baranim w twarz i osiągnął znakomity skutek. K.

Löwenberg. **Zastosowanie promieni Röntgena w leczeniu chorób skórnych.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 43). Dawki promieni Röntgena, stosowane w leczeniu chorób skórnych, są zupełnie nie groźne, ale z drugiej strony nie należy z obawy uszkodzenia stosować za mało, bo wtedy skutku nie będzie. Kto używa radyometru, ten będzie zawsze pracować spokojnie, a skutecznie uniknie procesów sądowych o uszkodzenie promieniami, bo wykazać się może, jakiej dawki używał. Jeżeli więc chorzy pytają lekarza, czy to prawda, że promienie X. szkodzą, może lekarz spokojnie odpowiedzieć, że przy obecnem stosowaniu dawek są zupełnie nieszkodliwe. W istnienie idyosynkrazyi do promieni L. nie wierzy, przynajmniej na 3000 prześwietlań nie spotkał jej ani razu; również przeczy L. szkodliwemu działaniu promieni na osobniki młode i na wzrost. Różne tkanki na promienie rozmaicie są wrażliwe. Najczulsze są włosy i dlatego też epilacya zapomocą promieni X udaje się zawsze prędko i dobrze. Nie możemy jej jednak stosować na twarzy, bo potem pozostają szpecące rozszerzenia naczyń włosowatych. Epilacya wymaga kilkakrotnego zastosowania dawki pełnej (Erythemdosis). Przy łysieniu ograniczonem (alopecia areata) lepsze usługi oddają lampy: kwarcowa i uviolowa. Z wyprysków nadają się do leczenia rentgenowskiego tylko formy przewlekłe, zwłaszcza swędzące (odbytu, części rodnych zewnętrznych i t. p.). Łuszczyca ustępuje już pod wpływem $^1/_4$—$^1/_5$ dawki, ale powraca w pewien czas. Dobre usługi oddaje leczenie rentgenowskie przy nerwowych swędzeniach skóry, dalej przy trądziku, liszajach, gruźlicy skóry i gruczołów, toczniu, rakach skórnych i guzach białaczkowych skóry. K.

Okulistyka.

Rollet i Aurand. **Próba leczenia tuberkuliną doświadczalnej gruźlicy ocznej.** (Revue gen d'opht. 1910. Nr 1). Autorowie zdają sprawę ze swych badań doświadczalnych na królikach, u których przez szczepienie wytwarzali gruźlicę tęczówki i porównywali następnie przebieg jej u królików, leczonych nową tuberkuliną BE (emulsya bakteryjna), z przebiegiem u zwierząt nieleczonych. Wyniki tych doświadczeń streszczają autorowie w następujących wnioskach: Nowa tuberkulina BE, wstrzykiwana w dawkach małych i bardzo powoli zwiększanych aż do 50 mm³, nie jest dla królika szkodliwa, bo albo nie wpływa na wagę ciała, albo ją nawet podnosi. Podniesienie ciepłoty przy dawkach maksymalnych 50 mm³, wstrzykiwanych raz na tydzień, pojawia się z reguły dopiero po miesiącu, a więc po czwartem wstrzyknięciu, i waha się między 0,3° do 1°. Tuberkulina BE działa w sposób korzystny na przebieg doświadczalnej gruźlicy tęczówki i w pewnej mierze przyspiesza gojenie się gruzełków, ale nawet w razie zupełnego ich wygojenia nie zapobiega uogólnieniu się gruźlicy. U zwierząt nieleczonych gruzełki wyjątkowo goją się same, nato-

miast w każdym przypadku następuje rozsianie się gruźlicy w narządach wewnętrznych, zwłaszcza w wątrobie.

K. W. Majewski.

Peretz. **Przypadek zwapnienia rogówki.** (Revue gen. d'opht. 1910. Nr 2) U 3-letniego kowala, ogólnie zdrowego i nie nadużywającego wyskoku, wystąpiła na obu oczach ciężka jaglica z łuszczką i naciekami na rogówkach. Chory z początku leczył się u innego okulisty, który na obu oczach wykonał wycięcie górnych załamków. Dopiero w pół roku potem zgłosił się chory do autora, który znalazł na obu oczach jaglicę w okresie zbliznowacenia i duże ognisko zwapnienia w spojówce lewej powieki górnej. Ognisko to, mniej więcej prostokątne (20 × 4 mm), zajmowało miejsce wyciętego załamka górnego. Miało ono barwę kredowo-białą, powierzchnię drobnoziarnistą, jakby krystaliczną, i znaczną twardość. Ta warstwa wapienna nie wystawała ponad poziom otaczającej spojówki i odnosiło się wrażenie, że jej grubość jest dość znaczna. Inne części spojówki okazywały mierny stopień podrażnienia zapalnego. Autor zastosował pędzlowanie zwapniałego miejsca $2^1/_2\%$ rozczynem będźwinianu litowego, wykonywane dwa razy dziennie. Pod wpływem tego środka warstwa wapienna cieńczała z dniem każdym, potem w kilku miejscach odsłoniło się już tkankowe jej łożysko. łatwo krwawiące. Po dalszych kilku dniach leczenia pozostały tu i ówdzie małe wysepki złogów wapiennych, a wreszcie i te znikły, nie pozostawiając śladu. Równocześnie wzmogły się objawy zapalne ze strony całej spojówki, które ostatecznie ustąpiły pod wpływem lapisu. Wśród tego leczenia lewego oka pojawiło się na oku prawem najpierw jedno, potem drugie odosobnione ognisko zwapnienia w spojówce powieki górnej. Autor umyślnie nie przystąpił odrazu do pędzlowania będźwinianem litowym, ażeby módz śledzić rozwój tej zmiany chorobowej, nie przyczyniającej zresztą choremu żadnych nowych dolegliwości. Po pewnym czasie pojawiło się jeszcze trzecie ognisko zwapniałe na załamku półksiężycowym. To ognisko znikło wkrótce bez leczenia, dwa pierwsze jednak powiększały się stale, tak, że wreszcie autor zastosował będźwinian litowy, który rozpuścił te złogi, podobnie jak na oku lewem. Rozbiór chemiczny odkruszonych kawałeczków wapiennej masy okazał, że składa się ona podobnie. jak w przypadkach Lebera, Reifa, Poseya i Laemischa, przeważnie z fosforanu i z węglanu wapniowego. Cząsteczki tych złogów, wrzucone do wyżej wspomnianego rozczynu będźwinianu litowego, rozpuszczały się w nim z łatwością.

K. W. Majewski.

Burton Chance. **Jaskra po operacyi zaćmy.** (Opht. 1910. Vol. VI. Nr 4). Priestley-Smith odnosi jaskrę po operacyi zaćmy starczej z irydektomią do pooperacyjnego plastycznego zapalenia tęczówki, które wiedzie do zamknięcia dróg odpływowych. Co do częstości tego powikłania, podaje Treacher Collins, że na 1405 przypadków operacyi zaćmy starczej spotkał się z niem 9 razy (0·64%), Knapp zaś twierdzi, ze w oczach bezsoczewkowych jaskra występuje w 1% przypadków, bądźto po rozcięciu (discissio) zaćmy wtórorzędnej, bądź po wydobyciu zaćmy pierwotnej. Autor przytacza nadto zdanie Wicherkiewicza, że cięcia rogówkowe, zwłaszcza zbyt krótkie, bardziej usposabiają do jaskry pooperacyjnej, niż cięcia na granicy rogówkowo-twardówkowej.

K. W. Majewski.

Rollet. **Nowy elektromagnes olbrzymi do wydobywania ciał obcych magnetycznych z oka** (Revue gener. d'opht. 1910. Nr 3). Rollet zbudował silne rusztowanie z dwóch pionowych dętych słupów, połączonych u góry poziomem ramieniem, dźwigającem olbrzymi elektromagnes, zawieszony pionowo i umocowany w sposób wyłączający wszelką obawę. Mimo tego słabe dotnięcie wystarcza, aby tej masie żelaza nadać dowolne ułożenie, jest ona bowiem obracalna dokoła osi, przechodzącej przez jej środek ciężkości. Nadto przez okręcanie odpowiedniej śruby można elektromagnes ten w całości podnieść lub obniżyć w granicach 20 cm. Siła unosząca tego elektromagnesu jest olbrzymia, może on bowiem udźwignąć 385 kg., a zatem ciężar conajmniej pięciu dorosłych mężczyzn. Całe rusztowanie wykonane jest z twardego aliażu miedzi i daje się przesuwać na swej szerokiej podstawie tak, że można je z łatwością ustawić nad łóżkiem chorego, lub nad stołem operacyjnym i biegun magnesu zbliżyć z góry do oka osoby leżącej. Siła przyciągająca daje się powoli zmniejszać lub powiększać zapomocą reostatu, umieszczonego obok przyrządu. W chwili zamknięcia prądu zaświeca się mała lampka elektryczna jako sygnał, że elektromagnes rozpoczął działanie, a gaśnie z chwilą przerwania prądu. Autor spodziewa się po tym nowym olbrzymim magnesie dobrych usług nawet w tych przypadkach, gdzie nie dopisywały nawet najsilniejsze elektromagnesy dotychczasowe.

K. W. Majewski.

Wiliam Linton Phillips. **Leczenie wrodzonego niedowidzenia.** (Ophthalmology 1910. Vol. VI. Nr 4). W wielu przypadkach wrodzonego niedowidzenia najściślejsze badanie przedmiotowe nie może wykazać żadnych zmian na dnie oka, ani żadnych zaćmień środków łamiących, ani nawet żadnej wady refrakcyi. Dla takich zaś przypadków amblyopii, gdzie można wykazać przeszkodę, która powstrzymywała rozwój prawidłowej zdolności widzenia, (a najczęstszą taką przeszkodą bywa wrodzona niezborność lub inne wady refrakcyi), podał Gould nazwę argamblyopii. Autor opisuje spostrzeżenia różnych przypadków argamblyopii, które leczył z mniejszem lub większem powodzeniem, głównie zapomocą ćwiczeń wzrokowych, z równoczesnem ścisłem wyrównaniem wady refrakcyi.

K. W. Majewski.

Dowling. **Dwa przypadki nerwobolu nadoczodołowego.** (Ophthalmology 1910. Vol. VI. Nr 4). W pierwszym przypadku silne i uporczywe bóle w zakresie nerwu nadoczodołowego wywołane były obecnością kamyka w okolicy wcięcia nadoczodołowego. Po usunięciu operacyjnem twardego kamyka bóle ustały. Kamyk miał postać nieregularnie kulistą, 15 mm w obwodzie, ważył 45 miligramów, był barwy jasno-brunatnej i składał się z fosforanu i węglanu wapniowego. Badanie tkanki otaczającej wykazało zmienione utkanie torebki włosowej, w której widocznie nastąpił zastój wydzielny i następowe jej zwapnienie. W drugim przypadku nerwoból nadoczodołowy powstał w następstwie tępego urazu, który wywołał zapalenie okostnej i kości w okolicy wcięcia nadoczodołowego. Przy operacyi okazało się, że wskutek bujania kostniny wcięcie zamieniło się na otwór. Otwór jednak stał się dla nerwu nadoczodołowego za wązki i wywierał ucisk, powodujący bóle. Przy oddłutowywaniu zgrubiałej kości nie zdołał operator uniknąć uszkodzenia nerwu, to też wyciął zeń kawałek długości $^1/_2$ cala. Skutek tej resekcyi był bardzo pomyślny, bo nerwobóle ustąpiły niepowrotnie, a tylko przez pewien czas utrzymywało się w zakresie rozciętego nerwu uczucie zdrętwiałości i mrowienia.

K. W. Majewski.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Nowości techniczne.

1) Skrobaczka do umocowywania na palcu wskazującym (podług Freunda), dozwala równocześnie badać palcem. (Med. Klin. Nr 40).

2) Maść do cewników i cystoskopów Franka. Maść ta jest jałowa, rozpuszcza się w wodzie przeźroczysto, przy-

lega do narzędzi i nie drażni błony śluzowej Sk'ada się z kwasów tłuszczowych, gliceryny i tragakanty. (Med. Klin. Nr 42).

3) Przyrząd do sztucznego oddychania podług Läwena i Sieversa. Oddaje on cenne usługi przy uśpieniu, zatruciach gazami i zesztywnieniu mięśni oddechowych przy tężcu. Łączy się go z kaniulą Trendelenburga, wprowadzoną do rany tracheotomijnej. (Münch. med. Wochs. Nr 43) K.

Jako bardzo dobry materyał do szycia kości poleca Ritter pasek z powięzi, n. p. uda. (Zblt. f. Chir. 1910, Nr 34). K

Przy rakach, nie nadających się do operacyi, zaleca gorąco Récamier opatrunek podług Horanda, t. j. zakraplanie na owrzodzenie dwa razy dziennie po 3 – 10 kropli alkoholu amylowego. (II. międzynar. Zjazd w sprawie raka). A.

Przy ranach wątroby poleca Boljarski za radą Loewyego tamponowanie miąższu zranionego siecią, co zarazem czyni szew pewniejszym. (Arch. f. klin. Chir. 93. II.). K.

Przy nizko usadowionych bliznowatych zwężeniach kiszki stolcowej poleca Fe erow po resekcyi kości krzyżowej i ogonowej, otworzyć otrzewnę, ściągnąć pętlę jelita grubego pomiędzy zwieracz i tylną ścianę odbytnicy i stworzyć z niej drugi odbyt o wspólnym zwieraczu. (Arch. f. kl. Chir. 93. II.). K.

W rzucawce porodowej radzi Frankenstein ze względu na szkodliwe działanie podskórnych wlewań roztworów fizyologicznych soli kuchennej na nerki używać wlewań z hypotonicznego roztworu soli, lub co lepiej, z 4% cukru. Zapad jest przeciwwskazaniem do wlewań. (Deutsche med. Wochs. 1910, Nr 45). A.

Odejście płodu zmacerowanego 7-miesięcznego z ciąży zewnątrzmacicznej przez przebicie się do odbytnicy spostrzegał Bockenheimer. (Tow. lek. Berlin, 19. XI). A.

Znikanie wola po wycięciu mięśniaków spostrzegał w kilku przypadkach Ullmann i zwraca uwagę na ten bardzo ciekawy fakt. (Wiener klin. Wochs. Nr 16). A.

Przy wymiotach u ciężarnych poleca Siegmund tyreoidynę w ilości 0,3 – 0,6 kilka razy dziennie. (Zblt. für Gyn. 42). A.

U zwierząt złączonych ze sobą (parabiosis), z których jedno było ciężarne, a drugie nie, po wydaniu płodu na świat rozpoczęła się podług spostrzeżeń Cri lea czynność w sutkach obu zwierząt, co dowodzi niezbicie, że przyczyną pobudzenia sutków do karmienia jest hormon, przechodzący z jednego zwierzęcia na drugie drogą limfatyczną. (Gyn. Rundsch. IV. 20). A.

Zaburzenia pęcherzowe i inne ciężkie objawy **po stosowaniu „606"** spostrzegał Either mimo, że nie stosował do rozpuszczania alkoholu metylowego; te uboczne skutki odnosi E. do rozkładania się przetworu. (Münch. med. Wochs. Nr 45). A.

Cykloform w miejsce anestezyny jako miejscowo powierzchownie znieczulający środek (w maści 5 — 10% lub proszku) poleca Prof. Zeller przy oparzeniach, ranach, bolesnych rozpadlinach skóry i odbytu i t. p. (Med. Klin. Nr 45). A.

Środki przeciwgorączkowe, pochodne od aniliny. 1) Acetanilid = antifebrin, dawka 0,25 0,5. 2) Phenacetin d. 0,5 – 0,75. 5) Citrophen (kwas cytrynowy i paraphenitidid) d. 0,5 1,0. 4) Lactophenin d 0,5 – 1,0 (phenitidid). 5) Malarin (acetophenonplenitidid) d 0,4 (podawany także przy bólu zębów). 6) Eupyrin (vanillinaethylcarbonat z fenacetyną) d. 1,0—1,5. 7) Exalgin (methylacetanilid) 0,2 (przy migrenie i pląsawicy). 8) Maretin (methyl. acetanilid i inne) (przy gorączce gruźliczej). 9) Neraltein (paraoxyphenylamidometansulphosaures Natron) d. 0,5. 10) Vinopyrin (winian parapheni id) 0,75—1,0. 11) Phenocoll (amidoacetphenitid chlorhydrat) 0,6—1,0 (zalecany przeciw krztuścowi; nieraz powoduje zatrucia). 12) Cosaprin (derywat antyfebryny) 0,15—0,5 15) Kryophin (methylglykyl-phenitid) 0,5 (zalecany przy rwie kulszowej i innych nerwobolach). 14) Pyrantin (paraphenitid i kwas bursztynowy) 1,0—5,0. A.

Podając przez czas dłuższy małe dawki chininy zwierzętom, zauważył Graziani zmniejszanie się odporności na choroby zakaźne; dlatego jest zdania, że nie jest obojętną rzeczą brać, jak to radzą miesiącami i dłużej stale chininę zapobiegawczo przeciw zimnicy. (Arch. für Hyg. 73 I.). A.

W czerwonce (pełzakowej) zalecają Hanes i Louisville lewatywy z nafty. (Sem. med. 1909, Nr 28). A.

W padaczce mają podług Spanglera działać bardzo skutecznie podskórne wstrzykiwania jadu grzechotników (crotalin). Spostrzeżenie to zrobiono przypadkowo u chorego na padaczkę, który miał wyzdrowieć nagle z padaczki po ukąszeniu przez grzechotnika. (Med. Rec. N. York 1910, Nr 10). A.

Zmiany w kształcie przełyku (łukowate wygięcie ku stronie prawej i ku tyłowi) przy przeroście serca, zwłaszcza lewego, wykazali Kovacs i Stoerk. Klinicznie nie dają te zmiany żadnych objawów. (Wien. klin. Wochs. Nr 42). K.

Adalin, nowy środek nasenny, połączenie bromu z grupą mocznika polecają Fleischmann, Impens i Finckh. Dawka 0,5 — 1,0. (Med. Klin. Nr 47). A.

Nad te mopenetracyą robił badania Zellmann. Poleca on jedynie przyrządy Prulsena. Z tkanek najprędzej ogrzewają się kości, potem ścięgna, skóra, mięśnie, nerwy, szpik kostny, a dalej dopiero tkanka tłuszczowa. Przerwanie dowozu krwi podnosi zaraz ciepłotę, co jednak czasem może mieć szkodliwy wpływ na tkanki. Nie władamy jeszcze dokładnie regulowaniem ciepłoty w głębi, o zabijaniu drobnoustrojów w tkankach zapomocą wysokiej ciepłoty nie może być mowy. (VIII. międzynar. Zjazd fizyolog.). A.

Usunięcie gras cy wywołuje podług Klosego i Vogta szczególne zmiany w kościach, mianowicie zanik kości, przypominający zmiękłnienie kości u dorosłych. Sprawę tę wywołuje brak wapna przy wzmożonej kwaśności w ustroju, co naprowadza na myśl, że grasica ma za zadanie odkwaszać ustrój. Prócz tego po usunięciu grasicy zjawia się ociężałość, nadmierne tycie, zmiany w mózgu i rdzeniu i t. p. (Beitr. z. kl. Chir. 69. I.). K.

Łatwy sposób oznaczania wielkości ławki szkolnej w zastosowaniu do celów higieny szkolnej podał Wolter. Punktem wyjścia jest szerokość siedzenia, stanowiąca zwykle $^1/_5$ długości ciała. Z niej łatwo podług schematu oblicza się nachylenie pulpitu, wysokość części nożnej i t. p. (Münch. med. Wochs. Nr 44). Klęsk.

U zecerów występują często następujące objawy: zmęczony wyraz twarzy, szybkie nużenie się, brak snu, nerwowość, bole głowy i mięśni, brak apetytu, zaburzenia trawienia, zaparcie i t. p. Objawy te występują zwykle u robotników młodych i trwają zwykle 2—3 tygodni. Schrumpf i Zabel odnoszą je do zatrucia antymonem. We krwi spotyka się dość typowe zmiany: zmniejszenie liczby leukocytów i eozynofilię. (Arch. f. exp. Path. T. 63). A.

Robotnicy w hutach szklanych zapadają najczęściej na różne »zazi bienia«, dalej bole głowy, ropienia dłoni, psucie się zębów, stopy płaskie i żylaki. (Zft. f. Gewerbehyg. 14). A.

Wszczepianie tkanki tłuszczowej, wziętej z brzucha, w przestrzeń Tenona po wyłuszczeniu gałki ocznej, a następnie zeszycie nad tem skrzyżowanych mięśni prostych,

torebki Tenona, a wreszcie spojówki poleca na zasadzie dwóch swych przypadków Meyer. Oko sztuczne trzyma się na tem znakomicie. (Tow. przyr. i lek. Drezno, 1. X.). A.

Chorzy cierpiący na powiększenie gruczołu tarczowego nie powinni być podług Ebsteina przyjmowani do ubezpieczenia się na życie. (Zeift. f. Versichrmed. 1910, Nr 8). A.

Odczyn Wassermanna przy przyjmowaniu ubezpieczenia na życie proponuje Munk wyzyskać w następujących punktach: 1) Należy badać w ten sposób każdego, chcącego się ubezpieczać na poważniejsze sumy. 2) Nie należy przyjmować ludzi, u których mimo leczenia rtęcią odczyn się utrzymuje i nie leczonych zupełnie przy dodatniej próbie (Zeift. f. Versichmed. 1910, Nr 6). A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 12. grudnia 1910 r.

Przewodniczący r. dw. Dr Wicherkiewicz. — Obecnych 31.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. W myśl propozycyi przewodniczącego Komisyi przedwyborczej Dr Kwaśnickiego wybrano do Zarządu Tow. lek. krak. na rok 1911 następujących członków:

1) Na prezesa Prof. Napoleona Cybulskiego.

2) Na wiceprezesa Prof. Franciszka Krzyształowicza.

3) Na sekretarza dorocznego Dr Grzybowskiego.

4) Na skarbnika (na 3 lata) Dr A. Ackermana.

5) Na gospodarza (na 3 lata) Doc. Seńkowskiego.

6) Na redaktora »Przeglądu lek.« (na 2 lata) Prof. Ciechanowskiego.

7) Na administratora »Przeglądu lek.« (na 2 lata) Dr Wojciechowskiego.

8) Na dwóch członków komisyi kontrolującej (na 1 rok) Dr Bielańskiego i Dr Cerchę.

9) Na członków (5) komisyi redakc. »Przegl. lekar.« (na 1 rok) Prof. Browicza, Dr Blassberga, Prof. Krzyształowicza, Prof. Pareńskiego i Prof. Rutkowskiego.

10) Na przewodniczącego komisyi bojkotowej (na 1 rok) Dr Zanietowskiego (syna).

11) Na przewodniczącego komisyi przemysłowej (na 1 rok) Dr Bielańskiego.

12) Na członków Rady Zawiad. Towarz. lekarzy galic. z ramienia Tow. lek. krak. Prof. Browicza i Prof. Jurasza ze Lwowa.

13) Na delegatów na Walne Zgromadzenie Tow. lekarzy galicyjskich (na 1 rok) Prof. Browicza, Prof. Ciechanowskiego, Prof. Cybulskiego, Dr Damskiego, Prof. Dobrowolskiego, Prof. Kostaneckiego, Dr Landaua, Dr Schönguta, Dr Surzyckiego i Prof. Wicherkiewicza.

Na zastępców Prof. Bochenka, Dr Kwaśnickiego, Prof. Reisa i Dr Z. Wachtla.

14) Na członka komisyi kontrolującej Towarz. lek. galic. (na rok 1) Dr Schönguta.

III. Zaznaczono, że następne wybory na urzędy Towarzystwa o trzechletniej kadencyi odbyć się mają w następującej kolei:

z końcem r. 1911 na sekretarza stałego i bibliotekarza
» » 1912 na redaktora i administratora Przeg. lek.«
» » 1913 na skarbnika i gospodarza Domu lek.

Sekretarz: Dr Bujak.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu

Wydział lekarski.

XI ogólne doroczne posiedzenie naukowo administracyjne dnia 5 (18) marca 1910 r.

(Ciąg dalszy).

Część administracyjna.

1) Doc. Sowiński podaje do wiadomości, iż na posiedzeniu dnia 12 (25) lutego uchwalono wziąść udział w uczczeniu 25-letniej naukowej działalności prezesa Towarzystwa neuropatologów i psychiatrów przy uniwersytecie moskiewskim, Prof. Włodzimierza Rota. Uproszono Prof. Czeczotta, który udaje się na obchód jubileuszowy do Moskwy, aby był przedstawicielem »Związku«.

2) Nastąpiło odczytanie sprawozdań dorocznych: a) Sprawozdanie sekretarza działu naukowego »Związku« i Wydziału lekarskiego, Doc. Sowińskiego: »Rok ubiegły był drugim rokiem istnienia »Związku«. Posiedzeń naukowych »Związek« odbył: 9, z nich 1 doroczne naukowo-administracyjne, 3 przypada na Wydział lekarski, a 5 pozostałych ogólnych naukowo-administracyjnych. Średnio uczęszczało na posiedzenia ogólne naukowo-administracyjne 41, na posiedzenia Wydziału lekarskiego 40 osób. W dyskusyach nad odczytami brało udział 20 osób, tyleż, co i w r. 1908.

Wygłoszono 17 odczytów, o 3 mniej niż w r. 1908, z tych na posiedzenia ogólne przypada 10, na posiedzenia Wydziału lekarskiego 7. Odczyty w chronologicznym porządku były następujące: 1) Doc. K. Noiszewski: Siatkówki i korowy obręb wzrokowy. Powstanie i rozkład wyobrażeń wzrokowych. Halucynacye wzrokowe. Krytyczny rozbiór teoryi Munka. 2) Prof. Ziemacki: Projekt założenia wolnej wszechnicy polskiej w Petersburgu 3) Prof. Szawłowski: Współczesne dane, tyczące się sprawy segmentacyi ciała. 4) Doc. Inst. technol. Smoleński: O cukrze trzcinowym w moczu. 5) Dr T. Heryng (gość): Zastosowanie inhalacyi przy leczeniu chorób dyskrazyjnych i narządu krążenia (z pokazami przyrządów). 6) Dr Harajewicz (gość): Uwagi o ulepszeniach w Maryenbadzie przy leczeniu zboczeń narządu krążenia. 7) Dr Eliasson: Nowa metoda badań zapomocą odruchów warunkowych i zastosowanie jej do badania narządów zmysłowych (słuchu). 8) P. Barylski: Wata hygroskopijna z lnu, jako najnowszy wytwór przemysłu włóknistego (z pokazami). 9) Dr Eliasson: Przyczynek do sprawy czynności ośrodka słuchowego kory. 10) Dr Zawisza: Badania moczu przy gruźlicy nerek. 11) Doc. Zenon Orłowski: W sprawie odczynu Cammidgea 12) Inż techn. Dudrewicz (gość): Mechaniczne filtry dla wody do picia z zupełnem zatrzymaniem drobnoustrojów według metody inż Scheidta (z pokazami i doświadczeniami). 13) Dr Ostrowski: Współczesny stan nauki o niedokrwistości śledzionowej niemowlęcej. 14) Doc. Noiszewski: O stosunku ciśnienia w gałce ocznej do ciśnienia w czaszce (Oedema papillae nervi optici et excavatio papillae nervi optici). 15) Doc. Noiszewski: Omamy (halucynacye) wzrokowe. 16) Lek. dent. Klara Biało Piotrowicz (gość): Sposób bezgnilnego wprowadzenia nasady wiertnika do jamy ust. 17) Inż. jenerał Kątkowski: Stan obecny wodociągów petersburskich i środki ku ich ulepszeniu. — Cztery odczyty mieli goście, a pozostałe 13 przypadają na członków »Związku«. Prócz tego była 1 demonstracya chorego przez Prof. Ziemackiego.

»Związek« wskutek zaproszeń Komitetów gospodarczych brał udział w 5 Zjazdach: na III Zjeździe psychiatrów rosyjskich był przedstawicielem »Związku« Prof. Czeczott, na XII Zjeździe rosyjskich przyrodników i lekarzy w Moskwie Prof. Zaleski, na Zjeździe alkoholicznym Dr Marcinkiewicz i Uliński.

W dniu 19 lutego st. st. utworzył się w »Związku« Wydział odontologiczny.

Nie wdając się w ocenę produkcyi naukowej »Związku« w roku ubiegłym, należy wyrazić nadzieję, że tak członkowie »Związku«, jako też przyjaciele, którzy sprzyjają naszej sprawie, zechcą przyczynić się do rozwoju naszego Towarzystwa, które wchodząc już w dziesiąty rok swego istnienia, dobitnie wykazało tak swą żywotność naukową, jako też ogólno-społeczną«.

b) Sprawozdanie sekretarza działu administracyjnego »Związku« i Wydziału lekarskiego, Dra Ulińskiego:

Posiedzeń »Rady« w roku ubiegłym było 4, na których uchwalono, co następuje: Wobec tego, iż wiceprezes i sekretarz Wydziału przyrodniczego zrzekli się swoich urzędów, uchwaliła Rada zaproponować na wiceprezesa Prof. Merczynga, zaś na sekretarza p. Małachowskiego. Na prezesa stałego komitetu budowy szpitala polskiego w Petersburgu postanowiono zaprosić hr. Józefa Potockiego, zaś Dra Zakrzewskiego i p. Poklewskiego uprosić o zakomunikowanie mu zapadłej uchwały. Uchwalono wydrukować listę członków »Związku« dla każdej sekcyi osobną. Przyjęto do wiadomości, iż sekretarz doc. Sowiński otrzymał z drukarni »Przeglądu lekarskiego« odbitki protokołów za rok 1908 w ilości 200 egzemplarzy. Wskutek odezwy ogólnostudenckiej kasy polskiej w Petersburgu w sprawie pomocy lekarskiej dla członków kasy obrano w celu bliższego rozpatrzenia tej sprawy komisyę, składającą się z Prof. Zieleńskiego (prezes), doc. Z. Orłowskiego, Dr Ulińskiego, Wolańskiego i Jastrzębskiego. Wybory całego zarządu »Związku« postanowiono odłożyć do czasu utworzenia Sekcyi technicznej, obecnie zaś uchwalono zwołać posiedzenie Rady, na które mają być zaproszeni przedstawiciele stosowanego przyrodoznawstwa: inżynierowie i technicy w celu porozumienia się. Omawiano sprawę stałego komitetu polskiego na Zjazdach międzynarodowych. Wskutek odezwy Kasy pomocy sierot i wdów po lekarzach uchwalono za ten rok wnieść 25 rs. zebranych drogą dobrowolnych składek. Nowych członków przyjęto: korespondentów 3, rzeczywistych 11, zmarło 2. Obecnie lista członków »Związku« przedstawia się jak następuje: lekarzy 140, przyrodników 139, lek. dentystów 12, farmaceutów 19, czł. korespondentów 21.

c) Sprawozdanie wiceprezesa Wydziału przyrodniczego Prof. Merczynga: Wydział przyrodniczy nie mógł w roku ubiegłym silnie zaznaczyć swej działalności. Ze względu na nadzwyczajną różnorodność nauk w jego skład wchodzących nie można było w nim omawiać referatów bardzo specyalnych, gdyż nie znalazłyby one słuchaczy; co do popularnych zaś wykładów, to miał je »O wodzie petersburskiej« inż. jener. Kątkowski.

d) Sprawozdanie wiceprezesa Wydziału farmaceutycznego p. Chrzanowskiego: Wydział farmaceutyczny liczył 17 członków w roku ubiegłym. Wydział odbył 3 posiedzenia na których odczytano i omawiano sprawy następujące: 1) O aptekarstwie w Rosyi (przedstawione w tablicach statystycznych). 2) O projekcie nowej ustawy farmaceutycznej. 3) O tak zwanych środkach patentowanych. 4) O lekarskiej pomocy dla chorych w Chinach i Japonii. 5) O rosyjskiej kasie emerytalnej farmaceutów w Moskwie.

e) Sprawozdanie skarbnika »Związku«, Dra Aleksandra Karnickiego: W d. 1 stycznia 1909 r. było w kasie »Związku« 379 rb. 5 kop. Dochód: w ciągu roku wpłynęło od 52 członków (składka roczna 5 rb.) 260 rb.; od jednego składka dożywotnia 50 rb.; kolega Chabłowski ofiarował 200 rb.; z kasy »Opieki lekarskiej« przelano do kasy »Związku« 963 rb. 97 kop.; odsetki od kapitału umieszczonego na rachunku bieżącym w Banku ross. dla handlu zewnętrznego 18 rb. 28 kop. Razem 1871 rb. 30 kop. Rozchód za rok 1909 wynosił 131 rb. 45 k., z których 102 rb. 25 k. na rozchody kancelaryjne, a 29 rb. 20 k. za światło elektryczne. 1 stycznia 1910 pozostało w kasie 1739 rb. 85 kop.; z 1669 rb. 28 k. umieszczono w Ruskim Banku dla handlu zewnętrznego, a 71 rb. 57 kop. u skarbnika w gotówce.

f) Sprawozdanie skarbnika Komitetu budowy szpitala polskiego Dra Hattowskiego. Na wstępie pozwolę sobie przypomnieć o początku zawiązania się niniejszej kasy. Myśl utworzenia własnego szpitala sięga aż czasów, kiedy zawiązała się przy Towarzystwie dobroczynności tak zwana »Opieka lekarska« z nieodżałowanej pamięci Dr Strawińskim na czele. Zabiegi w kierunku szpitala były zrazu bezowocne i dopiero w listopadzie 1907 położony został skromny kamień węgielny, powstały z dochodów, jakie dało przedstawienie trupy polskiej i z ofiar, co utworzyło razem kapitał w sumie 1000 rb. Po przeistoczeniu się »Opieki lekarskiej« w »Związek« utworzył się stały komitet budwy szpitala z Dr Zakrzewskim na czele. Obecny kapitał wynosi 5596 rb. 3 k. Suma ta powstała w sposób następujący: 1) Dochód netto z przedstawienia opery włoskiej w kwietniu 1908 859·45. 2) Dochód netto z przedstawienia polskiej trupy dramat. w lutym 1909 673·88. 3) Dochód netto z przedstawienia opery włoskiej w kwietniu 1909 773·65; do tej sumy należy dodać za sprzedane afisze 190·65. 4) Kapitał »Opieki lekarskiej«, przelany do komitetu Towarzystwa dobroczynności 1054·48. 5) Dochód netto z wieczoru urządzonego przez p. Jabłońską 1001·15. 6) Ofiary: od p. Sembrich Kochańskiej 300, Dra Bykowskiego 175, jenerała Riesenkampfa 100, Dra Harajewicza 10. 7) Z książeczek rozdanych dla zbierania ofiar Dr Zakrzewski 150·75, p. Wongl-Swiderska 61, p. Zakrzewska 33, Dr Jabłoński 5·10. 8) Odsetki od obligacyi 85·48. 9) Odsetki od kapitałów umieszczonych w ręku prywatnym 191·85. 10) Odsetki od kapitału w Banku warszawskim 3·96. Razem wpływy 5677·40. Wydatki komitetu wynoszą 81·37, pozostaje więc 5596 rb. 3 kop.

Kupno papierów procentowych na nominalną sumę 4600 rb., co wyniosło 3863·65, jedna premiówka Banku szlacheckiego 314·85. Umieszczono w Banku handlowym warszawskim oddział petersburski 392·53. Oddano w ręce prywatne na 8% 1000. W kasie 25. Razem 5596·3«.

g) Sprawozdanie bibliotekarza Dr Jastrzębskiego: W ciągu r. 1908 odbierała biblioteka następujące pisma lekarskie: »Przegląd lekarski«, »Nowiny lekarskie«, »Przegląd chorób skórnych i wenerycznych«, »Medycyna i Kronika lekarska«, »Gazeta lekarska«, »Lwowski Tygodnik lekarski«, »Przegląd chirurgiczny i ginekologiczny« i »Rocznik lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego«. Dr Władysław Janowski nadesłał do biblioteki swoje prace.

h) Sprawozdanie komisyi rewizyjnej: »Komisya rewizyjna Związku Polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, złożona z następujących członków: Dr St. Kamieńskiego, Dra B. Wilamowskiego i Lipińskiego, w dniu 4 marca 1910 r., sprawdziwszy księgi rachunkowe »Związku«, kwitaryusz i dokumenta, usprawiedliwiające tak skarbnika »Związku«, jak też i skarbnika komitetu budowy szpitala polskiego w Petersburgu, znalazła wszystko zgodnem z księgą kasową. Kapitał »Związku« wynosi 1739·85 rb. zaś kapitał komitetu budowy szpitala wynosi 5596.03 rb. Komisya zaznacza, iż 1000 rb. gotówką są ulokowane w rękach prywatnych w celu większego zysku, jednak jest to niezgodne z § ustawy o przechowaniu kapitałów i sprawa ta wymaga zasadniczego rozstrzygnięcia Rady »Związku«.

Nastąpiło zatwierdzenie wszystkich sprawozdań.

3) Odbyło się organizacyjne posiedzenie Wydziału technicznego. Do wyborów przystąpiło osób 21. Wiceprezesem Wydziału technicznego obrano inż. jenerała Katkowskiego (15 głosów), zastępcą inż. budowniczego Peretiatkowicza (9 głosów), sekretarzami: I. inż. Kotarskiego (17 głosów), II. inż. Korsaka (8 głosów).

Po zatwierdzeniu wyborów przez ogólne Zgromadzenie »Związku« ogłoszono Wydział techniczny jako czynny.

4) Prezes podaje do wiadomości, iż w myśl §§ 24—28 Ustawy muszą się odbyć wybory prezesa »Związku«, wiceprezesów poszczególnych sekcyi, sekretarzy, skarbnika, bibliotekarza i innych członków Rady »Związku« z wyjąt-

kiem nowopowstałych Wydziałów: farmaceutycznego, odontologicznego i technicznego.

A) Do wyborów prezesa »Związku« przystąpiło osób 59 i oddano prócz tego 3 kartki z nazwiskami, przeto razem głosów 62. Na prezesa »Związku« prof. Czeczott otrzymał 33 głosy, prof. Ziemacki 29 głosów. Na skarbnika i bibliotekarza oddano 50 głosów: z nich na skarbnika Dr Uliński otrzymał 34 głosy, Dr W. Kozłowski 14; na bibliotekarza Dr Jastrzębski otrzymał 47 głosów.

Prezesem »Związku« został obrany prof Otton Czeczott, skarbnikiem: Dr Uliński, bibliotekarzem: Dr Jastrzębski.

Nowoobrany prezes prof. Czeczott zajął miejsce przewodniczącego.

B) Wydział lekarski: głosujących osób 30. Wiceprezesem został wybrany przez aklamacyę prof. Józef Ziemacki. Na sekretarza naukowego: doc. Sowiński otrzymał 22 gł., doc. Z. Orłowski 8; na sekretarza administracyjnego: Dr Wilamowski otrzymał 23 głosy. Sekretarzem naukowym został obrany doc. Zdzisław Sowiński, sekretarzem administracyjnym Dr Bolesław Wilamowski.

C) Wydział przyrodniczy: Wiceprezesem został obrany prof. Merczyng przez aklamacyę, sekretarzem mag. farmacyi Bronisław Honowski jednomyślnie.

Nastąpiło wzajemne zatwierdzenie osób wybranych na urzędy.

Wobec tego, iż »Związek« obecnie składa się już z 5 Wydziałów, z których każdy posiada odpowiedni zarząd, przeto uchwalono, aby nie obierać osobnej Rady »Związku« lecz by się ona składała wyłącznie z osób urzędujących w poszczególnych Wydziałach »Związku«.

D) Przystąpiono wspólnie do wyborów Komisyi rewizyjnej. Zostali wybrani: Dr Wierciński (przewodniczący), Dr Al. Karnicki, Inż. Matuszewski, Inż. Wachowski i Doc. Z. Orłowski, kandydatami zaś: p. Ossendowski i Dr weter. Sobolewski.

5) Na wniosek Dr Zakrzewskiego i w myśl § 15 Ustawy przez jawne głosowanie został jednomyślnie wybrany członkiem honorowym »Związku« i Rady niniejszej Prof. Dr Stanisław Zaleski.

6) Na członków rzeczywistych obrano Romana Prawocheńskiego ucz. leśniczego i inż Jana Budrewicza.

7) Prof Zaleski, składając swój mandat w ręce nowego prezesa Prof. Czeczotta, podaje krótki zarys działalności »Zwiazku« prze ubiegłe 2 lata, składa podziękowanie wszystkim swym współpracownikom i życzy »Związkowi« dalszego rozwoju.

Inż. Rudnicki w imieniu Wydziału technicznego składa na ręce prezesa serdeczne podziękowanie. iż »Związek« dał możnosć zjednoczenia się technikom polskim. co trudne nawet wśród techników Rosyan, że powołał techników polskich do pracy wspólnej z lekarzami i przyrodnikami.

9) Prezes Prof. Czeczott dziękuje Zgromadzeniu za zaszczyt, jakiego doznał. podnosi energię i pracę swego poprzednika Prof. Zaleskiego i wyraża nadzieję, iż członkowie i nadal będą przyczyniali się wszelkiemi siłami do dobra ogólnej sprawy.

Sekretarz: Doc. Dr Sowiński.

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie d 3. listopada 1910 r.

Obecnych członków 22. Przewodniczy Rumszewicz.

1) B. Kozłowski przedstawił dziecko, cierpiące na **bolak alepski** (Bouton de Biskra). Dziecko $1\frac{1}{2}$-roczne, urodzone w Aschabadzie. Ojciec cierpiał na bolak alepski w okolicy wyrostka rylcowatego (proc. styloid) prawej kości promieniowej, matka — na lewej stronie szyi i na lewem przedramieniu. Wszystkie owrzodzenia u obo ga rodziców zagoiły się. Dziecko urodziło się zdrowe; dopiero $\frac{1}{2}$ roku temu na prawej dolnej powiece wystąpiło maleńkie owrzodzenie, pokryte strupem, a skoro ten odpadł, owrzodzenie zaczęło się powiększać. Ostatnimi czasy zajęło ono całą dolną powiekę, pozostawiając wolny tylko rąbek rzęskowy. Szerokość owrzodzenia zmniejsza się w kierunku od zewnętrznego jego kąta ku wewnętrznemu, w głąb sięga ono mniej więcej 8—10 mm. Brzegi jego dość twarde, czerwone, znajdują się w stanie zapalnym. Dno wysłane bladą wiotką ziarniną. Całe owrzodzenie nieznacznie tylko bolesne i tkliwe na dotykanie. Chorobę tę wywołują drobnoustroje, należące najpewniej do klasy zarodnikowców (sporozoa), jak to wykazali w 1903 r. Marcinowski w Rosyi i Wrigth w Anglii. Pasorzyt ten przedstawia się w postaci okrągłych lub owalnych ciałek, wielkości od 2 do 3 μ, znajdujących się w makrofagach (rzadko w komórkach nabłonka), zwykle po kilka egzemplarzy. Przy 37° 40° wykonują one ruchy pełzakowate. Rokowanie przy bolaku alepskim zwykle pomyślne, owrzodzenie jednakże potrzebuje około roku do zabliźnienia. W danym przypadku grozi ono zniszczeniem dolnej powieki i znacznem zniekształtnieniem, o ileby przeszło na spojówkę. Leczenie schorzenia przy pomocy energicznych środków, takich, jak żegad'o, przypalanie kwasami, wycinanie i t. p. pogarsza tylko sprawę. Daleko pomyślniejszy przebieg osiąga się, stosując opatrunek przeciwgnilny i zachowując skrupulatnie czystość. W danym przypadku stosuje referent opatrunek z czerwieni szkarłatowej (Scharlach-Roth) w postaci maści naprzemian z maścią dermatolową.

2) J. Dabrowski przedstawił 17-letnią dziewczynę K., leczoną **przetworem Ehrlicha**. Chora została zarażona kiłą w drugim roku życia przez swoją matkę, karmiącą w tym czasie dziecko kiłowe. Przy pierwszych objawach choroby leczono chorą rtęcią i później już leczenia nie powtarzano, aż przed czterema laty zjawiły się owrzodzenia na podniebieniu miękkiem i na prawej goleni. Stosowano jod i rtęć blizko przez trzy lata. jednak bez skutku i referent, badając chorą przed trzema tygodniami, znalazł poniżej prawego kolana głębokie kilakowe zmiany skóry w stanie rozpadu, obrzydliwie cuchnące; na prawem nozdrzu i dolnej wardze niewielkie powierzchowne kilaki; z prawej jamy nosowej wypływa cuchnąca wydzielina; przedziurawienie podniebienia miękkiego w okresie gojenia się; w moczu białko, silne bole głowy, charłactwo. Serce i inne narządy wewnętrzne wyraźnych zmian nie wykazywały. Odczyn Wassermanna wybitnie dodatni.

Wobec tego, że leczenie jodowo-rtęciowe w tym przypadku było bezskuteczne, postanowił referent uciec się do arsenobenzolu, co też wykonał wspólnie z kol. Reise, wstrzyknąwszy 0,45 przetworu Ehrlicha sposobem Kromavera w obydwa pośladki, po 4,5 cm³ płynu w każdy. Na czwarty dzień potworzyły się w miejscach wstrzyknięcia duże nacieki, bolesne przy dotykaniu i zmianie pozycyi. Ciepłota na trzeci dzień podniosła się do 38 5, poczem zaczęła spadać. Na trzeci dzień po wstrzyknięciu białka w moczu już nie można było wykryć. Rany zaczęły oczyszczać się i ziarnkować na drugi dzień po zastosowaniu leku. Miejscowo na owrzodzenia stosowano tylko opatrunki z merli z czystą wazeliną. Na piąty dzień znikły kilaki na wardze i nozdrzu, a na nogach wiele owrzodzeń pokryło się naskórkiem. Bole głowy wybitnie się zmniejszyły. Na siódmy dzień usunięto część prawej dolnej muszli nosowej; wydzieliny z nosa było tego dnia już bardzo mało, śluzówka znacznie bledsza. W chwili przedstawienia chorej — na 12 ty dzień po zastosowaniu arsenobenzolu, — czuje się chora znacznie lepiej, bole głowy ustąpiły. Owrzodzenia na nodze zagojone i pokryte dość grubym naskórkiem. Prawa połowa jamy nosowej oczyściła się niemal zu-

pełnie, wydzielina nieznaczna, śluzówka wygląda prawie prawidłowo. Po naciekach w pośladkach zostały nieznaczne ślady.

3) A. Nowiński. **O zaburzeniach odżywiania u osesków.**

W dyskusyi zarzuca Cichocki prelegentowi pomijanie zakażenia jako jednej z przyczyn, wywołujących zaburzenia w odżywianiu dzieci i zapytuje, czy nie należałoby do takich przyczyn zaliczyć także wprowadzania do ustroju dziecięcego białka obcego, innego pochodzenia (heterogen) — Nowiński odpowiada, że w odczycie swoim wspominał o znaczeniu zakażenia, jednak wobec tego faktu, że zaburzeniom w odżywianiu podlegają i dzieci karmione piersią i karmione mlekiem wyjałowionem, nie można tutaj nadawać zakażeniu większego i ogólniejszego znaczenia. Co do roli obcego białka, to już była ona omawiana, jednak autorowie do pewnych wniosków jeszcze nie doszli.

Sągajło zapytuje, jakie środki farmaceutyczne bywają stosowane w klinice Prof. Eschericha obok leczenia dyetetycznego. — Nowiński wymienia tannalbinę, glinkę (argilla depur.), węgiel i t. p.; środki te są używane dość często.

Załęski w sprawie toksyczności białka obcego zaznacza, że trzebaby mieć na względzie i zjawiska anafilaktyczne, takie n. p. jak wywołane przez Besredkę u zwierząt. Przy badaniach w tym kierunku okazało się, że czynnikiem wywołującym anafilaksyę przy wstrzykiwaniu zwierzętom mleka jest sernik. Otóż, może i u dzieci takie objawy, jak n. p. toksyczne działanie bardzo małych dawek mleka, jest wyrazem anafilaksyi. Na tę możliwość zwraca już uwagę Pfaundler.

Trzebiński zwraca uwagę prelegenta na przytoczone przez niego klasyfikacye Czernyego, Kellera i Finkelsteina, których główną cechą jest przeniesienie punktu ciężkości z badania pokarmu dziecięcego na usposobienie samych dzieci, a mianowicie na pewne ich fizyologiczne, czy też patologiczne właściwości. Zapewne jest to bardzo ważne, z drugiej strony jednakże trzebaby pamiętać, że w ten sposób opuszczamy teren względnie łatwiejszy dla terenu bez porównania trudniejszego i w konkretnym przypadku nieraz zupełnie prawie niepoznawalnego, że więc niema pewności, czy ta nowa klasyfikacya da praktycznie pomyślne wyniki. — Nowiński odpowiada, że badania odbywają się w rozmaitych kierunkach i że zwrócenie uwagi na organizacyę dziecka w celu wyjaśnienia przyczyn zaburzeń w jego odżywianiu znakomicie rozszerza pole tych badań.

Makowski zapytuje, czy fizyologia trawienia jest dostatecznie zbadana u osesków, i czy przy leczeniu zaburzeń w odżywianiu bywa stosowana opoterapia. — Nowiński odpowiada, że fizyologia gruczołów trawiennych u osesków wobec przeprowadzenia badań bezpośrednich jest o tyle znana, o ile wogóle wyniki doświadczeń u dorosłych i u zwierząt mogą być przenoszone na dzieci. Co do stosowania opoterapii, to, o ile wie, nie daje ona wyników zadowalniających.

Nowaczek zapytuje, czy przy zaburzeniach odżywiania u osesków nie spostrzegano zależnego od nich podrażnienia nerek, a także, czy przy leczeniu dzieci podskórnemi wstrzykiwaniami roztworu fizyologicznego nie zauważono wzmagania się objawów zatrucia. Nowiński odpowiada, że brak mu danych, na podstawie których mógłby dać zadowalniające wyjaśnienia.

Sekretarz: A. Januszkiewicz.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Do krajowego Związku lekarzy przystąpili: z Krakowa: Drowie Władysław Kania, Aleksander Lauer, Wacław Rychliński, Stanisław Welecki; z Podgórza: Dr Emil Bobrowski; z Zakopanego: Drowie Zdzisław Czaplicki, Bronisława Dłuska, Wacław Kraszewski, J. Wieselmann, Józef Żychoń. W.

Bojkot kasy chorych w Cieszynie zniesiono po zawarciu korzystnej ugody między lekarzami a zarządem tej kasy. W.

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	po 4 h	1 h
Od r. 1904 do końca listopada 1910 .	527,267	461,494
W grudniu 1910	1 625	10 000
Razem .	528,892	471,494

Dr Żydłowicz, administrator.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 1. I. do 7. I. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 19 † 2 (w tem obcych 8 † 1), krztuśca 17 † 4, ospy wietrznej 2, płonicy 7 † 1 (— † 4 —), odry 47 † 2 (3 † 1), gorączki połogowej 1 † 1 (1 † 1), róży 1 † 1. Dr Janiszewski.

Wiadomości bieżące.

Autorowie polscy raczą przesyłać odbitki prac swoich kolegom, zdającym stale sprawę z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych. Stałymi sprawozdawcami są:

Ze wszystkich działów: Komisya sprawozdawcza Towarzystwa lek. lwowskiego; prezes Prof. Dr Adolf Beck, Lwów, Piekarska 52 (Virchows Jahresber. der ges. Medizin): Dr Adam, Berlin-Buch (Deut. med. Woch.), Dr Stan. Ostrowski, Petersburg, Woźniesieńskij prospekt 23, m. 10 (Russkij Wracz), Prym. Dr K. Orzechowski, Lwów, Kraszewskiego 15 (Wiener med. Wochenschrift); z medycyny teoretycznej: Prof. Dr S. Bądzyński, Lwów, Piekarska 52 (Lavori e riviste di chim ca etc.), Prof. Dr H. Hoyer, Kraków, św. Anny 6 (»Schwalbes Jahresberichte üb. die Fortschritte der Anatomie u. Entwickelungsgeschichte«, anatomia ludzka, porównawcza, histologia, embryologia, antropologia); Dr Filip Eisenberg, Kraków, Strzelecka 9 (Centralblatt f. Bakteriologie); Dr W. Szczawińska, Paryż, rue Dutot 18 (Bulletin de l'Institut Pasteur); Dr M. Friedmann, Wien IX. Allg. Krankenhaus, 27 Stiege. Z. 72. — (fizyologia, biochemia, patologia doświadczalna); z medycyny wewnętrznej: (w zakresie gruźlicy) Dr S. Sterling, Łódź, Piotrkowska 111 (Intern. Centralblatt f. d. ges. Tuberculoseforschung), (hematologia): Dr Stanisław Klejn, Warszawa, Leszno 17 (Folia haematologica et serologica); z chirurgii: Dr Radliński (Centralblatt f. Chirurgie), Kraków, Kopernika 40; Dr Ant. J. Goldman, Łódź, Piotrkowska 19 (pisma francuskie), Dr A. Wertheim (Warszawa, Krucza 47a) (Centralblatt f. Chirurgie, z prac, wydanych w Królestwie Polskiem); z neurologii: Prym. Dr K. Orzechowski, Lwów, ul. Kraszewskiego 15 (»Folia neurobiologica« Groningen i »Epilepsia« Peszt, »Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde«); z pedyatryi: prym. Dr J. Landau, Kraków, Gertrudy 9 (Jahrbuch für Kinderheilkunde), Dr J. Brudziński, Warszawa, Włodzimierska 9, (Monatschrift für Kinderheilkunde), Dr H. Rozenblatówna, Łódź, Szpital Anny-Maryi (Jahrbuch für Kinderheilkunde); z ginekologii: Dr Franc. Neugebauer, Warszawa, Leszno 33 (prace ginekolog czno-położnicze, Frommel's Jahresbericht), Dr Ehrlich, Przemyśl (Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie); z laryngologii i otyatryi: Dr J. Sędziak, Warszawa Erywańska 10 (Monatschr. f. Ohrenheilk. [Berlin], Journal of Laryng etc. [London], Annals of Otology etc. [St. Louis]), Dr R. Spira, Kraków, Grodzka (Archiv für Ohrenheilkunde); z dermatolo-

gii: Dr Leon Feuerstein, Lwów, św. Mikołaja 20 (w lecie: Bad Hall, Oberösterreich), (Monatshefte f. praktische Dermatologie), Dr J. Baschkopf, Kraków, Floryańska 25, (Dermatologische Zeitschrift, Dermatol. Centralblatt); z urologii: Dr A. Karwowski, Poznań, św. Marcina 54 (Jahresber. f. Urologie); z hydroterapii: Doc. Dr Kowalski, Lwów, Romanowicza 20 (Monatsschr. f. d. physik-diät. Heilmethod n); z elektrologii: Dr J. Zanietowski, Kraków, Batorego 1 (Zeitschr. f. Elektrologie, Annales d'electrol., Archiv. f. physikalische Med., Annali di electricita med.); z okulistyki: Dr St. Lewicki, Odessa, ul. Elisawetyńska 23, m. 1. (Wiestnik Oftalmologii); z historyi medycyny: Dr J. Lachs, Kraków, Jasna 2 (Mittheil. zur Geschichte der Medizin. i dział historyczny w Virchows Jahresberichte der ges. Medizin).

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« uprasza Kolegów, zdających stale sprawę do innych pism, o łaskawe zgłoszenie się celem uzupełnienia powyższego spisu.

Redakcya Pamiętnika Zjazdu Chirurgów Polskich w Warszawie prosi uprzejmie tych Szanownych Kolegów, którzy dotychczas nie nadesłali zgłoszonych na Zjazd wykładów (w oryginale lub w dokładnem streszczeniu bez względu na to, czy były wygłoszone, czy spadły z porządku dziennego), by zechcieli przysłać je na ręce Dra L. Zembrzuskiego (Nowogrodzka 26 w Warszawie) — najpóźniej do 1. lutego 1911 roku. Wykłady, nie przysłane przed datą powyższą, która jest ostateczną, nie zostaną umieszczone w Pamiętniku Zjazdu.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 11. 1911 posiedzenie administracyjne, na którem przyjęto sprawozdanie Zarządu za rok ubiegły.

— Zarząd Biblioteki Towarzystwa lekarskiego krakowskiego składa serdeczne podziękowanie Redakcyi »Lwowskiego Tygodnika lekarskiego« za ofiarowany Bibliotece Pamiętnik Jubileuszowy Profesora Cybulskiego. Bibliotekarz: Dr Blassberg.

Poznań. »Nowiny lekarskie« poświęcają pierwszy zeszyt tegoroczny uczczeniu Dr Ignacego Zielewicza z powodu 25 lecia działalności jego na stanowisku ordynatora szpitala Przemienienia Pańskiego.

— W Poznaniu odbywają się od grudnia r. z. do kwietnia r. b. co tydzień w sobotę kursa uzupełniające dla lekarzy. Prelegentów zgłosiło się 28, wśród nich 4 Polaków: Dr Jezierski, Panieński, Pomorski i Wicherkiewicz.

Warszawa. Towarzystwo lekarskie warszawskie wybrało na r. 1911 następujący Zarząd: prezes Dr Władysław Gajkiewicz, wiceprezes Dr Heweike (ponownie), sekretarz Dr T. Wilczyński (ponownie), zastępca sekretarza Dr B. Dębiński (ponownie), bibliotekarz Dr J. Bieliński (ponownie); zarządzającym Kasą wsparcia wybrano Dra L. Babińskiego, kierownikiem pracowni naukowej Dr Z. Dmochowskiego.

— Dr A. Puławski, redaktor »Gazety lek.«, został ponownie mianowany ordynatorem szpitala Dzieciątka Jezus.

— Dr J. Bieliński wydał źródłowe dzieło p. t. »Szubrawcy w Wilnie (1817—1822)«. Pierwszymi prezesami »Towarzystwa szubrawców« byli dwaj znakomici lekarze, Jakób Szymkiewicz i Jędrzej Śniadecki.

— »Gazeta lekarska« ukończyła 30-lecie wydawnictwa swej seryi II., a 45-lecie istnienia wogóle. W ostatnim roku zwiększyła »Gazeta« swą objętość (z 1200 na 1358 stron tekstu), a obecnie rozszerza zakres swych wydawnictw, wznawiając regularne wydawanie »Odczytów klinicznych« i obejmując wydawnictwo »Przeglądu pedyatrycznego«.

— Nowe sanatoryum powstało z funduszów Towarzystwa pielęgnowania chorych pod wezwaniem św. Józefa, przy ul. Hożej. Sanatoryum urządzone zostało według myśli Dra J. Kizlera na wzór pierwszorzędnych tego rodzaju zakładów z zastosowaniem wszelkich nowoczesnych zdobyczy na polu budownictwa szpitalnego. Dwa budynki, z których jeden chirurgiczny, a drugi ogólno-lekarski wraz z częścią gospodarską, połączone są kurytarzem podziemnym i pomieścić mogą na razie 50 chorych; przewidywane jest jednak znaczne rozszerzenie instytucyi przez wzniesienie pawilonu na placu sąsiednim, już na cel powyższy przez Towarzystwo nabytym. W sanatoryum znajdą pomieszczenie chorzy wszelkiego rodzaju, prócz zakaźnych; szczególną jednak uwagę zwrócono na wzorowe urządzenie i wyposażenie działu chirurgicznego. Sale operacyjne, opatrunkowe, ubikacye steryilzacyjne, oświetlenie dzienne i sztuczne, stoły operacyjne, nie pozostawiają nic do życzenia; prócz tego urządzony jest gabinet rentgenowski, pracownia dyagnostyczna, kamera dezynfekcyjna, gabinet wodoleczniczy, elektro- i fotoleczniczy. Urządzenie pokojów jest doskonałe, ogrzewanie centralne, oświetlenie i wentylacya elektryczna; ubikacye gospodarcze mieszczą się w suterenach. Całe urządzenie wewnętrzne wykonały firmy miejscowe, prócz windy, sprowadzonej z Medyolanu. Wielkie koszta urządzenia zakładu pozwalają na razie utrzymać tylko jedno łóżko zupełnie bezpłatne, w przyszłości ma być więcej miejsc bezpłatnych. Od ulicy Leopoldyny urządzono ambulatoryum dla chorych przychodnich we wszystkich specyalnościach — bezpłatnie. Lekarzem naczelnym sanatoryum jest Dr Kizler; przełożoną zakładu przewodnicząca Komitetu Towarzystwa p. Kazimiera Gruszczyńska. W. K.

Łódź. Towarzystwo lekarskie łódzkie wybrało na r. 1911 prezesem Dr Kruschego, wiceprezesem Dr S. Sterlinga, sekretarzami Dr Sonnenberga i Tomaszewskiego, bibliotekarzem Dr Prechnera, skarbnikiem Dr Trenknera.

Z różnych stron. Kursa dla lekarzy celem skutecznej walki z dżumą, cholerą i durem rozpoczną się w Rosyi przy cesarskim »Instytucie medycyny doświadczalnej« 17. I. i trwać będą do 20 II. Liczba uczestników 40. Podobne kursa odbędą się następnie w uniwersytetach: kazańskim, kijowskim i tomskim. X.

— Na posiedzeniu Wydziału lekarskiego »Polskiego Związku przyrodników i lekarzy« w Petersburgu w d. 21. XII. (3. I.) odbył się wykład Prof. W. Orłowskiego z Kazania: »O drogowskazach współczesnej dyagnostyki chorób trzustki«. W dyskusyi przemawiali: doc. Noiszewski, Dr Wierciński i prezes Prof. Czeczott. Na posiedzeniu odczytano list od Prof. Cybulskiego z Krakowa z podziękowaniem za udział w jubileuszu. Po posiedzeniu odbyło się na cześć Prof. Orłowskiego, jednego z założycieli i pierwszego członka honorowego Związku, zebranie koleżeńskie, na którem wśród wielu przemówień wzniesiono owacyjnie przyjęty toast na cześć »Wszechnicy Jagiellońskiej, pramacierzy polskich instytucyi naukowych«.

— W Teszkowie w pobliżu Peterhofu wydarzył się w grudniu wypadek, masowego zatrucia kwasem siarkowym, który spożyło 32 osób przy komunii przez pomyłkę zamiast wina.

— Lekarze monachijscy postanowili zażądać od dzienników politycznych, by ogłoszenia lekarskie (np. o przyjeździe, zmianie mieszkania i t. p.) umieszczano oddzielnie, a nie mieszano z ogłoszeniami partaczy, masażystów, hypnotyzerów i t. p., co publiczność w błąd wprowadzać może.

Mianowani: profesorami nadzw. chirurg doc. Kreuter, dermatolog doc. Hauck i bakteryolog doc. Weichardt w Erlangen, docenci Baisch, Hecker i Trumpp w Monachium, histolog Dr Dustin w Brukseli; prof. Beneke z Marburga profesorem anatomii patol. w Halle.

w służbie rządowej galicyjskiej lekarzami powiatowymi koncepiści: Dr Kropaczek, Sobieszczański, Jarocki, Stablewski, Eust. Biczyński i Gąsiorowski; koncepistami sanitarnymi asystenci: Dr Rosmarin, Kocwa, Kułakowski i Adam Kraus.

Zmarli. dermatolog prof. Profeta w Genui, chirurg prof. Suter w Limie.

Redakcya otrzymała: Sokołowski: Fundacya im. Dr W. Koczorowskiego. Odb. »Pamiętnik Tow. lek. warsz.« 1910. — Adam Wrzosek: Jędrzej Śniadecki. Życiorys i rozbiór pism. Kraków 1910. Akademia Umiejętności. Nakładem funduszu Nestora Bucewicza. 2 tomy (331+406 str.). — Spira: Über die gegenseitigen physiologischen und pathologischen Beziehungen zwischen dem Nervus facialis und dem Gehörorgane. »Heilkunde« 1910. — Mikołajski: Działalność lekarzy w Radzie miejskiej i postęp sanitarny w mieście Lwowie (1905—1911) Odb. »Głos lek.«. — Mroczyński: Zur Aetiologie des Krebses. Graudenz.

Bibliografia.

Dr Wilhelm Huber: **Die junge Frau.** Betrachtungen und Gedanken über Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Lipsk. Weber 1910.

Praca niniejsza należy do zakresu literatury popularno-lekarskiej, podając w ogólnych zarysach higienę ciąży, porodu

i połogu. Na niektóre poglądy autora można się zapatrywać może inaczej, całość jednak sprawia wrażenie dobre, o co przy podręcznikach popularno-lekarskich tak trudno. Klęsk.

»Paris Medical«, nowy wielki tygodnik, wypawany pod redakcyą Prof. Gilberta przez księgarnię J. B. Baillière et fils., zawiera w Nrze 7 następujące artykuły oryginalne: Lereboullet: »Gruźlica w r. 1910«. Rénon: »Leczenie gruźlicy płuc zapomocą surowic«. Mesureur: »Dyspensatoryum przeciwgruźlicze Laenneca«. Bezançon: »Zaostrzenia gruźlicy przewlekłej«. Rollier: »Leczenie gruźlicy chirurgicznej światłem słonecznem«.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 18. stycznia 1911 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Prof. Reiss: Przedstawienie chorych leczonych przetworem »606«, 2) wykład Dra Blassberga: »Przetwór »606« w świetle chemoterapii Ehrlicha«.

Posiedzenie Sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lek. gal. odbędzie się w poniedziałek **d. 16. stycznia 1910** o g. 6 w Szpitalu powszechnym w Jarosławiu z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych. 2) Organizacya lekarzy w krajowym Związku lekarskim, przedstawiona przez delegata Związku. 3) Sprawozdanie administracyjne i naukowe z czynności sekcyi w r. 1910. 4) Wnioski na Walne Zgromadzenie. 5) Wybór Biura sekcyi. 6) Wybór delegatów na Walne Zgromadzenie.

O liczne zebranie się upraszamy.

Z biura Sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Sekretarz: Dr Feldman. Przewodniczący: Dr Czyżewicz.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Rok L. Kraków, dnia 21. stycznia 1911. Nr. 3.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych (I B) Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Haemoglobinuria paroxysmalis.

Napisał

Prym. Dr A. Krokiewicz.

(Ciąg dalszy).

Badanie krwi na szczycie napadu (Dr Kramarzyński) wykazało:

Ilość hemoglobiny (Sahli) 80%
c. g. 1·058
Ilość krwinek czerwonych 4600000
» » białych 7000
wskaźnik 0·8
Preparat świeży jak poprzednio.
» barwiony: triacid (słabo), Jänner (prawidłowo).
limfocyty 9%
wielojądrzaste neutrofile 84%
eozynowe 2%
basofilne 0·5
myelocyty (kom. szpiku neutrofilne) 3%
limfoidalne kom. szpiku 1%
przejściowe 0·5%.

Znaczna ilość rozpadłych białych krwinek, skąpe polichromatofilne, 1 normoblast, kilka cieni krwinek czerwonych.

Badanie skrzepłej krwi, utoczonej przez nakłucie żyły na szczycie napadu, dokonane przez Prof. Marchlewskiego, wykazało:

»Ilość oddana do dyspozycyi 8·007 gm., krew skrzepnięta o ogólnych własnościach normalnych, zawierała czystą oksyhemoglobinę bez śladu jakichkolwiek innych barwików, jak methemoglobiny i t. p. Ilość oksyhemoglobiny (oznaczona metodą spektrokolorymetryczną): znaleziono 124·8 części na 1000 części wagowych krwi. Dane literaturą wahają się dla prawidłowej krwi w granicach 130—150‰«.

12. XI. Ciepłota ciała ranna 36° C. Mocz prawidłowy, Chory po przespanej dobrze nocy swobodny. Przed południem około godziny 10. wyszedł lekko odziany i przebywając na powietrzu przy ciepłocie + 8° C. przez $1^1/_2$ godziny przeziębił się. Wkrótce potem, gdyż około południa doznał uczucia ogólnego znużenia i ciężkości w nogach, a następnie krótkiego dreszczu. Mocz oddany o godzinie 2 popołudniu w ilości 220 cm³ był mętny, barwy ciemnocisawej ze znacznym osadem; ciepłota ciała 38·3° C.; o godzinie 3 popołudniu mocz oddany w ilości 70 cm³ czysty cisawy, ze skąpym osadem, ciepłota ciała 38·2° C.; o godzinie 6 mocz oddany w ilości 75 cm³ czysty cisawy bez osadu, ciepłota ciała 37° C. Wieczór chory czuje się zupełnie dobrze; sen i apetyt dobry. Napad lekki, wywołany lekkiem przeziębieniem, trwał około 6 godzin.

Wynik badania moczu, dokonanego w Zakładzie chemii lekarskiej Uniwersytetu Jagiell. przez Prof. Marchlewskiego, wykazał:

a) przed napadem po przeziębieniu:	*b)* w czasie napadu
barwa: winowo-żółta	: czerwono-brunatna
oddziaływanie: kwaśne	: kwaśne
c. g. 1·030	: 1·029
osad silnie zwiększony	: silnie zwiększony
urochrom } prawidłowe	: zwiększony
indoksyl } prawidłowe	: lekko zwiększony
mocznik, kwas moczowy } zwiększone	
chlorki : prawidłowe	
fosforany ziem } zwiększone	: zmniejszone
» potasowców } zwiększone	: zwiększone
białka: 0·04%	: około 0·07%
ślad barwika krwi	: barwik krwi obecny w dość znacznej ilości
Osad: szczawian wapniowy obficie, fosforan wapniowy krystaliczny: dość obficie, nabłonki płaskie pojedyncze, liczne bakterye	Osad: dużo hemoglobiny, liczne wałeczki szkliste.

13. XI. Ciepłota ciała 36·2—36·6° C.; tętno 88 regularne; mocz winowo-żółty, czysty, bez białka.

14. XI. S. i. Badanie krwi (Dr Kramarzyński) wykazało:

Ilość hemoglobiny (Sahli) 80%.
Ilość krwinek czerwonych: 4500000.
» » białych: 7250.
Preparat świeży: jak poprzednio.
» barwiony: triacid (słabo); Jänner (prawidłowo)
limfocyty 25%
wielojądrzaste neutrofile 60%
» eozynowe 4%
» basofilne 1%
przejściowe 8%
limfoid. szpiku kostnego 2%

Znaczna ilość płytek Bizzozera, liczne rozpadłe krwinki białe, skąpe polichromatofilne.

Surowica krwi, badana przez Prof. Marchlewskiego w czasie wolnym od napadu, okazywała cechy pod każdym względem prawidłowe. Barwik należy do grupy lipochromów, a pośród ciał białkowych stwierdzono zarówno obecność albuminu, jak globulinu.

15. XI. Ciepłota ciała 36·4—36·5° C., apetyt dobry. Język wilgotny, czysty. Tętno 72, regularne. Parcie krwi (Riva-Rocci) 125 mm Hg. Źrenice wązkie, dość leniwo oddziałują. Mocz winowo-żółty, czysty, kwaśny, c. g. 1·021, białka nie zawiera. Chory czuje się zupełnie dobrze. Odczyn Wassermanna wybitnie dodatni, wykonany dwukrotnie (za każdym razem dla kontroli zupełnie oddzielnie), przez Prym. oddziału chorób kiłowych i skórnych Dra Borzęckiego i przez Dra Eisenberga, asystenta zakładu higieny Uniwersytetu Jagiell.

16. XI. do 24. XI.: Ciepłota ciała waha się między 36° C. rano a 36·8° C. wieczorem; tętno około 80, czasami przepuszczające, dobrze napięte. Parcie krwi (Riva-Rocci) między 120—125 mm Hg. Mocz zawsze prawidłowy, nie zawiera białka. Chory swobodny.

25. XI. Ciepłota ciała rano 36·3° C., wieczorem 36·8° C. Mocz prawidłowy. Założono opaskę uciskającą na goleni prawej na 20 minut celem wywołania przekrwienia biernego. Bezpośrednio przed zdjęciem opaski tętno 100, regularne, a po zdjęciu opaski 80, często wybitnie przerywane. Mocz bez zmian. Choremu wstrzyknięto podskórnie 0,0005 rozczynu siarkanu atropiny.

26. XI. S. i.; wstrzyknięto podskórnie 0·0005 siarkanu atropiny.

27. XI. Chory czuje się swobodny. Ciepłota ciała rano 36·2° C. Mocz prawidłowy. Po wstrzyknięciu podskórnem 0,001 atropiny zastosowano o godzinie $8^1/_2$ rano kąpiel lodową na nogi przez 20 minut. Chory czuje się zupełnie dobrze i dopiero o godzinie 1 popołudniu, t. j. w $4^1/_2$ godzin po zastosowaniu kąpieli nożnej oddaje po raz pierwszy 70 cm³ moczu ciemnoczerwonego, a ostatni mocz krwawoczerwony o godzinie 4 popołudniu. Ogólna ilość moczu krwawego 340 cm³. O godzinie 5 mocz zupełnie prawidłowy. Pod wieczór wystąpiły nieznaczne poty. Dreszczów, ani gorączki wcale nie było; widoczne zahamowanie napadu pod każdym względem. Źrenice bez zmian.

28. XI. Chory swobodny, mocz prawidłowy.

29. XI. Ciepłota ranna 36.2° C.; tętno 72, czasem przepuszczające, mocz prawidłowy. Choremu wstrzyknięto podskórnie 0,001 siarkanu atropiny i zastosowano rano o godzinie 9 m. 20 kąpiel lodową na nogi przez 12 minut. O godzinie 10 m. 3 oddany mocz w ilości 20 cm³, a o godzinie 11 w ilości 200 cm³ okazuje barwę cisawoczerwoną, ostatni mocz zabarwiony czerwono o godzinie 1 popołudniu w ilości 50 cm³. Ogółem 270 cm³ moczu krwawego. O godzinie 2 mocz oddany w ilości 180 cm³ zupełnie prawidłowy. Napad moczenia krwawego trwał 3 godziny. Zupełny brak dreszczów i gorączki. Ciepłota ciała 36·2° C., tętno 72—90, przepuszczające. Źrenice bez zmian. Surowica krwi utoczonej przed napadem w czasie kąpieli nożnej nie zawierała hemoglobiny; z chwilą oddania pierwszej ilości moczu krwawego (20 cm) okazywała wybitny ślad barwika krwi, a o godzinie 11 (200 cm³) bardzo znaczną ilość hemoglobiny. Rozbiór moczu, dokonany przez Prof. Marchlewskiego, wykazuje:

a) pierwsza porcya	*b*) ostatnia porcya
mocz: barwa ciemno-krwista	: brunatnoczerwona
oddziaływanie słabo kwaśne	: silnie kwaśne
c. g. 1·026	: 1·025
osad silnie zwiększony	: w dużej ilości
urochrom: zwiększony	
Indoksyl: prawidłowy	: cokolwiek zwiększony
mocznik, kwas moczowy } słabo zwiększony	: } słabo zwiększony
chlorki: prawidłowe	
fosforany ziem: zaledwie zmniejszone	: prawidłowe
fosforany potasowców: prawidłowe	: lekko zwiększone
Białka (hemoglobina) 0·8 %, mocz zawiera b. dużą ilość barwika krwi. Badanie spektralne wykazało czystą oksyhemoglobinę.	Białko 0·1 %. Barwik krwi w znacznej ilości, jednak w znacznie mniejszej, niż w poprzedniej porcyi.
Osad: hemoglobina miernie obficie, miejscami śluz, kilka wałeczków szklistych pokrytych strątami hemoglobiny.	Osad: b. silny strąt hemoglobiny, liczne wałeczki hemoglobinowe.

30. XI. do 2. XII. Ciepłota ciała waha się od 36·2—36·4° C.; tętno około 72, więcej lub mniej przepuszczające, dobrze napięte. Mocz zupełnie prawidłowy.

3. XII. Ciepłota ciała rano 36·2° C.; tętno 80, dość dobrze napięte, przepuszczające. Chory czuje się dobrze. Mocz bez białka, prawidłowy. O $^3/_4$9 wstrzyknięto podskórnie 0·01 chlorku pilokarpiny i zastosowano kąpiel lodową na nogi na 12 minut. Chory oddaje w 20 minut 75 cm³ moczu blado-cisawo-żółtego, w którym znajduje się spory ślad białka i barwik krwi; niespełna w godzinę oddaje 35 cm³ moczu krwawego, następnie o godzinie $1^1/_2$ po południu 165 cm³ moczu cisawo-czerwonego, a o $3^1/_2$ 170 cm³ moczu nieco jaśniejszego, ale zawierającego hemoglobinę i białko. O godzinie 6 wieczorem mocz oddany w ilości 190 cm³ zupełnie prawidłowy. Wogóle chory oddał moczu krwawego 445 cm³. Napad moczenia krwawego wystąpił wcześniej znacznie, niż przy poprzednich doświadczeniach i trwał przez czas dłuższy, gdyż około 7 godzin; mocz był jaśniejszy, cisawoczerwony, nie okazywał barwy ciemnoczerwonej wina burgundzkiego i zawierał sporą ilość oksyhemoglobiny. Dreszczów ani gorączki nie było, ciepłota ciała utrzymywała się stale 36·2° C.; tętno 80—90, przerywane. Poty, które wystąpiły zaraz po kąpieli nożnej, były miernego nasilenia tylko przez godzinę i ustały z chwilą oddania pierwszej znaczniejszej ilości moczu krwawego, później ich nie było. Źrenice zmian nie okazywały.

4. XII—5. XII. Chory swobodny, mocz prawidłowy, ciepłota 36·2° C., tętno pełne, 80, przepuszczające.

6. XII. Chory rano zupełnie swobodny; mocz bez białka. Po przechadzce i przeziębieniu się (ciepłota powietrza — 5° R) doznał około południa dreszczów, podwyższenia ciepłoty do 38° C. i oddał mocz ciemno-czerwony, prawie czarny. Napad trwał około 6 godzin i okazywał mierne nasilenie.

7. XII.—22. XII. Stan bezgorączkowy; chory swobodny; mocz zupełnie prawidłowy.

Przypadek powyższy, jak to z przedstawienia rzeczy wynika, okazywał typowy obraz okresowej hemoglobinuryi. To też w czasie spostrzegania klinicznego zwracaliśmy szczególniejszą uwagę nietylko na sam przebieg kliniczny α), ale i na zachowanie się krwi β), jak również na przyczynę powstawania napadów t. j. patogenezę tej sprawy chorobowej.

α) W czasie pobytu 5-tygodniowego w szpitalu — spostrzegaliśmy u chorego 7 razy napad okresowej hemoglobinuryi; 5 razy wywołanej na drodze doświadczalnej, t. j. przez zastosowanie kąpieli lodowej na nogi, a 2 razy wskutek przypadkowego przeziębienia się. Napady występowały w odstępach 24 godzin, 2 (2 razy), 3 (2 razy), 4 i 15 dni. Pierwszy napad wystąpił po zastosowaniu kąpieli lodowej 10-minutowej na nogi w 3 kwadranse i rozpoczął się silnymi dreszczami 20-minutowymi, poczem pojawiła się gorączka 38° C. i mocz o zabarwieniu czerwonego wina burgundzkiego. Napad w całości trwał 6 godzin i był dość silny. Ciepłota ciała najwyższa 38·5° C. Drugi napad, wywołany po 3 dniach, rozpoczął się w godzinę po 10-minutowej kąpieli lodowej nożnej oddaniem moczu ciemnoczerwonego, prawie czarnego, poczem wystąpił dreszcz 20-minutowy i ciepłota ciała podniosła się do 39·5° C. Napad, który zapowiadał się bardzo silnie, został opanowany rychło przez ogrzanie nóg ciepłemi kamionkami, a tem samem skrócony został do trwania około 4-godzinnego. Trzeci napad wystąpił sam we 24 godzin wskutek przypadkowego przeziębienia się chorego; zaznaczył się bardzo słabem nasileniem, brakiem dreszczów i podwyższoną ciepłotą do 38·2° C.; trwał 6 godzin. Następnie po 15 dniach wywołano czwarty napad w warunkach nieco odmiennych, gdyż wstrzyknięto choremu podskórnie 0,001 siarkanu atropiny w rozczynie wodnym i dopiero zastosowano kąpiel lodową nożną przez 20 minut. Pomimo zadziałania bodźca (kąpieli

lodowej) przez czas dwa razy dłuższy, niż przy poprzednich doświadczeniach, napad moczenia krwawego wystąpił dopiero w $4^1/_2$ godziny i trwał bez dreszczów i bez gorączki zaledwie 3 godziny. Wogóle można było naówczas stwierdzić wybitne zahamowanie pod każdym względem napadu hemoglobinuryi, najprawdopodobniej skutkiem tamującego zadziałania atropiny na nerwy wydzielnicze. Potwierdziły to zapatrywanie i dalsze doświadczenia, t. j. 5. i 6. napad. Piąty napad po powtórnem wstrzyknięciu podskórnem roztworu wodnego siarkanu atropiny (0,001) i zastosowaniu kąpieli lodowej nożnej 12-minutowej był bardzo słaby, przebiegał również bez dreszczów i bez podniesionej ciepłoty, ujawnił się w $^3/_4$ godziny moczem krwawym i trwał około trzech godzin. Natomiast w 6. napadzie po poprzedniem wstrzyknięciu podskórnem 0,01 chlorku pilokarpiny w roztworze wodnym w celu pobudzenia nerwów wydzielniczych i zastosowaniu następnie kąpieli nożnej lodowej 12-minutowej, czas trwania dosięgał około 7 godzin, a napad rozpoczął się rychło, gdyż już po 20 minutach po zastosowaniu kąpieli, oddaniem moczu krwawego; napad miał w całości lekkie nasilenie bez dreszczów i bez podniesionej ciepłoty ciała. Ostatni napad, wywołany w 3 dni po poprzednim przeziębieniem się chorego na dłuższej przechadzce, miał wcale silne nasilenie, trwał około 7 godzin przy podwyższonej ciepłocie ciała 38·2° C. i rozpoczął się dreszczami. We wszystkich przypadkach pojawienia się okresowej hemoglobinuryi u naszego chorego zawsze stwierdzić można było jako przyczynę bezpośrednią jedynie zadziałanie ciepłoty bardzo obniżonej, prawie do 0° C.; wszelkie urazy psychiczne, jak i zaburzenie w krążeniu, wywołane podwiązaniem kończyny, pozostawały bez wpływu.

Mocz w czasie wolnym od napadu był zawsze prawidłowy i nigdy nie zawierał białka. W czasie napadu raz tylko białkomocz poprzedził wystąpienie hemoglobinuryi. Zabarwienie moczu krwawe pochodziło zawsze od czystej oksyhemoglobiny (stwierdzonej analizą spektralną), która znajdowała się w różnej ilości zależnie od nasilenia napadu. Ilość oksyhemoglobiny w moczu krwawym na szczycie napadu wahała się najwyżej w granicach 0·6%—0·8%, a najmniej 0·04—0·07%. Ilość moczu krwawego w czasie napadu wynosiła od 270—645 cm³, średnio 360 cm³. Osad zawierał zawsze bardzo obfity strąt hemoglobiny, wałeczki hemoglobinowe, a niekiedy i wałeczki szkliste obok obfitych kryształków szczawianu wapniowego i fosforanu wapniowego. Wogóle przebieg kliniczny w zupełności potwierdzał spostrzeżenia innych autorów.

Nieco odmienniej przedstawiał się nasz przypadek ze względu na obraz hematologiczny, jak i zachowanie się krwi.

β) Obraz hematologiczny, jak i zachowanie się krwi w przypadkach hemoglobinuryi napadowej różnie bywa opisywany. W czasie wolnym od napadu ilość krwinek czerwonych jest prawidłowa lub nieco niższa, w czasie zaś napadu zazwyczaj jest ona zmniejszona, zależnie od nasilenia napadu (Mesnet, Bristowe, Copeman, Kobler, Obermeyer, Chwostek). Bardzo rzadko, jak to opisał Pel, może wystąpić obok hemoglobinuryi okresowej i hyperglobulia. Krwinki czerwone w czasie napadu nie układają się w ruloniki (Bristowe, Copeman, Boas), okazują obok prawidłowych postaci wiele form, jakby powyginanych, twory rozpadowe i t. zw. cienie, t. j. krwinki czerwone wyługowane z barwika krwi (Ponfick). Rössle zauważył niezwykłe skupienie (Agglomeration) krwinek czerwonych naokoło leukocytów we krwi odwłóknionej i oziębionej do ciepłoty pokojowej; było ono tak znaczne, iż każde ciałko białe otoczone było licznemi krwinkami czerwonemi, silnie przylegającemi. Odnowa (regeneracya) krwinek czerwonych następuje szybko (Kobler, Obermeyer, Bristowe i Copeman, Götze). Według E. Meyera i E. Emmericha odporność krwinek czerwonych u chorych na hemoglobinuryę okresową jest mniejsza na wstrząsanie, saponinę i kwas octowy, niż w warunkach prawidłowych. Krwinki nie są wrażliwsze na działanie samego zimna, natomiast są bardzo czułe na zmiany ciepłoty, zwłaszcza, jeśli obok tego zadziała i inny czynnik szkodliwy, jak np. saponina lub kwas octowy. Ilość hemoglobiny zmniejszona, stosownie do zmniejszonej ilości krwinek czerwonych podczas i po napadzie.

Leukocyty w bardzo przeważnej liczbie przypadków nie okazują zmian ważniejszych. Nieliczni autorowie, jak E. Meyer i E. Emmerich, zwracają uwagę na nagły spadek limfocytów i brak eozynofilów w czasie napadu. Benjamin zauważył po napadzie zwiększenie się ilości bazofilów i eozynofilów; ilość eozynofilow następnego dnia może wynosić około 6%. Rössle zauważył krople hemoglobiny w protoplasmie leukocytów.

(Dokończenie nastąpi).

Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniw. Jag.

Z kazuistyki śmierci z postrzału. Samobójstwo, czy morderstwo?

Podał

Prof. Wachholz.

(Dokończenie).

II. Postrzał w serce.

Ludwik G., aspirant kolejowy, liczący lat 25, zawiązał stosunek miłosny z 22-letnią Zenoną C., z którą się następnie zaręczył. W kwietniu 1909 urodziła Zenona narzeczonemu córkę, a dowiedziawszy się, iż Ludwik odwleka ślub dlatego, iż pragnie inną kobietę pojąć za żonę, wniosła przeciw niemu skargę sądową o uwiedzenie pod pozorem małżeństwa, jednak w czasie rozprawy, pogodziwszy się z nim, odstąpiła od skargi. W końcu maja 1909 przybyła Zenona do stacyi S. pociągiem o godzinie 12 w południe w odwiedziny do Ludwika i na jego życzenie. Po odejściu pociągu udała się z nim do lasku opodal stacyi znajdującego się i tu odbyła się między narzeczonymi stanowcza rozmowa, w czasie której Zenona miała płakać. W lasku zabawili Ludwik i Zenona aż do chwili, w której miał nadejść pociąg powrotny dla Zenony. W chwili tej miał Ludwik wedle swego zeznania, albowiem innych świadków zajścia nie było, objąć Zenonę i czule ją ucisnąć, i wtedy zauważyć u Zenony pod stanikiem rewolwer, który ona nabyła w jesieni r. 1908 w celu rzekomego samobójstwa z powodu odwlekania ślubu. Ludwik miał odebrać Zenonie rewolwer, miał go nabić jednym nabojem i wystrzelić do drzewa, aby zapobiedz możliwości samobójstwa. Po strzale zwrócił rewolwer Zenonie w przekonaniu, iż nie posiada ona więcej nabojów, tymczasem ona nabiła

go niepostrzeżenie ukrytym u siebie drugim nabojem i miała strzelić do siebie w pierś. W kilka minut po strzale nastąpiła śmierć Zenony. Ludwik zeznał dodatkowo, że Zenona objawiała już dawniej zamiar rzucenia się pod pociąg kolejowy. Odwlekanie ślubu z Zenoną usprawiedliwiał Ludwik brakiem stosownego dochodu i oczekiwaniem na mianowanie go urzędnikiem kolei.

Dnia 28. maja wykonali znawcy sądu powiatowego w B. Dr J. i Dr B. sekcyę zwłok Zenony, zaś dnia 30. maja wykonał piszący ponowną jej sekcyę z polecenia sądu krajowego.

Wynik pierwszej sekcyi był w streszczeniu następujący:

Zewnętrznie: Zwłoki kobiety długości 162 cm Na bluzce z przodu i po lewej stronie, 17 cm. poniżej kołnierzyka otwór nieregularny, $2^1/_2$ cm. długi, 1 cm. szeroki o brzegach strzępiastych, zaschniętą krwią zbroczonych. Na lewej przedniej połowie gorsetu i koszuli otwory analogiczne z otworem na bluzce. Na lewej połowie klatki piersiowej ponad V. żebrem, a 6 cm. na lewo od środkowej linii ciała rana okrągła, 1 cm. w średnicy licząca, o brzegach gładkich. Otaczające ją powłoki na przestrzeni srebrnego guldena pergaminowo zeschnięte. Od rany tej biegnie kanał w głąb klatki od góry i nieco zewnątrz ku dołowi, tyłowi i nieco wewnątrz.

Wewnętrznie: Mięśnie w około rany na klatce piersiowej krwią podbiegnięte. W dolnym płacie płuca lewego otwór, wiodący do kanału, przenikającego płat ten skośnie od góry i zewnątrz ku dołowi, tyłowi i wewnątrz. Na nasierdziu lewej komórki serca i w przedniej ścianie tejże 3 cm. niżej jej górnego brzegu, a 4 cm. od rowka podłużnego mieści się otwór okrągławy około $1^1/_2$ cm. szeroki kanału biegnącego w jamę serca w sposób podobny, jak poprzednio. Na tylnej ścianie komórki prawej serca, 2 cm. od dolnego i zewnętrznego jej brzegu mieści się otwór, około $1^1/_2$ cm. długi, nieregularny. Przegroda międzykomorowa i nitki ścięgniste przerwane, poszarpane. Na górnym brzegu 10. lewego żebra, 3 cm. od kręgosłupa w opłucnej żebrowej otwór podobny, wiodący do kanału, drążącego przez mięśnie tułowia ku dołowi nieco pod skórę grzbietu. W temże miejscu tkwi w tkance podskórnej nieco zniekształcony pocisk rewolwerowy, ołowiany o 9 mm. średnicy. Ściany całego kanału krwią podbiegnięte, brzeg górny 10. lewego żebra nadłamany, a wyrostek poprzeczny lewy odnośnego kręgu odłamany. W reszcie narządów nie stwierdzono zmian. Macica nieco powiększona odpowiada okresowi kończącej się inwolucyi poporodowej. W śluzie pochwowym nie stwierdzono plemników.

Na podstawie tego wyniku sekcyi orzekli obaj znawcy zgodnie, że śmierć denatki nastąpić musiała w kilka minut po strzale wskutek silnego krwotoku do jamy osierdziowej i opłucnej lewej. Natomiast na pytanie, czy zaszło samobójstwo, czy też morderstwo, orzekli odmiennie. Zdaniem Dra B., opartem na wyniku próbnych strzałów, danych z krytycznego rewolweru, mogła sobie była denatka sama zadać ranę na ciele jej znalezioną, jużto przytykając lufę broni wprost do bluzki, lub oddaliwszy koniec lufki na kilka cm. od bluzki, zaczemby przemawiała stwierdzona na bluzce obecność licznych ziarn prochu. W chwili strzału mogła się była denatka nachylić piersią ku przodowi. Natomiast zdaniem Dra J. strzał śmiertelny zadała denatce ręka drugiej osoby, gdyż zadanie tej rany, czy to prawą, czy lewą ręką, było dla denatki niewygodne.

Obaj znawcy nie podali zachowania się rąk denatki co do ewentualnego zwalania ich sadzą.

Z powodu sprzeczności orzeczeń wykonana przez piszącego powtórna sekcya zwłok po ich ekshumacyi dała wynik ten sam. Dodatkowo stwierdzono bardzo skąpe i blade plamy pośmiertne na grzbiecie zwłok, wyraźne zaczernienie sadzą brzegu rany na lewej przedniej powierzchni klatki piersiowej i brak wszelkich obrażeń obu rąk, które były już czysto umyte przy złożeniu zwłok do trumny po pierwszej sekcyi.

Orzeczenie opiewało: Na podstawie powtórnej sekcyi można stanowczo orzec, że przyczyną śmierci stało się znaczne obrażenie serca i płuc z następowym znacznym krwotokiem, wywołane postrzałem, danym z broni palnej o jednolitym ołowianym pocisku większego kalibru i o naboju złożonym z prochu zwykłego. Ze względu na mniej korzystne warunki przy powtórnej sekcyi nie można rozstrzygnąć stanowczo pytania, czy strzał śmiertelny był zadany własną ręką denatki, czy też ręką drugiej osoby. Z uwagi na siedzibę rany, jej wejrzenie, świadczące, że strzał padł z pobliża, nie można wykluczyć możliwości samobójstwa.

Pierwotnie pociągnięto Ludwika do odpowiedzialności karnej o zbrodnię morderstwa, potem zaś tylko o występek, iż mimo objawionego zamiaru samobójstwa, nie zapobiegł jego dokonaniu przez Zenonę C.

III. Zagadkowa śmierć Anny R.

W połowie kwietnia 1905 przybyła do Krakowa Anna R., lat 20, wrzekomo należąca do tajnego stowarzyszenia w Królestwie i spędziła kilka dni w towarzystwie kilku młodych członków tegoż stowarzyszenia, przybyłych z Paryża, między nimi niejakiego K. na tajnych naradach. Dnia 16. kwietnia towarzystwo to, zabawiwszy się do późnej godziny w kawiarni, wybrało się nocą na przechadzkę przez Błonia ku Woli. Wedle zeznania potem do odpowiedzialności pociągniętych uczestników wycieczki, wydobył K. rewolwer, który w chwilę potem miał się znaleść w ręku Anny. Wyprzedziwszy na kilka kroków swych towarzyszy, miała Anna strzelić z niego do siebie, wypowiadając słowa: »Patrzcie, tak się strzela do siebie«. Po strzale wezwano pomocy z okolicznych domów i pogotowia ratunkowego, która jednak była już bezowocną. Dnia 17. kwietnia 1905 dokonana sekcya zwłok Anny dała następujący wynik:

Zewnęrznie: Zwłoki dziewczyny dobrze zbudowanej i odżywionej 148 cm. długie. Plamy pośmiertne na miejscach zwykłych dosyć skąpe i mało rozległe. Stężenie pośmiertne wszędzie utrzymane. Powłoki ciała woskowo-blade.

Na ciele mieszczą się następujące ślady obrażeń: a) Na skroni prawej blisko granicy porostu włosów rana owalna, nieco skośnie od góry i tyłu ku przodowi biegnąca, 2 cm. długa, 1 cm. w środku rozwarta, obficie krwią w otoczeniu zaschniętą pokryta. Krew ta zeschnięta powleka także policzek prawy tuż przy małżowinie usznej prawej i prawą połowę powłok czoła. Brzegi rany krwią podbiegnięte, zeschnięte. W dalszym ciągu brzeg jej przedni nieznacznie czarno, jakby sadzą, powalany. Rana ta drąży w głąb czaszki. b) Obie powieki oka prawego obrzmiałe. Pod spojówką gałki ocznej prawej surowiczo obrzękłej w zewnętrznym kwadrancie mieszczą się 2 podbiegnięcia krwawe, wielkości ziarna grochu. c) Oba otwory nosowe wypełnione skrzepłą krwią, która w dalszym ciągu pokrywa lewy policzek. d) W środku zewnętrznego brzegu przedramienia prawego plama wielkości korony, blado-różowa, u górnego jej końca drobna ranka, jakby od ukłucia igły. Po nacięciu tkanka podskórna, w głębi ćmawa, wydziela woń eteru. e) Palec wielki, oraz wskazujący, ręki prawej więcej po stronie dłoniowej nieznacznie czarnym pyłem zwalany. f] Włosy w otoczeniu rany na skroni prawej nie przedstawiają zmian makro- i mikroskopowych, zresztą na ciele żadnych śladów zewnętrznego obrażenia.

Wewnętrznie: Powłoki czaszki po stronie wewnętrznej w najbliższem otoczeniu rany, opisanej pod a) na przestrzeni małej dłoni ciemną krwią podbiegnięte. Toż podbiegnięcie krwawe przenika mięsień skroniowy i sięga pod okostną. W kości czaszki na granicy połączenia się kości skroniowej prawej, prawego wielkiego skrzydła kości klinowej i kości czołowej znajduje się otwór, nieco nieregularnie owalny, 8 mm. średnicy liczący, o zewnętrznych brzegach ostrych, wewnętrznych zaś terasowatych, czarną sadzą dookoła powleczony. Opona twarda w temże miejscu o podobnym co do rozmiaru otworze na powierzchni swej wewnętrznej wyraźnie sadzą powalana. W środkowem zagłębieniu prawem podstawy czaszki obfite skrzepy częścią wiotkie ciemne, częścią zbitsze i więcej brunatne, wśród nich nieregularny odłamek kostny około $^1/_2$ cm. długi, zaczerniony sądzą i półobrączkowaty odłamek ołowianej kuli. Prawe małe skrzydło kości klinowej złamane, a koło prawego brzegu

trzonu kości klinowej biegnie kanał ku przodowi i kończy się przed oczodołem prawym. Między oponą twardą a miękką po stronie prawej, oraz pod oponami miękkiemi, zwłaszcza prawej półkuli mózgowej obfite wynaczynienia ciemnej krwi. Podbiegnięcia te sięgają na obie, zwłaszcza prawą półkulę móżdżku, oraz most Varola i rdzeń przedłużony. Mózg prawidłowo ukształcony i zbity, w krew średnio zasobny o komórkach prawidłowych, okazuje przedni odcinek podstawy prawego płatu skroniowego i tylny odcinek podstawy płatu czołowego prawego poprzecznie rowkowato zmiażdżone i krwią podbiegnięte. Po oddłutowaniu siodełka tureckiego stwierdza się koniec kanału z tkwiącą w jego głębi tuż przy szczelinie oczodołowej górnej resztą zniekształconego pocisku ołowianego. Kość skalista lewa w zewnętrznym odcinku poprzecznie pęknięta, a pęknięcie to przechodzi i gubi się w kości czołowej po stronie lewej i w części sutkowej lewej kości skroniowej. Zresztą sklepienie i podstawa czaszki nieuszkodzone.

Krtań i tchawica z przodu rozcięte, zawierają sporą ilość krwawego płynu. Oba płuca wolne. Opłucne gładkie z kilku drobnemi wynaczynionkami, wszędzie powietrzne, na przekroju blade, w krew mało zasobne. W grubszych oskrzelach treść krwawa.

Worek osierdziowy i nasierdzie gładkie, cienkie. Serce prawidłowo wielkie, zawiera nieco krwi płynnej. Zastawki, wsierdzie i błona wewnętrzna tętnic gładkie, lśniące. Mięsień serca jędrny, blady.

Wątroba górną powierzchnią nieprawidłowo z przeponą licznemi zrostami złączona, podobnie jak śledziona, oraz obie nerki, prawidłowo wielka, w krew dość zasobna, jędrna.

Język, gardło, połyk bez zmian. W żołądku skąpa treść płynna o wyraźnej woni alkoholu, błona jego śluzowa blada. Jelita cienkie i grube zawierają swoistą treść, błona ich śluzowa blada, bez zmian. Moczowody drożne. Pęcherz moczowy próżny, blady. Macica prawidłowo wielka, błona jej śluzowa blada, obie trąbki rozdęte; lewa śluzowym płynem, prawa żółtą gęstą treścią wypełniona. W lewej błona śluzowa blada, w prawej żywo nastrzykana, czerwona. Pochwa dziewiczo pofałdowana, błona dziewicza zachowana, płatowo-strzępiasta. Przedsionek nieuszkodzony. Otrzewna ścienna i jelitowa gładka, cienka, blada.

Kości tułowia i kończyn nieuszkodzone.

Orzeczenie: Przyczyną śmierci stało się zmiażdżenie mózgu i krwotok śródczaszkowy, wywołane postrzałem zadanym z broni palnej, n. p. rewolweru, jednolitym pociskiem ołowianym. Wobec znacznego krwotoku czaszkowego, pęknięcia czaszki i uszkodzenia mózgu pomoc lekarska nie była zdolna zapobiedz zejściu śmiertelnemu, które musiało szybko nastąpić.

Z uwagi na usadowienie rany postrzałowej w skroni prawej, na osmalenie sadzą brzegów rany i kanału postrzałowego, dowodzące, iż strzał ugodził denatkę z blizka, wreszcie z uwagi na osmalenie sadzą palca wielkiego i wskazującego ręki prawej nic sprzeciwia się na podstawie doświadczenia sądowo-lekarskiego nic przyjęciu samobójstwa.

Części płciowe denatki dziewicze, nie przedstawiały żadnych śladów, zwłaszcza świeżo dokonanego obcowania płciowego.

Zmiana opisana pod d) jest następstwem wstrzykiwania eteru w celach ratunkowych.

Świadków zajścia ukarano za występek zaniedbania przeszkodzenia samobójstwu i za niedozwolone noszenie broni. Tymczasem w czasie głośnej rozprawy przeciw redaktorowi dziennika »Naprzód« o obrazę czci, przeprowadzonej wskutek oskarżenia wniesionego przez J. Borowską wyszło na jaw, że ś. p. Anna miała zginąć z ręki K., który ją miał wobec tajnego komitetu w Paryżu obwinić o zdradę związku. Sąd związku miał wydać na nią karę śmierci i miał polecić K. wykonanie go. Tymczasem, jak wiadomo, znalazł się potem K. na liście ajentów-prowokatorów, ogłoszonej przez Bakaja i Burcewa.

IV. Uwagi epikrytyczne.

Powyższe trzy opisane przypadki mają dwie wspólne cechy, t. j. jednę i tę samą przyczynę śmierci, mianowicie ranę postrzałową i to, że śmierć ofiar nastąpiła w obecności jednego świadka w dwóch pierwszych przypadkach, względnie w obecności kilku świadków w trzecim przypadku. Ta ostatnia okoliczność musiała obudzić podejrzenie, że nie zachodzi samobójstwo, lecz zbrodnia, albowiem, jakkolwiek doświadczenie sądowo-lekarskie zna notoryczne przypadki samobójstwa przez postrzał, dokonane wobec świadków, przecież większość samobójców odbiera sobie życie na osobności. Pod tym względem mogło być podejrzenie zbrodni mniej uzasadnione w trzecim przypadku, ile że popełnienie jej wobec większej liczby świadków wydać się musi mało uzasadnione zwłaszcza, jeżeli się nie uwzględni wyjątkowych okoliczności, jakie miały w myśl późniejszych rewelacyi zachodzić w tym przypadku, t. j. że świadkowie zajścia, związani wspólnością celu, mieli być wykonawcami wyroku tajnego sądu.

Pomijając te okoliczności, w chwili ekspertyzy lekarskiej przeważnie nieznane, należy się zastanowić nad czynnikami tymi, które ekspertyza lekarska powinna była uwzględnić i na nich się oprzeć.

Otóż wiadomo, że w przypadkach gwałtownej śmierci ucieka się znawca przy roztrząsaniu pytania, co do możliwej winy drugich osób, do wyników ogólnego doświadczenia. Doświadczenie to bowiem poucza, że pewne sposoby zadania gwałtownej śmierci bywają wyłącznie wybierane przez zbrodniarzy, a nigdy, lub tylko wyjątkowo, przez samobójców. Broń palna stanowi wedle odnośnego doświadczenia zwykłe śmiercionośne narzędzie samobójców, a wyjątkowo tylko morderców, gdyż użycie jej łączy się z hukiem a huk, jak trafnie zauważają Casper i Liman, jest zdrajcą. Pomijając przypadki tak zwanego podwójnego samobójstwa, t, j. morderstwa popełnionego przez jedną osobę na drugiej za jej zgodą zwykle i wolą, a następnie samobójstwa samego mordercy, są przypadki zwykłych morderstw przez postrzał rzadkie. Wedle zestawienia Schäfera[2]) z r. 1894 przypadło 25 morderstw przez postrzał na 771 samobójstw, bronią palną dokonanych, wedle zestawień Stappenbecka[3]) odsetka morderstw przez postrzał wynosiła 5, odsetka samobójstw 41, wedle wreszcie statystyki pruskiej za rok 1900 pierwszej przypadła odsetka 7·5, drugiej 12·5[4]). Według zestawień statystycznych Hofmanna[5]), Strassmanna[6]) i Puppego[7]) samobójstwu przez postrzał przypada już trzecie miejsce, wedle statystyki naszego zakładu sądowo-lekarskiego nawet drugie miejsce. Jak więc z tych danych przez doświadczenie wynika, była w opisanych trzech przypadkach wskazana ostrożność oceny, gdyż choć samobójstwa przez postrzał są bardzo częste, zdarzają się przecież przypadki śmierci z postrzału, zadane ręką drugiej osoby.

Ekspertyza musi tedy w takich przypadkach sięgnąć do innych kryteryów. Okoliczności, tyczące się miejsca czynu i czasu były we wszystkich trzech przypadkach bez znaczenia dla rozstrzygnięcia pytania w kierunku winy. Brakło również śladów innych obrażeń na ciele zwłok, któreby, jako ślady walki wytłómaczone, przemawiały za winą trzecich osób. Jednem słowem mogły w opisanych trzech przypadkach rozstrzygać pytanie w kierunku samobójstwa lub zbrodni tylko cechy samego śmiertelnego zranienia, a mianowicie jego usadowienie, wejrzenie i kierunek kanału. Usadowienie rany postrzałowej było we wszyst-

kich trzech przypadkach takie, jakie się zauważa zwykle w przypadkach notorycznego samobójstwa. A jeżeliby nawet usadowienie rany postrzałowej na ciele Dra Lewickiego uznało się za atypowe o tyle, że rana mieściła się na granicy między skronią a guzem czołowym, to i tak szczegół ten nie może stanowić dowodu, wykluczającego możliwość samobójstwa, jak to słusznie zaznacza w ostatnich czasach Rehberg [8]): »Die Bedeutung eines abnormen Einschusses lässt sich dahin zusammenfassen, dass er bei Selbstmord zwar selten ist, aber sehr wohl bei Schädelschüssen vorkommen und mitunter auch motivirt sein kann, und dass ihm daher allein eine entscheidende Beweiskraft gegen Selbstmord nicht zukommt«. W przypadkach w istocie atypowego usadowienia rany postrzałowej na ciele, a za takie nie może jeszcze uchodzić usadowienie rany śmiertelnej na głowie Dra L., musi się zdaniem Maschki, jeśli się ma wykluczyć możliwość samobójstwa, wykazać, że denat nie był w stanie sam dosięgnąć ręką uzbrojoną w broń palną miejsca śmiertelnie zranionego. Tymczasem co do ran postrzałowych głowy postulat Maschki jest bez znaczenia, gdyż, jak to słusznie zaznacza Rehberg: »beim Selbstmord am Schädel ist jeder Einschuss möglich und auch bereits beobachtet«, a w końcu swej pracy zamieszcza tezę: »Die Lage des Einschusses kann Selbstmord nie ausschliessen«.

Przebieg kanału postrzałowego jest słusznem zdaniem Rehberga w tej mierze również bez znaczenia, gdyż nie dozwala on w żadnym przypadku wysnuć pewnego wniosku co do kierunku, w jakim był zadany strzał. Zresztą kierunek kanału postrzałowego w zwłokach ś. p. Dra L. i ś. p. Anny R. był takim, jakim on bywa w przypadkach niemal codziennych samobójstw przez postrzał. Kierunek zaś kanału postrzałowego na zwłokach ś. p. Zenony nie wykluczał możliwości zadania sobie tej rany ręką prawą lub lewą denatki.

Jedynym szczegółem, który pozwala wykluczyć samobójstwo, jest możność wykazania, że strzał śmiertelny zadany był z takiej odległości, która dla ręki denata była niedostępna. W każdym więc przypadku rany postrzałowej jako przyczyny śmierci, musi znawca dochodzić, czy strzał zadany był z bliska, to jest, czy mógł być zadany ręką denata, czy też padł z odległości dla ręki jego niedosiężnej. Znane dostatecznie cechy rany zadanej strzałem z pobliża, stanowią niezbity dowód takiego strzału, jeżeli tylko wogóle cechy te w istocie zachodzą, albowiem znanem jest dostatecznie, że cech tych można nie znaleść, mimo iż strzał był zadany z bliska. Stąd też, słusznem zdaniem Rehberga, brak tych cech nie pozwala jeszcze bezwzględnie wykluczyć możliwości strzału z pobliża. Przypadki braku tych cech mimo postrzału z pobliża podaje Rehberg tak z odnośnego piśmiennictwa, jak i z kazuistyki zakładu sądowo-lekarskiego w Berlinie. W drugim i trzecim przypadku, opisanym tu przezemnie, dały się stwierdzić zaczernienia sadzą brzegów rany, jako dowody małej odległości, z której musiał paść strzał śmiercionośny, wobec czego odpadło ostatnie kryteryum, któreby dozwoliło wykluczyć w nich możliwość samobójstwa.

W przypadku śmierci ś. p. Dra L. nie brakło również cech postrzału z pobliża, a nawet były one, pomimo użycia browninga z ładunkiem złożonym z bezdymnego prochu, o wiele wyraźniejsze, niż w dwóch dalszych omówionych przypadkach, w których wchodziły w grę zwykłe rewolwery z ładunkiem, złożonym ze zwykłego, wiele sadzy dającego prochu. Cechy te dozwoliły nawet określić na podstawie odpowiednich doświadczeń z krytycznym browningiem w przybliżeniu odległość, z jakiej mógł był paść strzał dla ś. p. Dra L. zabójczy.

Ponieważ cechy postrzału z pobliża zadanego z nowoczesnej broni o ładunku złożonym z bezdymnego prochu są jeszcze mało znane, przeto nie od rzeczy będzie omówić je na podstawie naszego doświadczenia łącznie z wynikami badań, podjętych w tym względzie przez W. Meyera [9]).

Zasadniczą różnicę między postrzałem z pobliża, zadanym nabojem złożonym z prochu zwykłego, a bezdymnego, stanowi jakość i natężenie osmalenia sąsiedztwa rany sadzą. Gdy wedle Meyera proch zwykły daje osad sadzy jeszcze przy strzale z odległości jednego metra, to proch bezdymny nie daje go już przy strzale z odległości połowy metra. Zarazem ma osad sadzy prochu bezdymnego zabarwienie jaśniejsze, szare w przeciwieństwie do czarnego zabarwienia osadu sadzy zwykłego prochu. Osad sadzy zwykłego prochu daje się zupełnie i z łatwością usunąć zapomocą wody, osad sadzy prochu bezdymnego zwykle przy pomocy mydła z trudnością tylko i często niezupełnie. Proch bezdymny nie wywołuje wbicia się w otoczenie rany ziaren niespalonych, jak to czyni proch zwykły, natomiast zauważa się tylko naloty biało-szare, w powierzchni skóry utwierdzone. Takie naloty znaleźliśmy w otoczeniu rany śmiertelnej na zwłokach Dra L., a po ich usunięciu stwierdziliśmy w tych miejscach powierzchowne wynaczynionki. Szare osmalenie sadzą otoczenia rany uzyskiwał Meyer po strzale z pistoletu browninga tylko wtedy, gdy strzał godził najwyżej z odległości 5 cm., wspomniane zaś naloty jeszcze przy strzale z odległości 10 cm.

Ten wynik doświadczeń Meyera potwierdziły także nasze doświadczenia, wykonane z Drem Jankowskim przy pomocy browninga Dra L. Jeźli jednak w orzeczeniu naszem mimo braku osmalenia sadzą otoczenia rany Dra L. oświadczyliśmy się za odległością 5 cm., z której mógł był paść strzał krytyczny, to oświadczenie nasze oparliśmy na doświadczalnie oznaczonej przestrzeni rozrzucenia nalotów prochu i na tym śledztwem stwierdzonym fakcie, że rana śmiertelna Dra L. była wielokrotnie ścierana i opatrywana, zatem nieznaczny osad sadzy mógł być przytem zmyty. Dodać tu trzeba, że wedle Meyera osad sadzy niektórych gatunków prochu bezdymnego daje się zmyć, przyczem naloty mimo to mają pozostać nieusunięte, jak to właśnie było u Dra L.

Zgodnie z wynikiem oględzin rany śmiertelnej Dra L., której brzegi nie były oparzone, ani też włosy koło niej w sposób właściwy działaniu wysokiej ciepłoty zmienione, nie znajdował Meyer ani śladów oparzenia, ani znanych zmian we włosach po strzale, danym przy pomocy prochu bezdymnego, nawet wtedy, gdy broń była prawie do celu swego przyłożona. W tem zjawisku dopatruje się Meyer słusznie zasadniczej różnicy między działaniem prochu zwykłego a bezdymnego, a zachowanie się powyższe prochu bezdymnego tłómaczy częścią tem, że proch bezdymny spala się nader szybko w lufie broni, a spalenie

jego dobiega do końca w chwili, gdy pocisk opuszcza broń, częścią zaś tem, że następuje tu szybkie oziębienie się gazów wybuchowych, których ciepłota w chwili zapalenia się prochu wynosi około 2000° C. Zdaniem Meyera ważne jest mimo to badanie mikroskopowe włosów z najbliższego otoczenia rany, zadanej z broni nabitej prochem bezdymnym, albowiem nawet wtedy, gdy na skórze niema żadnych zmian, włosy okażą się pokryte mniejszymi i większymi, bezkształtnymi szarymi grudkami (nalotami), nadającymi włosom wejrzenie piły. Grudek takich przy badaniu mikroskopowem włosów z brwi Dra L. nie znaleźliśmy wcale. Również wypadło badanie nasze krwawego wodnego wyciągu tkanek z najbliższego otoczenia rany Dra L. w kierunku obecności tlenko-węglowej hemoglobiny (objaw A. Paltaufa) ujemnie, co nas tem mniej nie uderzało, że n. p. Puppe [10]) zaznacza, iż dodatni objaw Paltaufa przy notorycznych postrzałach z pobliża wydarza się rzadko, a Puppe zaledwie raz go tylko wogóle uzyskał. Tymczasem Meyer uzyskał dodatni objaw Paltaufa w 60% swych doświadczeń z strzałami, dawanymi z broni nabitej prochem bezdymnym. Objaw ten, już makroskopowo nieraz widoczny (krążek jasno-czerwony dookoła początkowej części kanału postrzałowego) bywał, zdaniem Meyera, najwyraźniejszy po strzale z odległości 2 cm., po strzałach z browninga z odległości większej, niż 5 cm. bywał on niestałym. Jakkolwiek ten ostatni szczegół, że objaw Paltaufa po strzale z browninga, padającym z odległości większej, niż 5 cm., bywa niestałym, przemawiałby w przypadku naszym śmierci Dra L. za tem, że strzał ugodził Dra L. z odległości większej, niż 5 cm., skoro objaw Paltaufa nie dał się stwierdzić, to przecież oznaczenie odległości tego strzału w orzeczeniu naszem na 5 do 6 cm. na podstawie rozległości rozrzucenia nalotów prochu nie było jeszcze nieuzasadnione, albowiem sam Meyer co do wartości znaczenia objawu Paltaufa oświadcza w końcowych swych uwagach wyraźnie: »Das Fehlen desselben (objawu Paltaufa) spricht aber durchaus nicht gegen einen Nahschuss«.

Na jeden szczegół zwraca jeszcze Meyer uwagę co do nowoczesnej broni. Powiada on w końcu swej rozprawy: »einen bösen Verräter können die leeren Hülsen der automatischen Pistolen, Browning u. s. w. abgeben, da sie selbsttätig nach dem Schuss aus der Kammer harausgeschleudert werden und einige Schritte seitwärts liegen bleiben. Unter Umständen kann aus der Lage der Hülse ein Schluss auf den Standpunkt des Schützen gezogen werden«. Na szczegół ten zwróciliśmy też uwagę naszą w przypadku śmierci Dra L. Zaraz przy pierwszych sądowo-lekarskich oględzinach miejsca czynu znaleziono łuskę naboju, który zadał śmierć Drowi L., przy ścianie za otomaną. Wedle wyników późniejszych doświadczeń z tą samą bronią należało przyjąć, że strzał, po którym łuska automatycznie w powyższe miejsce odrzuconą została, mógł być zadany w skroń zmarłego w chwili, gdy Dr L. leżał na otomanie z twarzą ku ścianie, a więc że nie mógł był paść w czasie zajmowania przez Dra L. pozycyi siedzącej, jak to utrzymywała obwiniona. Z tego umieszczenia łuski wystrzelonego naboju możnaby było w danym przypadku wnosić, że strzał padł w chwili, gdy denat spał, a więc że strzał zadała ręka drugiej osoby. Niestety wniosku tego nie mogliśmy stanowczo wysnuć, a to dlatego, że przed dokonaniem oględzin, w czasie których łuskę w oznaczonem miejscu znaleziono, szereg osób już przesunął się był przez sypialnię Dra L. jako przez miejsce czynu, oraz że właśnie z miejsca znalezienia tej łuski usunięto nieopatrznie poprzednio siennik, na którym w czasie zajścia spał pies denata. Tak więc nie można było wykluczyć tej możliwości, że łuskę krytycznego naboju przesunięto w miejsce jej znalezienia już później przypadkowo i niepostrzeżenie, że zatem spoczęła ona w tem miejscu nie zaraz po strzale, a tylko w tym ostatnim razie, gdyby dowiedzionem było, że łuska padła w to miejsce po strzale, dowodziłaby ona śmierci Dra L. z ręki zbrodniczej.

Okoliczność powyższa dowodzi raz jeszcze w sposób dosadny, jak ważną jest rzeczą, aby oględziny miejsca czynu były jak najwcześniej dokonywane przez komisyę sądowo-lekarską i aby do czasu jej przybycia zapobieżono wejściu osób innych i usuwaniu, względnie przemieszczaniu przedmiotów w miejscu takiem znajdujących się. Kazuistyka odnośna uczy dosadnie, do jak fatalnych następstw prowadzi tak nieopatrzne postępowanie na miejscu przed przybyciem komisyi śledczej.

Piśmiennictwo. 1) H. Gross: Kriminalistische Tätigkeit und Stellung des Arztes w Dittricha Handb. der ärztl. Sachverständigen-Tätigkeit. T. I. Wien. Leipzig, 1908. S. 277. — 2) Vierteljschr. f. gerichtl. Med. T. 19. 1900. — 3) i 8) Ibidem. 1910. T. 39. — 4) Lochte: Beiträge zur Unterscheidung von Mord und Selbstmord. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1910. Nr 12. — 5) Lehrb. d. gerichtl. Med. VII. Aufl. Wien, Leipzig. 1895. — 6) Lehrb. d. gerichtl. Med. Stuttgart, 1895. — 7) Schmidtmann: Handb. d. gerichtl. Med. Berlin, 1907. T. II. — 9) Vierteljschr. f. gerichtl. Med. 1909. T. 35.

Oceny i sprawozdania.

Adam Wrzosek. **Jędrzej Śniadecki.** Życiorys i rozbiór pism. T. I. str. 331, T. II. str. 406. Kraków, 1910. Nakładem Akademii Umiejętności.

Nareszcie wybitna postać Jędrzeja Śniadeckiego doczekała się wybitnej monografii. Dwutomowe dzieło prof. Wrzoska, nagrodzone przeszło rok temu w rękopisie przez Akademię Umiejętności, wydrukowane jednak dopiero niedawno, kładzie raz na zawsze kres wypowiadaniu dowolnych sądów, ogólników i frazesów, jakie aż do tej pory wychodziły z pod prasy bądź w dziennikach, bądź w naukowych rozprawach na temat Jędrzeja Śniadeckiego. Pod względem gruntowności badania, ścisłości wywodów i wszechstronności opracowania wszechstronnej działalności Śniadeckiego monografia Wrzoska jest poprostu znakomita.

Szczególnie podnieść i podkreślić należy rzecz, pozornie nietrudną, przygodnemu czytelnikowi nawet w oczy nie wpadającą, a jednak wymagającą największego nakładu pracy i zasobu twórczości i najważniejszą, mianowicie metodę opracowania historycznego. Przeważna część wychodzących u nas i zagranicą rozpraw z historyi medycyny poprzestaje na zbieraniu materyałów historycznych, na pracy analitycznej. Jednakże to jest dopiero połowa roboty, nie znamionująca jeszcze historyka. W drugiej połowie dopiero musi historyk wyprowadzić z zebranego materyału wszystkie wnioski, jakie są do wyprowadzenia, i, o ile one tworzą jednolity temat, dokonać z nich syntezy i przedstawić całość w jednolitym obrazie, genetycznie, na pewnem tle historycznem. I to jest naprawdę rzecz najtrudniejsza. Lekarz przyrodnik, przyzwyczajony do zupełnie innej drogi myślenia, musi się raz przełamać, zanim uchwyci właściwy

bieg opracowań historycznych. I dlatego właśnie, że historyczna metoda, stosowana od lat kilkudziesięciu w monografiach ogólno-historycznych, jest dla lekarza rzeczą trudną i w rozprawach z historyi medycyny rzeczą rzadką, dlatego metodę tę należy szczególnie podkreślić w monografii o Jędrzeju Śniadeckim.

Zapewne, nie było jeszcze recenzenta, któryby się we wszystkiem zgodził z autorem, jak też i nie było jeszcze autora, któryby stworzył rzecz wszechstronnie doskonałą. Chcę poruszyć tu tylko parę rzeczy ogólniejszych.

Czytając po raz pierwszy jednym tchem zajmujące dzieło, widzi się może, że niektóre rzeczy lepiejby było umieścić nie w głównym tekście, ale na dole w przypiskach, te mianowicie, które nie tworzą bezpośrednio głównego tematu dzieła. Przez to postać Jędrzeja Śniadeckiego wypadłaby tylko plastyczniej. Do takich rzeczy należy n. p. porównanie skąpca Bieńkuńskiego do Pluszkina, postaci z »nieśmiertelnego dzieła Gogola »Martwe dusze« (I. 145), albo opis na trzech stronicach stosunku miłosnego pani Chołoniewskiej z bratem Jędrzeja Janem Śniadeckim (I. 236—239). Miałem przy czytaniu wrażenie, że to odrywa uwagę czytelnika od postaci bohatera.

Tym samym sposobem wpada w oczy pewna niejednolitość charakterystyki, pisanej w różnych czasach. Nie można bowiem raz powiedzieć »Śniadecki nie chwytał przedwcześnie za pióro; we wszystkich jego pismach naukowych widać umysł autora zrównoważony, sąd o rzeczach dojrzały« (I. 45); a gdzieindziej znowu mówić »Snać pospieszył się Śniadecki z ogłoszeniem wyniku swych badań, gdyż wkrótce się okazało, że (odkryty przezeń metal) vesticum wcale nie istnieje, rzekome zaś odkrycie Śniadeckiego polegało na jakimś błędzie w analizie« (I. 109). Przecież Śniadecki, dopuszczając się tej pomyłki, miał lat 40, więc był w okresie, ważnym w charakterystyce.

Z drugiej strony zdaje mi się, że autor dzieła nie powiedział nam wszystkiego, co myślał o Śniadeckim. Nie wierzę w to, żeby autor miał nie próbować charakterystyki Śniadeckiego ze stanowiska patologii. Bo cóż to był za dziwny człowiek ten Śniadecki, który ciągle chorował, wiecznie kwękał, myślał często o śmierci, a mógł tyle i tak wszechstronnie pracować i ostatecznie przeżył lat 70? Jakaż to choroba tak go często trapiła? Tego pytania autor wcale nawet nie postawił. A szkoda. Wszak jesteśmy w medycynie i mówimy o lekarzu, więc choroba nas obchodzi. Ja osobiście, czytając dzieło, miałem ciągle wrażenie, że Jędrzej Śniadecki, to był porządny neurastenik. I to była, zdaje się, jego główna choroba, występująca, jako częsty ból głowy, ogromna wrażliwość, częste zajmowanie się swoją chorobą, czasem prawie hypochondrya. Do tego mogły się przyłączać inne choroby, może tylko krótkotrwałe: żółtaczka z powodu kamicy (»zapadł na żółtaczkę z niezmiernemi w kiszkach bolami« I. 125), fluksye z powodu zepsutych zębów i in. Żeby na to pytanie dać wyczerpującą odpowiedź, trzebaby zapewne mieć znowu w ręku cały istniejący po świecie materyał o Śniadeckim. I szkoda może, że autor więcej nie wydał, gdyż nawet wiadomości, co Śniadecki jadał, pominięte z umysłu przez autora, mogłyby się tutaj nam przydać do dalszej charakterystyki.

Na jedno jeszcze nie mogę się żadną miarą z autorem zgodzić. Ocenę całej działalności Śniadeckiego, jako klinicysty, autor kończy w następujący sposób: »Gdybyśmy mogli cudem wskrzesić Śniadeckiego z temi wiadomościami, z jakiemi poszedł on do grobu, i gdybyśmy mu teraz powierzyli kierownictwo kliniki chorób wewnętrznych, to przy wielkim jego talencie w wynajdowaniu wskazań leczniczych i przy jego prostocie w leczeniu, pomimo, że nie byłby on świadom postępu medycyny praktycznej, jaki w ostatnich siedmiu dziesiątkach lat zaszedł, zapewne wyniki lecznicze miałby nie o wiele gorsze, aniżeli te, jakiemi mogą pochwalić się współczesne kliniki chorób wewnętrznych (II. 243)«.

Autor miał w ręku ośmdziesiąt kilka historyi chorób z kliniki Śniadeckiego, więc wnosi z dużego materyału, którego ja przed sobą nie mam. Może w całym materyale są dane, uprawniające do powyższego wniosku, w tem jednak, co autor w swem dziele wydrukował, są raczej dane, dowodzące przeciwnie. Z siedmiu historyi chorób, podanych w dodatkach, w pierwszym przypadku, rozpoznanym, jako »pleuropneumonia«, chory 15-letni chłopiec w trzecim dniu choroby miał puszczoną z ręki krew w ilości 240 gramów i dostał kalomel po 0.12 co dwie godziny proszek. Czwartego dnia rano tętno było 140 i wobec tego choremu puszczono znowu 180 gm. krwi. Wieczorem tętno spadło do 120 i chory skarży się na upadek sił. Tu chory mógł być blizki porażenia serca. Jeżeli to nie nastąpiło, to w każdym razie wątpić trzeba, czy rzeczywiście uratował go przepisany zaraz emetyk (»tartarus stibiatus miserum salvavit« — pisało się w klinice Śniadeckiego). Uratował go zdrowy mięsień sercowy. A przy terapii dyetetycznej z pilnowaniem serca bez puszczania krwi, kalomelu i emetyku wynik byłby jeszcze lepszy, gdyż nie narażanoby chorego na osłabienie, przewodu pokarmowego na zepsucie, a serca na porażenie.

W podobny sposób była leczona i druga choroba »peripneumonia«.

W trzecim przypadku »phthiseos tuberculosae incipientis« dzisiejszy klinicysta zastosowałby terapię klimatyczno-dyetetyczną, a nie emetyk, i miałby lepsze i trwalsze wyniki, niż Śniadecki, którego chory wkrótce umarł.

Czwarta choroba, rozpoznana jako »carditis acuta«, nie daje żadnej gwarancyi skutecznego leczenia, gdyż choroby serca skutecznie można leczyć tylko przy bardzo starannem uwzględnianiu stanu czynności serca, o czem Śniadecki z rozpoznaniem »carditis acuta« nie mógł mieć żadnego pojęcia.

Piąty przypadek »laryngotracheitis«, prawdopodobnie błonica, był leczony emetykiem i chory umarł. Dzisiejsza seroterapia daje lepsze wyniki.

W szóstym przypadku na podstawie silnego bólu głowy, stanu języka, przyspieszonego tętna, zatwardzenia, osłabienia, trudnego odpowiadania, szczególnego wyglądu i charakteru panujących chorób rozpoznano tyfus. Oczywiście przy takich podstawach rozpoznania o pomyłkę nie trudno.

Wreszcie w ostatnim przypadku w »historia plicae« dowiadujemy się, że u kobiety lat 46, która od 6 miesięcy nie ma regularności i od 6 miesięcy czuje się chora (nie może pracować, odczuwa bóle nieokreślone, miewa bóle głowy i t. d.) rozpoznano w klinice Śniadeckiego »diathesis plicosa« i polecono jej zapuścić kołtun. Mybyśmy dziś rozpoznali »climacterium«.

Śniadecki wogóle trzem czwartym swoich chorych puszczał krew, prócz tego najchętniej dawał kalomel i emetyk, innych środków rzadko używał (II. 218). Wobec tak wielkich różnic między medycyną Śniadeckiego a dzisiejszą, — twierdzenie, że Śniadecki miałby wyniki terapeutyczne nie o wiele gorsze, niż dzisiejszy klinicysta, jest według mego zdania zupełnie mylne.

To są zarzuty, które recenzent musiał uczynić autorowi; zresztą, zarzuty, które prawie giną w mnóstwie wysokich rzetelnych zalet monografii. Dzięki Wrzoskowi możemy uważać za rzecz dowiedzioną, że Śniadeckiego dzieło »Teorya jestestw organicznych« w przekładach obcych wywarło niemały wpływ na uczonych niemieckich, zwłaszcza na Jana Müllera, uważanego za twórcę dzisiejszej biologii. Wykazanie związków między nauką Śniadeckiego a nauką późniejszych uczonych niemieckich, przeprowadzone ściśle, rozważnie, bez cienia przesady, a z wielkim nakładem pracy i erudycyi, jest zdobyczą naukową ogromnej wartości.

I mnóstwo innych nowych a ważnych rzeczy dowie się czytelnik z monografii Wrzoska. Oto »Śniadecki był pierwszym w Polsce lekarzem, który stworzył systemat me-

dyczny, a do tego systemat oparty na pewnym fundamencie... Stąd posiada Śniadecki, jako patolog, duże w historyi medycyny polskiej znaczenie, które dotychczas było niemal całkowicie zapoznawane«.

Jednocześnie Wrzosek wykazuje nam nici, łączące myśli Śniadeckiego z myślami Chałubińskiego, a więc i z naszemi, rzecz ciekawa i ważna, bo mamy tym sposobem rodzimą tradycyę w medycynie, trwającą już prawie całe stulecie [II. 206 i nast.].

Rozbiór działalności publicznej Śniadeckiego, ukazując nam męża rzadkich cnót obywatelskich, sprawić może każdemu czytelnikowi prawdziwą rozkosz. Postać Śniadeckiego obywatela, chłoszczącego bez litości, choć z humorem, wady ojczyste, jest typem, który po wszystkie czasy godny będzie naśladowania.

Władysław Szumowski.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

K. Goldstein. **Polyglobulia i rozmięknienie mózgu.** (Med. Klinik. 18. IX. 1910). Autor opisuje przypadek, dotyczący chorego, dotniętego oddawna wiądem rdzenia, niezupełnie rozwiniętym, u którego w r. 1900 zjawiła się postępująca sinica nosa. W r. 1903 chory przebył lekki udar mózgowy bez utraty przytomności, w następstwie którego pozostały utrudnienie artykulacyi i niedowład. W r. 1906 zaczął chory chudnąć, cierpiał na zawroty głowy tak, że musiał pozostać w łóżku z powodu postępującego osłabienia kończyn po stronie lewej. Miewał też gwałtowne bóle głowy i napadowe wymioty. Sinica rozszerzyła się na całą twarz, przedramiona, ręce, gardło i język. Żyły po lewej stronie klatki piersiowej były rozszerzone. Po stronie niedowładnej stwierdzono osłabienie czucia. Chory okazywał ogólną apatyę. W r. 1909 odczuwał chory żywe bóle w ręce prawej, następnie zauważono szkarłatne plamy, pęcherze i strupy na plecach. Wątroba i śledziona były nieco powiększone, drugi ton nad tętnicą główną nieco zaostrzony. Tętnice sprychowe okazywały niewielkie stwardnienie. Parcie krwi było wzmożone; krew zawierała średnio 8 milionów ciałek czerwonych i 16,000 białych. Wśród tego wytworzyła się zgorzel palca wielkiego stopy; musiano go amputować. Chory coraz bardziej podupadał umysłowo, bywał podniecony i groził samobójstwem. Wreszcie zmarł w śpiączce po udarze mózgowym z porażeniem połowiczem prawem.

Badanie pośmiertne wykazało rozszerzenie i nastrzykanie naczyń krwionośnych w różnych narządach. Szpik kostny był czerwony, nie zawierał jednak krwinek czerwonych jądrzastych, których też nie było i we krwi. Stwierdzono wodogłowie zewnętrzne, ugniatające wyraźnie powierzchnię mózgowia, na którego oponie miękkiej były liczne miejsca opalizujące. W płacie skroniowym prawym było stare dość rozległe ognisko rozmięknienia, podobnie też w reszcie mózgowia były liczne drobne rozmiękłe ogniska. Komórki kory mózgowej okazywały tylko niewielkie zmiany. Z wyjątkiem prawej tętnicy zatoki Sylwiusza, żadna tętnica ani większa ani mniejsza nie okazywała zwężenia światła. Nie znaleziono też nacieków okołonaczyniowych, składających się z komórek plazmatycznych. Drobniuchne ogniska rozmięknienia wywołała tu zatem inna przyczyna. Autor dopatruje się jej w zatkaniu najdrobniejszych zakończeń tętniczych ciałkami krwi. W istocie u chorych na polyglobulię zostaje wzmożona lepkość krwi zrównoważona, co się tyczy jej obiegu, przez przerost serca, czego jednak w tym przypadku nie było. Zdaniem autora, nadmiernie liczne krwinki pozapychały zupełnie naczynia, czego wynikiem było i rozmiękanie ogniskowe tkanki mózgowia i pęcherzyki i zgorzel na kończynach. Stahr.

Fr. Bering. **Przyczynek do sprawy symbiozy kiły i gruźlicy.** (Med. Klinik. 25. X. 1910). Współistnienie kiły i gruźlicy w tych samych narządach nie jest rzadkiem zjawiskiem, jednakże niewiele znajdzie się przypadków w literaturze, dowodzących na pewno obecności tego mieszanego zakażenia. Z tego względu właśnie ciekawe są dwa przypadki, spostrzegane przez autora na klinice dermatologicznej w Kiel. Pierwszy przypadek tyczy się młodej 19-letniej kobiety, która od dzieciństwa miała nieco obrzękłe gruczoły karkowe, nigdy jednak gruczoły te nie sprawiały bólu, ani też nigdy nie okazywały objawów zapalnych. W kilka tygodni po porodzie zauważyła ta chora osutkę na całem ciele, która na przemian już to bladła, już to na nowo się zjawiała. W jaki rok potem obrzękł lewy gruczoł podszczękowy w ciągu 15 dni, przyczem zjawiły się bóle i zaczerwienienie skóry. Lekarz, do którego się chora zwróciła po poradę, naciął guz i wypuścił nieco gęstej ropy. W kilka tygodni później przyjęto chorą na klinikę i stwierdzono wtedy u niej wyraźne objawy drugorzędnej kiły (osutkę guzkową na udach, piersiach i brzuchu, kłykcinę na lewym migdałku, obrzęk charakterystyczny gruczołów w pachwinie, w pasze, na karku i w przegubie łokciowym i t. d.) obok twardego obrzęku gruczołów pod i za szczęką. Jeden z tych gruczołów wydobyto i w środku jego znaleziono zserowaciałe ognisko. Zaszczepienie kawałka tej zserowaciałej tkanki śwince morskiej dało wynik dodatni. — W drugim przypadku szło o 21-letniego mężczyznę, który w jakie 3 miesiące po zakażeniu się kiłą, okazywał obrzęk gruczołów podszczękowych, z początku po stronie lewej, a później po prawej. Po dniach pięciu dosięgnął obrzęk wielkości kurzego jaja i równocześnie zjawiła się gorączka, wahająca się między 38° i 39° C. Obrzęk ten nacięto i z wnętrza jego dobytą ropę i strzępy tkanki zaszczepiono śwince morskiej, z wynikiem dodatnim. W 3 miesiące później stwierdzono u chorego gruźlicze zajęcie obu szczytów płucnych. Należy zaznaczyć, że w obu przypadkach gruźlica u tych chorych pierwej się nie przejawiała. U pierwszej chorej istniał co prawda od lat dziecinnych nieznaczny obrzęk gruczołów karkowych, ale nigdy w nich nie toczyła się sprawa ostra. W drugim przypadku, zdaje się, sprawa gruźlicza w gruczołach rozwinęła się w toku kiły, przed zachorowaniem uznano bowiem chorego zdolnym do służby wojskowej. Autor skłania się do zdania, że zastosowanie rtęci u drugiego chorego od samego początku choroby przyspieszyło zropienie gruczołów. Gruźlica okazuje na ogół pod wpływem kiły zaostrzenie mniej lub więcej wyraźne. Stahr.

Römheld. **Niebezpieczeństwa leczenia jodem. Wrażliwość na jod. Jod-Basedow.** (Medizin. Klinik. 1910. Nr 49). R. przestrzega przed nieostrożnem podawaniem jodu, który, jak to wykazał niedawno Kader, nieraz wywołać może ukrytą chorobę Basedowa. Zwłaszcza wydarza się to u osób otyłych, u których w rodzinie jest wole lub choroba Basedowa, i u chorych na cukrzycę. Wywołana przez jod choroba zaczyna się biegunkami, podniesieniem ciepłoty i chudnięciem mimo wielkiego nieraz apetytu. Dawka jodu jest nieobliczalna. R. spostrzegał podobne objawy już po zewnętrznem użyciu jodu, np. w maści stosowanej na wole. Tak samo działać mogą także przetwory gruczołu tarczowego. Leczenie takie, jak w chorobie Basedowa; w przypadkach ciężkich surowica Möbiusa. K.

Rybak. **O własnościach, sposobie działania i wartości kalomelu jako leku wewnętrznego.** (Therap. Monatshefte 1910, IX. str. 501). Doświadczenie i spostrzeganie kliniczne doprowadziły autora w tej sprawie do następujących (na pewno przesadnych) wniosków: 1) Kalomel działa często nawet w małych dawkach, jak gwałtowna trucizna. 2) Dotychczas ogłoszono już 14 zejść śmiertelnych po stosowaniu zwykłych dawek kalomelu, w których stwierdzono zwykłe objawy zatrucia rtęcią. 3) Dlaczego kalomel, podawany nawet w zwykłych dawkach, może wywołać ostre zatrucie, niewiadomo, to też każdy chory, zażywający kalomel, naraża się na zatrucie. 4) Często podaje się kalomel

w zaparciu, chociaż nie jest on wcale skuteczniejszy, niż cały szereg innych, wcale nie niebezpiecznych środków przeczyszczających. 5) Działanie moczopędne kalomelu polega na podrażnieniu nabłonka nerkowego, co może wywołać nawet zwyrodnienie miąższowe. To działanie moczopędne najczęściej spotkać można w toku obrzęków, towarzyszących niewyrównanym wadom sercowym, — jednakże właśnie w tych samych przypadkach chorobowych zdarzały się zatrucia śmiertelne. 6) Działanie żółciopędne, przypisywane kalomelowi, zgoła nie istnieje. 7) Kalomel nie działa też wcale jako środek odkażający przewód pokarmowy. — Wogóle, zdaniem autora, kalomel powinien być zarzucony jako środek wewnętrzny. (Na taki wniosek niepodobna się zgodzić. Przyp. spraw.). Stahr.

Doc. Müller. **Stawonogi jako przenosiciele chorób.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 46). Stawonogi (arthropoda) zajmują lekarza pod wielu względami. Jedne, jak skorpiony, niektóre pająki i t. p. są jadowite, inne pasorzytują na człowieku, wywołując mniej lub więcej uciążliwe cierpienia. Nie brak też i pożytecznych, niszczących szkodliwe zwierzęta. W końcu dość obszerna grupa obejmuje stawonogi, przenoszące czynniki zakaźne. Chodzi tu zwykle o przewleczenie drobnoustrojów drogą mechaniczną, t. j. na kończynach, skrzydłach, szczękach, rzadziej o rozwijanie się w ciele stawonoga drobnoustrojów (n. p. pasorzyta zimnicy u samicy widlisza). — Drobnoustroje duru, cholery, czerwonki przenoszą często na człowieka muchy. ewent. osy i mrówki. Dlatego też w szpitalach należy tępić muchy, najlepiej nalewając na talerzyki mleko z dodatkiem formaliny. Znaną jest rzeczą, że przy zakażeniu morem odgrywają wielką rolę pchły. Pchła wysysa ze szczura do 5000 drobnoustrojów, które wykazać potem można w jej w żołądku. Gdy szczur padnie, w 24 godzin opuszczają pchły zwłoki i mogą żyć w głodzie 8—14 dni. Spotkawszy człowieka, osiedlają się na nim i zakażają go. Podobnie przenosi się cholera drobiu i wąglik owiec (przez wszy). Także krętki przenoszą najczęściej stawonogi, n. p. framboezyę przenoszą muchy, dur powrotny pluskwy, wszy i kleszcze. Świdrowce (trypanosoma) przenoszą pijawki i muchy (glossina palpalis) i t. p. Znamy także przenosicieli chorób, których właściwych drobnoustrojów jeszcze nie wykryto. N. p. żółtą febrę przenosi »stegomyia fasciata«, a gorączkę pappatari (rodzaj influenzy) »phlebotomus pappatari«, zaś gorączkę »dengue« »culex fatigans«. Chronienie się przed tymi owadami jest także najlepszą profilaktyką w tych chorobach. Podług ostatnich spostrzeżeń Nicollea z Tunisu można dur plamisty przenosić na małpy zapomocą wszy. Sambon twierdzi, że pellagra jest chorobą zakaźną (a nie zatruciem), przenoszoną przez muchę »simulium reptans«. Chorobę zwaną »verruga peruana« przenoszą także owady. Niektóre robaki przenoszone zotsają również za pośrednictwem stawonogów, n. p. tasiemce przez pchły psie, a motylice przez moskity. »Dracunculus medinensis« przenosi się na człowieka za pośrednictwem małych raczków z rodzaju »cyklops«, znajdujących się w wodzie do picia. W końcu swej pracy podaje wreszcie Müller dokładną tablicę najważniejszych stawonogów. K.

Netler. **Rzadkość stałego kalectwa u osób leczonych na zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych wstrzykiwaniami surowicy meningokokowej pod opony rdzeniowe.** (Soc. méd. des hopit. 1910, 22. VII.). Autor zbadał w rok po przebyciu choroby 63 osób, wyleczonych wstrzykiwaniami surowicy. Przeważnie (70%) wyleczeni nie okazują zgoła żadnych zmian. U sześciu tylko osób zdołał N. stwierdzić stale pozostałe zmiany chorobowe: u trojga osób zupełną głuchotę, u jednej głuchotę jednostronną, u jednej osłabienie wzroku, a raz porażenie z przykurczeniami. Pewna liczba powikłań, stwierdzonych w toku choroby, lub z początkiem okresu zdrowienia znikła bez pozostawienia śladu: dwa razy głuchota, raz zanik mięśni, trzy razy schorzenia stawów. Żaden osesek, poddany leczeniu swoistemu i wyleczony, nie okazywał ani śladu wodogłowia. N. zauważył, że u pewnej liczby chorych wystąpiły potem zmiany charakteru, czasem pewna przeczulica psychiczna, czasem opryskliwość i t. d., i to mniej więcej w 20% przypadków. Wogóle nie były te zmiany ciężkie i z czasem ustąpiły. Skuteczność surowicy przejawia się zatem zarówno w tem, że rzadziej pozostaje kalectwo po przebyciu choroby i rzadziej występują powikłania, jak i w tem, że objawy choroby nie osiągają tak wielkiego, jak dawniej, nasilenia i śmiertelność z choroby jest mniejsza. Stahr.

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Ascarelli. **Leukocyty we krwi u osób zmarłych z uduszenia.** (Vierteljahrschr. f. ger. Med. T. 38. Z. 3). Doświadczenia na zwierzętach i badania zwłok topielców wykazały, że białe ciałka krwi ulegają przy śmierci z utopienia dwojakiej zmianie. Po pierwsze stwierdza się zwiększenie ilości ciałek białych jednojądrzastych, co występuje także przy innych rodzajach śmierci z uduszenia, np. przy powieszeniu. Tłómaczy się to wydaleniem leukocytów z narządów limfatycznych pod wpływem bodźca asfiksyi, który wywołuje skurcz mięśni gładkich tych narządów; oprócz tego mają działać przy śmierci z uduszenia pomocniczo skurcze mięśni prążkowanych kośćca i aspiracya do klatki piersiowej. Tylko przy śmierci z utopienia znajduje się zmniejszenie ilości krwinek białych wielojądrzastych skutkiem ich rozpuszczenia się w wodzie aspirowanej. Jądra w utrzymanych ciałkach wielojądrzastych okazują zmiany. Zmniejszenie się ich ilości występuje przy utopieniu w rozczynach soli; jest ono zaznaczone wybitniej we krwi lewej komory serca, niż prawej; krew żylna nie różni się pod tym względem od krwi serca. Wskutek obu tych zjawisk powstają zmiany w stosunku odsetkowym krwinek białych tak, że ciałka jednojądrzaste mają względną przewagę. J. Olbrycht.

E. Matzdorf. **Zatrucie chlorkiem cynku ze stanowiska sądowo-lekarskiego.** (Viertjschr. f. ger. Med. 1910. T. 39. Z. 1). Autor zestawił 40 przypadków zatrucia chlorkiem cynku, wogóle rzadkich, aczkolwiek w ostatnich czasach wskutek używania tego środka w ginekologii zdarzających się nieco częściej. Zakończyły się one w 26 przypadkach (= 65%) zejściem śmiertelnem, w 13 przypadkach (32·5%) wyzdrowieniem, w jednym przypadku wynik nieznany. Ani jednego przypadku nie można było kwalifikować jako morderstwo, natomiast przynajmniej w 6 zachodziło samobójstwo; samobójstwa zapomocą chlorku cynku zdarzają się szczególnie w Anglii wskutek nieograniczonego niczem handlu tym przetworem. W 8 przypadkach zaszły zatrucia przy użyciu chlorku cynku w celach leczniczych, zwykle przy użyciu 50% rozczynu, w jednym przypadku przy użyciu pasty. Na resztę składały się nieszczęśliwe przypadki rozmaitego rodzaju, po największej części wskutek zamienienia wód mineralnych z płynami, używanymi do celów technicznych, i to prawie wyłącznie w Anglii. Następnie omawia autor pokrótce rozmaite sposoby użycia, dawkowanie, objawy kliniczne i patologiczne i podkreśla, że chlorek cynku nie posiada żadnego charakterystycznego działania, zwłaszcza przez wessanie. Z drugiej jednak strony nieznaczna miejscowa zmiana nie wyłącza zatrucia przez wessanie. Jako przykład przytacza M. zajmujący przypadek Buttersacka, w którym po trzykrotnem zastosowaniu w odstępach kilkudniowych coraz silniejszych rozczynów chlorku cynku nastąpiła śmierć wśród objawów mocznicy bez jakichkolwiek zmian miejscowych w macicy. M. wykonał także znaczną ilość doświadczeń na zwierzętach i doszedł na ich podstawie do ciekawych wniosków, i tak: chlorek cynku nie wywiera działania żrącego na skórę z wyjątkiem skóry ucha królika. Strupy na błonach śluzowych są białe lub niebieskawo-białe (jama ustna, pochwa, macica, pęcherz, odbytnica, przełyk), albo ciemno-szare (żołądek). Rozmiękania i oddzielania się błony śluzowej, występującego w przypadkach zatrucia u człowieka, nie udało się stwierdzić do-

świadczalnie. Serce było zawsze wiotkie i obficie krwią płynną wypełnione. W moczu pojawiało się stale białko, natomiast brak składników morfotycznych. W nerkach stwierdzano przekrwienie i wybroczyny, martwicę nabłonków i czasem zapalenie kłębków. Te zmiany w nerkach, polegające na wessaniu trucizny, są proporcyonalne do przeciągu czasu, jaki upłynął od chwili zatrucia; mogą one, jak np. w przypadku Buttersacka, występować już wtedy, gdy chlorku cynku użyto w zgęszczeniach, które nie przekraczają granic dawek leczniczych. J. Olbrycht.

H. Roger i M. Garnier. **W sprawie zatrucia kwasem pruskim. Trujące działanie śródotrzewnych wstrzykiwań amygdaliny.** (Comptes rend. de la Soc. de biol. 1909. Nr 24). Jeżeli wstrzykniemy królikowi amygdalinę śródżylnie, to królik znosi dobrze ten glykozyd. Jeżeli natomiast wstrzykniemy śródotrzewnie tesame, a nawet mniejsze dawki (0·25—1·00), to występują objawy zatrucia kwasem pruskim. Z 27 zwierząt zostało przy życiu tylko 2; niektóre zwierzęta zniosły jedno lub kilka wstrzyknięć, jednak wszystkie lub prawie wszystkie uległy w końcu zatruciu. Objaśnić to można tem, że z przewodu pokarmowego przedostaje się emulsyna, zawarta w nabłonkach jelita, przez ścianę jelita do jamy otrzewnej i wchodzi w połączenie z amygdaliną. Po małej dawce występują pierwsze objawy po 1—3 godz. Zwierzę pada na bok, oddychanie zwalnia się, wydychane powietrze ma znamienny zapach. Śmierć następuje w śpiączce, którą poprzedzają często drgawki. Przy sekcyi czuć charakterystyczną woń gorzkich migdałów; krew i narządy są znamiennie żywo czerwono zabarwione. Po dawkach silniejszych rozwija się tensam obraz o wiele szybciej. R. i G. są tego zdania, że (podobnie, jak to stwierdzono co do inwertyny) zostaje także emulsyna przyciągana do jamy otrzewnej królika przez jakieś ciało, do którego posiada powinowactwo chemiczne.

Doświadczenia R. i G. dowodzą, że wstrzyknięcie jakiejś substancyi do jamy otrzewnej nie wywiera tegosamego działania, co wstrzyknięcie podskórne lub śródżylne. Modyfikacye, jakim dana substancya na jednej z tych dróg ulega, mogą zmienić zupełnie jej własności. Toksykologia doświadczalna musi się liczyć, przynajmniej u królika, z fermentami, które mogą pochodzić z błony śluzowej jelit.

J. Olbrycht.

Kurt v. Sury. **W sprawie sądowo-lekarskiego znaczenia śmierci z upływu krwi.** (Vierteljahrsschft f. ger. Med. 3. F., 1910. T. 40. Z. 3, p. 23). Autor podjął się krytyki, a częściowo także badań kontrolnych w sprawie śmierci z upływu krwi i dokonał w tym celu całego szeregu doświadczeń na zwierzętach, jakoteż zebrał bardzo liczne spostrzeżenia, poczynione na zwierzętach, bitych w rzeźniach i na zwłokach osób zmarłych z upływu krwi z rozmaitych przyczyn. Na podstawie tego doszedł do wyników, które się przedstawiają w skróceniu, jak następuje:

I. Kliniczny obraz nadmiernego upływu krwi jest zależny od szybkości upływu krwi. a) Przy powolnym upływie krwi mamy zbiór objawów, charakterystycznych dla braku tlenu w ustroju. Śmierć następuje przez wewnętrzne uduszenie z powodu braku tlenu. Zdolność wykonywania pewnych czynności przez człowieka, zmierającego skutkiem powolnego upływu krwi, trwa jeszcze czas pewien po zadziałaniu czynnika, który krwotok wywołał. b) Przy nagłym upływie krwi, np. przy pęknięciu aorty, może — ale nie musi — nagłe obniżenie ciśnienia krwi wywołać pierwotną śmierć. Odpowiednio do tego zdolność wykonywania pewnych czynności prędko znika.

II. Anatomiczne rozpoznanie śmierci z upływu krwi opiera się na: a) wybitnej niedokrwistości całego ustroju, zwłaszcza z reguły występującej w nerkach. Przeciwnie płuca, mózg i opony okazują wahania co do zawartości krwi. b) Plam pośmiertnych tylko wyjątkowo brak, a należy ich szukać na częściach ciała, wolnych od ucisku. c) Rozmieszczenie i ilość pozostałej w ustroju krwi stoi w odwrotnym stosunku do szybkości upływu krwi.

III. Przy obrażeniach pośmiertnych lub w przypadkach rozkawałkowania zwłok nie przedstawiają zwłoki obrazu charakterystycznego dla śmierci z upływu krwi. W przypadkach gnicia zwłok lub wyługowania części zwłok w wodzie nie można rozpoznawać śmierci z upływu krwi.

IV. Wybroczyny pod wsierdziem uważa autor za zjawisko pośmiertne, w przeciwieństwie do dotychczasowych zapatrywań, uważających je za powstające za życia skutkiem kurczenia się próżnego serca. Według odpowiednich badań: a) występują wybroczyny pod wsierdziem w 60% ludzkich, a w 94% zwierzęcych skurczonych serc, b) natomiast nigdy nie spotyka się ich we wiotkich, ze świeżych zwłok wyjętych sercach. Nie powstają zatem one za życia, ani nie są zjawiskiem przedzgonnem (agonalnem). Bezpośrednie spostrzeżenia autora u zwierząt wykazały, że skurcze serca w przebiegu nagłej utraty krwi stają się zwolna coraz powierzchowniejsze, że zatem wybroczyny nie mogą powstać przez silne skurcze próżnej komory. c) Wybroczyny powstają przez pęknięcie naczyń włosowatych wskutek trwałego ucisku mięśnia sercowego, pośmiertnie stężałego, na treść naczyń włosowatych i wskutek działania ssącego jamy komory, znajdującej się pod zmniejszonem napięciem. Zatem wybroczyny pod wsierdziem należy uważać w przeciwieństwie do dziś panujących zapatrywań za zjawisko pośmiertne, na którego powstanie nie wpływa ani szybkość utraty krwi, ani też ilość krwi utraconej. d) Siedzibą wybroczyn jest stale skurczona komora; czasami mogą także na obu komorach pojawiać się wybroczyny. e) U człowieka spotykamy się z wybroczynami w przypadkach śmierci z krwotoku zewnętrznego, jak i wewnętrznego. f) Wybroczyny pod wsierdziem spotyka się u osób, zmarłych skutkiem najrozmaitszych chorób i w różnych rodzajach śmierci gwałtownej. Znaczenie zatem wybroczyn dla rozpoznania śmierci z upływu krwi jest małe.

V. Przypadki śmierci wskutek upływu krwi z pępowiny są bardzo rzadkie. Jeżeli czy to pierwotnie czy następowo oddychanie płucne jest zniesione lub zahamowane, to noworodek może się także z podwiązanej pępowiny skrwawić. Jak odpowiednie badania pouczają, naczynia pępowinowe mimo podwiązania pozostają drożne np. dla zgłębnika. Jeśli nadto się uwzględni, że galareta Warthona po pierwszych 12 godzinach tak się kurczy, iż podwiązka na pępowinie znacznie się rozluźnia, to jest rzeczą zrozumiałą, że i z podwiązanej pępowiny śmiertelny upływ krwi nastąpić może. J. Olbrycht.

Marmetschke. **O śmiertelnem zatruciu bromkiem etylu i bromkiem etylenu.** (Vrtjschrft. f. ger. Med. 3. F. 1910. T. 40. Z. 3). 1) Słabowity, gruźliczy mężczyzna, 36 lat liczący, zniósł dobrze operacyę wśród uśpienia bromkiem etylu (45 cm³) z wyjątkiem następowej nieznacznej żółtaczki i śladów białkomoczu: w 14 dni później uśpienie morfinowo-chloroformowe (15 cm³ chloroformu). W niespełna sześć tygodni potem umiera operowany nagle po 4 minuty trwającem uśpieniu bromkiem etylu (10 cm³), gdy już maskę usunięto, a zakładano opatrunek. Sekcya wykazała rozszerzenie serca, stare zmiany na zastawkach tętnicy głównej, miażdżycę tętnic wieńcowych, przewlekłe zapalenie nerek, nieliczne zmiany charakterystyczne dla t. zw. »status lymphaticus«. Wdrożonych dochodzeń zaniechano.

2) Zdrowa kobieta umiera w uśpieniu bromkiem etylu (11 cm³), wykonanem dla wyjęcia 3 zębów przez niedostatecznie wykształconego technika dentystycznego z powodu nieumiejętnych zabiegów ratunkowych. — Zasądzenie.

3) Zdrowa, 37-letnia kobieta, otrzymała przy dentystycznem uśpieniu, wskutek przeoczenia aptekarza 70 cm³ bromku etylenu zamiast bromku etylu. Bezpośrednio dołączyły się ogólne osłabienie, wymioty, biegunka, bole pod mostkiem, kaszel, brak oddechu, osłabienie serca, krwotok maciczny i wreszcie śmierć po upływie 44 godzin. Przy sekcyi stwierdzono: tłuszczowe zwyrodnienie mięśnia sercowego, wątroby, nerek, ropno-krwotoczny nieżyt dróg oddechowych. Endometritis haemorrhagica. Zmiany w żołądku

i jelitach nie objaśniały klinicznych objawów. — Zasądzenie aptekarza na 1 miesiąc więzienia.

Autor przytacza w końcu literaturę podobnych przypadków i kilka doświadczeń, wykonanych na zwierzętach, które okazują zupełnie tesame objawy przy otruciu bromkiem etylenu. J. Olbrycht.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu

Wydział lekarski.

Posiedzenie d. 2 (15) kwietnia 1910 r.

Obecnych członków 20, gości 5. Przewodniczy prezes Prof. Czeczott.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto. Prezes podaje do wiadomości, iż zmarł członek »Związku« Dr Kazimierz Wołowski (od »Związku« został złożony wieniec) i wzywa obecnych, by uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

I. Prof. Ziemacki wypowiedział rzecz pod tyt.: **Przypadek wycięcia wrzodu okrągłego żołądka z plastyczną operacyą odźwiernika.**

A. St-k. 29 lat, urzędnik bankowy, od lat 6 skarży się na ostry bói w nadpępczu (epigastrium). Zwracał się do wielu lekarzy. Wypróbował sumiennie z 10 rodzajów leczenia, po kilka miesięcy każdy, bez najmniejszego skutku. Ból powstaje natychmiast po jedzeniu, trwa bez przerwy do sześciu godzin. Ból dosięga takiego stopnia, że chory wije się i tarza się na pościeli. Trawić pokarmów, choćby najlżejszych, siedząc lub stojąc nie może z powodu wielkiego stopnia bólów; po każdem jedzeniu musi położyć się na kilka godzin do łóżka, bo wtedy ból jest mniejszy. Ani wymiotów, ani krwotoków per os et anus, ani nudności nie bywało nigdy. Często bywa odbijanie bez smaku i bez zapachu. Przy badaniu łatwo można stwierdzić znaczne rozszerzenie żołądka. Wielka krzywizna żołądka sięgała na 3 palce niżej pępka. Pod wątrobą z prawej strony pępka niewyraźne stwardnienie w okolicy odźwiernika. Kwas solny obecny. Na zasadzie tych i innych wyników badania przypuściłem obecność blizny w okolicy odźwiernika po wrzodzie okrągłym żołądka, którato blizna mogła wywołać zwężenie odźwiernika i następowe rozszerzenie żołądka. D. 11. (24) grudnia 1909 r. przystąpiłem do operacyi, by wykonać gastroenteroanastomozę sposobem Roux. Po otwarciu jamy brzusznej obok rozszerzenia żołądka wyczułem w okolicy odźwiernika na krzywiźnie małej stwardnienie wielkości orzecha włoskiego w ścianie żołądka i jak się zdawało w błonie śluzowej i podśluzowej. Odźwiernik do takiego stopnia zwężony, że koniec małego palca nie mógł przecisnąć się do dwunastnicy. Wydało mi się wtedy rzeczą możliwą wyciąć owo stwardnienie w okolicy odźwiernika, i zakończyć operacyę plastycznem rozszerzeniem odźwiernika. Zmieniłem odrazu plan operacyi i zamiast gastroenteroanostomozy Roux postanowiłem wykonać gastrotomię, przez otwór w żołądku wyciąć od wewnątrz bliznę i zakończyć operacyę plastycznym sposobem pyloroplastyki Heinecke-Mikulicza. Gastrotomię wykonałem cięciem 14 cm. długiem, przeprowadzonem przez tak zwaną część odźwiernikową (pars pyrolica ventriculi). Stwardnienie wyczuwalne w ścianie żołądka około krzywizny małej okazało się wrzodem okrągłym żołądka, jeszcze nie zgojonym, o średnicy $1^1/_2$ cm. z płaskimi, twardymi i bliznowatymi brzegami. Cała okoliczna błona śluzowa pokryta bliznami i pofałdowana dośrodkowemi promienistemi zmarszczkami, ściągającemi błonę śluzową ku owrzodzeniu z najbardziej oddalonych stron żołądka. Usadowienie wrzodu i blizn na krzywiźnie małej stanęło na przeszkodzie zamiarowi doszczętnego wycięcia wrzodu okrągłego wraz z całą grubością ściany żołądka. Wskutek tego postanowiłem wyciąć tylko błonę śluzową i tkankę podśluzową żołądka wraz z wrzodem okrągłym i otaczającemi bliznami, a nie wycinać całej ściany żołądka z warstwą mięsną i z otrzewną łącznie. Pozostawiłem przeto warstwę mięsną i otrzewnę. Cięcie na błonie śluzowej żołądka wynosiło do 14 cm. długości. Wyciąłem szmat w postaci podłużnego, wzdłuż osi żołądka idącego owalu, którego szerokość w najszerszem miejscu wynosiła 6 cm., a po obu końcach stopniowo zmniejszała się. Otrzymałem ogromną ranę na wewnętrznej powierzchni żołądka, której brzegi były jednak tak ruchome, że udało się bez wielkiego trudu zeszyć je jedwabiem. Zeszyłem ją jednak nie podłużnie, lecz w kierunku poprzecznym jedwabnymi szwami. A że cięcie moje dochodziło aż do dwunastnicy, więc przez takie poprzeczne zeszycie podłużnej rany na błonie śluzowej otrzymałem dość znaczne rozszerzenie odźwiernika, który przepuścił już dwa palce do dwunastnicy. Ten doskonały wynik plastycznej operacyi zeszycia rany na małej krzywiźnie żołądka na tylnej jego powierzchni nasunął mi jeszcze myśl, by powiększyć rozszerzenie odźwiernika przez zeszycie rany gastrotomijnej, t. j. przez zeszycie mojego podłużnego cięcia na przedniej powierzchni żołądka nie w podłużnym, ale w poprzecznym kierunku. Przedłużyłem więc to cięcie nieco na dwunastnicę i postąpiłem wedle wskazówek Heinecke-Mikulicza. Podłużne cięcie postarałem się zeszyć poprzecznie. Były tu dość wielkie techniczne trudności. Jednak w końcu udało się zespolić brzegi rany i otrzymałem w ten sposób szerokość odźwiernika na trzy palce. Ścianę brzuszną zaszyto zwykłym 3-piętrowym szwem; ku okolicy odźwiernika wstawiłem wązkie pasemko merli aseptycznej. Przebieg po operacyi był nadzwyczaj pomyślny. Trzy czy cztery razy w pierwszym dniu były wymioty krwią czystą. Potem wymioty ustały. Ciepłota pozostawała prawidłową: $36{,}9^0-37{,}4^0$. Na 6. dzień wyjąłem tampon. Wszystko zgojone doraźnie. Na 9. dzień odjąłem szwy. Dnia dwunastego po operacyi podano choremu już chleb i pokarmy stałe. Drobnowidowe badanie wykazało, że wrzód ten jest to zwyczajne przewlekłe owrzodzenie, cechy nowotworu nie mające.

W dniu 29. XII. (11 I.) chory wyszedł z kliniki o własnych siłach. Bole gastralgiczne, które przez 6 lat męczyły chorego, ustąpiły doszczętnie.

Dzisiaj, przedstawiając chorego w stanie doskonałym, mogę stwierdzić, że przybyło mu 8 kg. wagi, żadnych bólów od $^1/_2$ roku nie doznaje. Je wszystko, żadnej szczególnej dyety nie przestrzega. Pracuje w banku, jak i dawniej przed chorobą.

Zauważyć jednak należy, że i w $^1/_2$ roku po dokonanej operacyi żołądek przedstawia się w stanie nieco rozszerzonym. Dolny brzeg nie dochodzi do poziomu pępka na szerokość jednego palca. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Dr Piotrowicz przytacza ze swej praktyki przypadek, w którym operacya zdawała się niezbędną, pomimo to wielkie dawki zasadowego azotanu bizmutu tak poskutkowały, iż stan chorego zupełnie się poprawił. — Dr Jastrzębski zaznacza, iż pracując na Kaukazie u Prof. Wagnera widział dużo podobnych przypadków, byli nawet tacy chorzy, którzy cierpieli już od 3 lat. Pomimo to wlewanie do żołądka zawiesiny zasadowego azotanu bizmutu działało dobrze i kwaśność zmniejszała się do poziomu prawidłowego. Mówca jest tego zdania, iż przed operacyą należy zawsze wypróbować wszystkie inne środki; między innymi przepłukiwanie $^1/_2\%$ nadtlenkiem wodoru również daje dobre wyniki. — Prof. Ziemacki: Gdyby nie anatomiczne położenie wrzodu, to możnaby było próbować dalej innych sposobów; przypadek niniejszy mógł być wyleczony wyłącznie drogą chirurgiczną. W takich razach tworzy się rozszerzenie żołądka, każdy kawałek pokarmu z trudnością przechodzi. Gdy zaś zmiany dotrą do większej tętnicy, mogą nastą-

pić wielkie krwotoki. -- Dr Jastrzębski zapytuje prelegenta, jaka jest statystyka zejść śmiertelnych. — Prelegent odpowiada, iż według statystyki Spiżarnego 12% (na 60 przypadków). — Dr Piotrowicz twierdzi, iż znaczne krwotoki nie dowodzą obecności wrzodu okrągłego. Często w takich razach sekcya wykazywała obecność raka. — Dr Jastrzębski: W takich razach badanie soku żołądkowego wyświetla stan rzeczy. — Dr W. Kozłowski przytacza statystykę Dieulafoya. — Dr Moraczewski (gość): Statystyka Dieulafoya jest jednostronną. Krwawienie żołądkowe nie zawsze nadaje się do operacyi; n. p. przy krwawieniu wskutek stwardnienia naczyń (arteriosclerosis); operacya w takich razach pozostanie bezowocną. Jeżeli krwotoki powtarzają się, to lepiej poddać chorego operacyi. Mowca zapytuje prelegenta o dane co do nawrotów choroby po dokonanych operacyach. — Prelegent: Miałem bardzo mało podobnych przypadków i operowałem, przypuszczając nowotwór złośliwy. Nawrotów nie spostrzegałem. — Dr Moraczewski zapytuje, czy jeżeli u chorego jest n. p. zwiększenie kwaśności na tle nerwowem, czy w takim razie bywają nawroty choroby. — Prelegent: Naturalnie biorąc sprawę z punktu teoretycznego nawroty w takich razach są możliwe. Operacyę robię w ten sposób, aby był ciągły dopływ żółci. — Prezes w imieniu zgromadzenia dziękuje prelegentowi za nader pouczający i zajmujący odczyt, podnosi znaczenie operacyi i również wypowiada zdanie, że wczesna operacya da lepsze wyniki.

II. Dr Zygmunt Messing: **Gorączka w napadach bolów strzelających w przebiegu wiądu rdzenia** (3 przypadki). Rzecz odczytał w zastępstwie autora Dr Jastrzębski. Wobec nieobecności autora dyskusyi nie było. — Prezes w imieniu zgromadzenia wyraził autorowi podziękowanie za pouczający odczyt.

W części administracyjnej: 1) Prezes podaje do wiadomości, iż na posiedzeniu Rady wybrano komisyę (Prof. Ziemacki, Doc. Sowiński i inż. Kotarski), którą upoważniono do ułożenia listu do Związku Narodowego Polskiego w Stanach Zjednoczonych Północnej Ameryki w Waszyngtonie z powodu Kongresu Narodowego Polskiego, mającego się odbyć w maju r. b. List odczytano. 2) Odczytano protokół komisyi, która zajęła się nowym wynalazkiem, mianowicie watą ze lnu, przedstawioną w »Związku« przez p. Barylskiego. Protokół ten przyjęto do wiadomości, komisyi zaś wyrażono podziękowanie. 3) P. Sokołowski oświadcza, iż krewny jego, ś. p. Kaczenowski z Połtawy pozostawił bibliotekę, którą on ofiarowuje »Związkowi«. Prezes dodaje, iż książki już otrzymano (są to pisma peryodyczne) i w imieniu »Związku« składa ofiarodawcy podziękowanie. 4) Uchwalono, aby lista członków wszystkich wydziałów została wydrukowana i rozesłana członkom Rady.

Sekretarz: Doc. Dr Sowiński.

XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Komitet gospodarczy XI Zjazdu podaje do wiadomości, iż Sekcya okulistyczna tegoż Zjazdu będzie zarazem stanowić pierwszy Zjazd Tow. okulistów polskich, który się miał odbyć w r. 1910. Ustanowione dla tego Zjazdu biuro pozostaje niezmienione i funkcyonuje zarazem jako Komitet sekcyjny XI. Zjazdu lek. i przyr. polskich. Referaty i komunikaty, o ile były dla Zjazdu okulistycznego zgłoszone, a tymczasem w druku jeszcze się nie pojawiły, wejdą w program naszego Zjazdu obok innych, które powinny być zgłoszone do 1. maja 1911. Do tego terminu winni pp. referenci nadesłać krótką treść referatów celem wydrukowania i doręczenia ich członkom Zjazdu. Tematy dla referatów są następujące: 1) Etyologia i postacie kliniczne zapalenia jaglicowego — sprawozdawcy Prof. Wicherkiewicz i Dr Rosenhauch; 2) Porównawcze badania rozmaitych przetworów srebra w chorobach ocznych; 3) Porównanie znaczenia rozmaitych operacyi mających zapobiedz zapaleniu współczulnemu; 4) Krytyka metod operacyjnych opadnięcia górnej powieki.

Komitet I. Zjazdu Tow. okulistów polskich stanowią: Prof. Dr B. Wicherkiewicz — przewodniczący, Prof. Dr K. Majewski — sekretarz, Dr W. Witaliński — skarbnik, Dr E. Rosenhauch — kier. biura, Dr T. Kleczkowski — kier. wystawy, Dr Szafnicki — kier. gospodarczy.

Komitet gosp. XI. Zjazdu podaje nadto do wiadomości, iż utworzyły się następujące Komitety miejscowe: I. W łonie Tow. naukowego warszawskiego: pp. Dickstein, Miklaszewski, Lewiński, Tur, Wóycicki, Janowski, Smolikowski i Biegański. II. W Tow. lekarskiem lwowskiem: pp. Gluziński, Pisek, Rydygier i Ziembicki, Beck i Nowicki, Raczyński i Kucharski, Machek i Bałaban, Łukaszewicz i Papée, Halban i Orzechowski, Sieradzki i Kucera, Mars i Kucharski, Bohosiewicz i Serbeński. III. W pol. Tow. przyrodników im. Kopernika we Lwowie: pp. Łomnicki, Nusbaum, Smoluchowski, Sokołowski i Tołłoczko.

Wiadomości bieżące.

Uzupełnienie listy referentów z prac polskich do czasopism zagranicznych, podanej w poprzednim numerze:

Z dermatologii i syfilidologii: Prof. Dr Franciszek Krzyształowicz, Kraków, Basztowa 6 (Dermatol. Jahresbericht [Würzburg], Archiv f. Dermatol. u. Syphilis).

Dzięki uprzejmości »Gazety lekarskiej« mają prenumeratorowie naszego pisma jeszcze i w roku bieżącym (1911) prawo do otrzymywania »Przeglądu pedyatrycznego«, wydawanego przy »Gazecie lek.« za połowę ceny prenumeracyjnej, jednakże nie 2 rb. = 5 kor., ale **2·40 rb. = 6 (sześć) kor.** Zamówienia na »Przegląd pedyatryczny« zechcą czytelnicy naszego pisma skierowywać do naszej Administracyi (Kraków, Dunajewskiego 2).

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 18. I 1911 posiedzenie, na którem przedstawiał Prof. Reiss przypadki chorobowe z kliniki dermatologicznej (sarcoma idiopathicum haem. cutis Kaposi, lichen planus ruber, xeroderma pigmentosum, meningitis luetica [wśród leczenia środkiem Ehrlicha], sclerodermia), a Prof. Kader i Dr Radliński operowane przypadki z kliniki chirurgicznej. W dyskusyi przemawiał prym. Dr Borzęcki. Dalszy ciąg dyskusyi i wykład Dr Blassberga odbędzie się d. 8. lutego 1911.

— Sekcya Jarosławska Towarzystwa lekarzy galic. wybrała na r. b. następujący zarząd: prezes Dr Wł. Czyżewicz, wiceprezes Dr Fechter, sekretarz Dr Wł. Orłowski, sekretarz posiedzeń Dr M. Spatz, członek Wydziału Dr Dulęba (z Sieniawy), delegaci na Walne Zgromadzenie: Dr Czyżewicz i Sawicki, zastępcy Dr Fechter i Meisels.

— Z d. 15. b. m. rozpoczął wychodzić w Krakowie dwutygodnik p. t. »Słowo lekarskie«, poświęcony sprawom zawodowym i higienie społecznej, organ Krajowego Związku lekarzy i Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej. Komitet redakcyjny tworzą dotychczas: R. dw. Prof. Wicherkiewicz, przewodniczący Związku krajowego lekarzy galicyjskich, Dr St. Schoengut, przewodniczący Izby lek. zach.-gal., Dr S. Bronowski (Warszawa), Prof. Dr Ciechanowski, Dr Damski, Prof. Dr Dobrowolski, Dr E. Gérard Festenburg (Lwów), Dr Karwowski (Poznań), Dr Stahr, Dr Sterling (Łódź). Redaktorem odpowiedzialnym jest Dr Władysław Żydłowicz.

— Potężniejący ruch naukowy na polu filozofii wywołał potrzebę drugiego obok »Przeglądu filozoficznego« czasopisma polskiego, poświęconego temu przedmiotowi. Jest nim wychodzący od Nowego Roku we Lwowie pod redakcyą Prof. Dra Twardowskiego miesięcznik »Ruch filozoficzny«, obejmujący wszystkie działy filozofii, a więc i filozofię przyrody i stąd mogący interesować przyrodników-lekarzy.

— Miarą czci, jaką otoczony był niedawno zgasły ś. p. Prof. Stanisław Kostanecki, były niezwykłe uroczystości żałobne, które odbyły się z końcem roku zeszłego w Bernie, a w których współzawodniczyli ze sobą słuchacze i uczniowie z kolegami przedwcześnie Zmarłego znakomitego uczonego. W auli wszechnicy berneńskiej odbyło się posiedzenie żałobne na którem wygłosili mowy żałobne delegaci uniwersytetów: rektor Prof. Fischer, Prof. Kohlschütter i Prof. Tambor z Berna, Prof. Bistrzycki z Fryburga, Prof. Fichter i Prof. Rupe z Bazylei, Prof.

Pictel z Genewy. Senat wszechnicy berneńskiej wydał obecnie te przemówienia drukiem, poprzedzając je życiorysem i portretem ś. p. Kostaneckiego.

Bracia ś. p. Prof. Stanisława Kostaneckiego, złożyli na fundusz Jego imienia w kasie Akademii Um. kwotę 25.000 kor., z przeznaczeniem corocznych odsetek na rzecz Wydziału matematyczno-przyrodniczego tejże Akademii, a przedewszystkiem na popieranie samodzielnych badań naukowych.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 8. I. do 14. I. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 3 (w tem obcych 2 † 1), krztuśca 9 † 2, płonicy 7 † 1, odry 41 † 5 (5 † 1), duru brzusznego 4, czerwonki 1, nagm. zapalenia opon 1 † 1, róży 1.

Dr Janiszewski.

Warszawa. Magistrat zawarł z Towarzystwem opieki nad umysłowo i nerwowo chorymi umowę o umieszczanie w Zakładzie w Drewnicy chorych ze szpitala Jana Bożego, przedewszystkiem tych, którzy mogą pracować na fermie w Drewnicy. Obecnie umieścił magistrat w Drewnicy 15 chorych. Personal lekarski w Drewnicy powiększony zostanie o jednego lekarza.

— Po niespodziewanem zamknięciu »Stowarzyszenia lekarzy polskich« latem r. z., grono złożone z Drów: K. Chełchowskiego, J. Jaworskiego, H. Nusbauma i W. Szumlańskiego, zajęło się opracowaniem nowej ustawy Stowarzyszenia lekarzy, któreby miało na celu rozwój stosunków towarzyskich i zajmowanie się sprawami zawodowemi. Ustawę tę, podpisaną przez Drów: L. Babińskiego, J. Jaworskiego, W. Kamockiego, Leśniowskiego, T. Reutta, B. Sawickiego i W. Szumlańskiego, przedstawiono władzom. Ustawa ta uzyskała legalizacyę. Nowe Towarzystwo będzie nosić nazwę: »Stowarzyszenie lekarzy warszawskich«.

— W dniu 12. b. m. odbyło się posiedzenie Wydziału III. Towarzystwa Naukowego Warszawskiego, na którem po przemówieniu dorocznem inauguracyjnem p. Jana Sosnowskiego: »O istocie podniety« przedstawiono 6 komunikatów, m. i.: 1) P. A. Czartkowski: »Wpływ floroglucyny na powstawanie antocyanu«. 2) P. J. Tur: »W sprawie powstawania mezodermy u owodniowców (amniota)«.

Łódź. Oprócz wymienionych w ostatnim zeszycie naszego pisma należą nadal do Zarządu Towarzystwa lekarskiego w Łodzi Dr K. Jasiński, jako sekretarz stały, i Dr W. Jasiński, jako II bibliotekarz.

Z różnych stron. Dr M. Stefanowska i Dr J. Joteyko otrzymały od Akademii nauk w Paryżu nagrodę im. Mégea za pracę p. t. »Psychofizyologia bolu«. (Ruch filozof. Nr 1).

— Dr fil. Stefan Sterling uzyskał doktorat medycyny we Wrocławiu.

Mianowani: profesorami nadzw. docenci Frankl-Hochwart i Landsteiner, a prof. tytularnymi docenci Frank, Strasser, Koschier, Singer, Hirschl, Biehl, Braun, Latzko, Pick, Raimann i Schottländer; doc. Moro profesorem pedyatryi w Heidelbergu; dermatolog doc. Spiethoff i neurolog doc. Strohmayer w Jenie profesorami nadzwycz.

Zmarli. Dr Sabin Garbusiński, lekarz okręgowy z Dąbrowy, w Krakowie w 45 r. ż.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 8. lutego 1911 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym : Dyskusya nad przypadkami, przedstawionymi na poprzedniem posiedzeniu. 2) Wykład Dr Blassberga: »Przetwór »606« w świetle chemoterapii Ehrlicha«.

Nadesłane.

Rok L. Kraków, dnia 28. stycznia 1911. Nr. 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki okulistycznej Uniwersytetu Jagiell. w Krakowie. (Dyr. R. dw. Prof. Wicherkiewicz).

Ospica krowiankowa narządu wzrokowego.

Podał

Dr Edmund Rosenhauch,

asystent kliniki.

Rzadko tylko przydarzają się powikłania podczas przebiegu ochronnego szczepienia krowianką. Najczęściej spostrzegano schorzenia takie, jak pokrzywkę, liszajec, wyprysk, czasem, lecz znacznie rzadziej, pęcherzycę, zapalenie ust pryszczykowe, dymienicę, mnogie czyraki, różę. Nadto opisano kilkadziesiąt przypadków powikłań ze strony narządu wzrokowego.

Z pomiędzy 50 takich przypadków ogłoszono tylko 10, polegających na samozakażeniu. Najczęściej ulegają zakażeniu osoby, zajmujące się pielęgnowaniem szczepionych dzieci, a więc przeważnie osoby starsze.

Sposób, w jaki zakażenie następuje, bywa bardzo różny: najczęstszym przenośnikiem są palce, które jad przenoszą do oka pośrednio lub bezpośrednio, czasem jad ten może się do oka dostać z opatrunków, na których znajduje się zaschnięta ropa; zdarza się, że lekarzowi podczas szczepienia nieco krowianki pryśnie do oka[1]). Opisano również przypadki. w których kąpiel w tej samej wodzie, w której poprzednio dziecko szczepione się kąpało, stała się przenośnikiem jadu. (Stengel, Eichhof).

Pierwszym, który przypadek ospicy krowiankowej powiek opisał, był Hirschberg w r. 1879. W przypadku tym wystąpiły owrzodzenia na powiekach, które posuwały się na spojówkę. W końcu wystąpiły nacieki przy rąbku rogówkowym. Mimo to po 10 dniach chory zupełnie się wyleczył. Gorzej, bo zniszczeniem całej gałki zakończył się przypadek, spostrzegany w kilka lat później (1882) przez Calhouna. Dalsze przypadki, opisane przez Schapringera, Hirschberga, Schirmera, Lebera, Schweigera, Thompsona, Hendla, przebiegały podobnie. Purtscher spostrzegał kilka owrzodzeń, umiejscowionych w załamku. Sprawa przebiegała z silnym obrzękiem spojówki, a na rąbku rogówkowym wytworzył się wrzód półksiężycowaty. Również na spojówce widzieli ospicę krowiankową Segal, Forster, Pihl, Laqueur. Aron opisał przypadek ospicy krowiankowej u 25-letniej kobiety, której dziecko było niedawno szczepione. Na brzegu powiekowym pokazało się owrzodzenie, które później rozszerzyło się i na spojówkę, a także i na rogówce wywołało powierzchowny ubytek. W r. 1908 spostrzegał Tertsch dwa przypadki, z których pierwszy zakończył się pozostawieniem drobnej plamki na rogówce, drugi zaś znacznem skróceniem powiek, częściowo pozbawionych rzęs, spowodowanem martwicą skóry powiekowej. Zdaje się, że w tym przypadku istniało zakażenie mieszane (Wicherkiewicz).

Jeszcze w marcu z. r. ogłosił Bednarski przypadek ospicy krowiankowej u 4-letniego chłopca, szczepionego dwa dni przed powstaniem cierpienia oka. Przypadek ten jest przez to rzadki, że ospica krowiankowa wystąpiła u osobnika szczepionego, gdzie więc chodziło o samozakażenie. Owrzodzenia zajmowały obie powieki i małżowinę uszną. Po kilku dniach, w najbliższem sąsiedztwie owrzodzeń powstały jeszcze świeże pęcherzyki, które szybko uległy owrzodzeniu. Lekkie podwyższenie ciepłoty. Piątego dnia od powstania owrzodzeń zauważono znaczną poprawę, owrzodzenia jednak utrzymywały się jeszcze przez kilka tygodni. Pozostało wypadnięcie rzęs, przynajmniej przez czas dwumiesięcznej obserwacyi, wrzody jednak nie pozostawiły żadnych blizn ani zniekształtnienia powiek. Owrzodzenia w przypadku Bednarskiego miały również charakterystyczne znamię dla ospicy krowiankowej, t. j. brzegi ostro odgraniczone, nierówne, mapowate. Siedem przypadków ospicy krowiankowej narządu wzrokowego ogłosił r. dw. Prof. Wicherkiewicz w maju 1910. Przypadki te spostrzegał częściowo w praktyce prywatnej, częściowo w klinice. Od ogłoszenia tej pracy zdarzyły się w klinice krakowskiej nowe przypadki, które z polecenia r. dw. Prof. Wicherkiewicza poniżej ogłaszam, a korzystając z jego pozwolenia przytaczam i poprzednie przypadki obszerniej, a to dlatego, iż zawierają wiele szczegółów ciekawych nietylko dla okulistów, ale i dla innych lekarzy praktykujących.

1. 4. czerwca 1907 zgłasza się p. H. N., ponieważ oczy od kilku dni są zapalone. Zrazu nie podaje chora nic o przyczynie cierpienia. Gruczoły przyuszne lewe obrzękłe, mierny obrzęk powiek; cała spojówka silnie zaczerwieniona, miernie obrzmiała. Przy brzegu rogówki małe wynaczynienie.— Oko oczyszczono starannie, opłukano wodą borową i założono spirytusową opaskę ochronną; nadto przepisano 10% maść jothionową, do wcierania w okolicę gruczołu przyusznego.

W dwa dni później przybywa chora znowu, lecz obraz chorobowy był tym razem daleko wyraźniejszy. Obrzęk powiek powiększył się znacznie, przyłączyło się obrzmienie spojówki (chemosis); w zewnętrznym kąciku widać typowe

[1]) Crichett, Boechler, Jamson, Story.

owrzodzenie ospówkowe, na powiekach szary naciek, szeroki, dwa owrzodzenia w nosowej części, a trzecie w skroniowej części górnej powieki. Zapytana, teraz dopiero opowiada chora, że jej dzieci niedawno temu szczepiono, że owrzodzenia po szczepieniu na ramionach dzieci silnie ropieją i że chora sama zajmuje się oczyszczaniem zabrukanej bielizny dzieci. Chora skarżyła się na ból głowy i miała podwyższoną ciepłotę (38·5 C.). Celem badania bakteryologicznego przeszczepiono wydzielinę owrzodzeń na pożywki. Całą spojówkę dokładnie kollargolem obmyto, a do worka dano maść rtęciową żółtą i założono opaskę.

8. VI. jeszcze się utrzymuje obrzęk powiek, a także i naciek nie zmniejsza się.

Badanie bakteryologiczne wykazało prątki błonicy. Prócz zatem powyższego miejscowego leczenia wstrzyknięto podskórnie surowicę przeciwbłoniczą. Nazajutrz była mała tylko zmiana w obrazie chorobowym, wyraźna natomiast już 10. VI. Od tego czasu objawy na powiekach i spojówce z dnia na dzień wybitnie ustępowały; wytworzył się wprawdzie naciek rogówkowy, który w następstwie wywołał owrzodzenie, lecz zagoiło się ono pod wpływem galwanokaustyki i atropiny w krótkim czasie. Jednakże dopiero 26. VI. można było stwierdzić zupełne zagojenie z pozostawieniem plamki rogówkowej. Surowicę wstrzyknięto 6 razy. Należy jeszcze wspomnieć, że nacieki powiek już po kilku dniach ustąpiły, utrzymywały się tylko ubytki, powstałe wskutek zniszczenia tkanki powieki i spojówki.

2. Chaja S., 13 mies., przybyła 5 czerwca 1907 z matką. Przed jedenastu dniami szczepiona na lewem ramieniu. Od pięciu dni obrzmiało prawe oko i dość znacznie ropieje.

Rozpoznanie: Pustula ad canth. int. palp. sup. e vaccinatione.

Rozpad owrzodzenia posunął się i na brzeg powiekowy. Już 8. VI. nastąpiła znaczna poprawa pod wpływem zwykle stosowanego leczenia. O dalszym przebiegu nic nie zapisano. Najprawdopodobniej zatem sprawa chorobowa zagoiła się.

Następny rok był wolny od podobnych przypadków, natomiast był rok 1909 w nie dość obfity.

3. Emilia S., lat 16, zgłasza się 16. czerwca 1909 i podaje, że przed kilku dniami zauważyła na dolnym lewym brzegu powiekowym pęcherzyk. Od tego czasu oko coraz bardziej puchło, aż doszło do obecnego stanu.

Gruczoły przyuszne i podszczękowe silnie obrzmiałe, bolesne. Brzegi powiekowe pokryte wydzieliną ropną, przy zewnętrznym kąciku znajduje się naciekłe zagłębienie pęcherzykowate. Spojówka silnie przekrwiona, obrzmiała. Drugi pęcherzyk na brzegu górnej powieki, trzeci na skórze tej samej powieki. Dwa pierwsze zlewają się, tworząc naciekłe owrzodzenie. Brzegi tego owrzodzenia są twarde, mapowate, nierówne, powieki ledwie dają się rozchylić. Rogówka nienaruszona.

Badanie bakteryologiczne: Staphylococcus aureus. Dalsze wywiady donoszą, że w rodzinie, u której chora służy, szczepiono dziecko i że po szczepieniu wystąpił wyrzut strupiasty na ramieniu i na twarzy dziecka.

Leczenie: Obmycie kollargolem, maść elektralgolowa, opaska spirytusowa Salzwedlowska. Gdy jednakże nazajutrz ciepłota podniosła się do 38°, tętno do 120, a obraz oka się nie zmienił, wstrzyknięto surowicę przeciwbłoniczą. Po 10 dniach wyleczenie. Pozostaje tylko jeszcze lekkie obrzmienie i zaczerwienienie powieki w miejscach owrzodzeń.

Bystrość wzroku 6. VI. Czyta Sn. 0,5. Z polecenia r. dw. Prof. Wicherkiewicza udałem się do domu chorej i zbadałem bakteryologicznie wydzielinę sączących owrzodzeń na skórze ramienia i twarzy. Wynik badania równał się wynikowi badania owrzodzeń na powiekach chorej, t. j. gronkowiec złoty bardzo obficie.

4. Helena Z., 22 lat. Zgłasza się 1. VII. 1909, ponieważ ją od 8 dni oczy swędzą. Lekarz stosował azotan srebra, lecz bez skutku. Objawy takiesame, jak w poprzednim przypadku. Spojówka gałki prawej obrzmiała (chemosis), gruczoły przyuszne obrzękłe. W domu szczepiono 6-letnie dziecko; ramię jego opuchłe silnie ropieje.

Badanie bakteryologiczne: Staphylococcus albus et streptococcus.

Leczenie, jak w przypadku poprzednim, lecz bez surowicy, w celu przekonania się o skuteczności leczenia miejscowego.

Chorą wypuszczono z kliniki wyleczoną 8. VII., a zatem po 8 dniach. Na powiekach w miejscu owrzodzeń gładkie plamki różowe. Bystrość wzroku chorego oka: 6. VI. Sn. 0,5: 12—46.

5. Stefania D. 13 lat. Zgłasza się 9. VII, 1909 Rzekomo ukąsiła ją mucha, czy komar w oko. W 3 dni potem oko obrzmiało. Lekarz polecił jej okłady z wody ołowianej.

Przy dokładnych wywiadach opowiada chora, że jako niańka opiekuje się 5-miesięcznem dzieckiem, które przed kilku tygodniami szczepiono, a którego ramię jeszcze silnie ropieje.

Obie powieki prawego oka silnie obrzękłe, na brzegach kilka ropnych pęcherzyków, które się częściowo rozpadają; rozpad posuwa się na spojówkę, rogówka czysta.

Leczenie, przeprowadzone taksamo, jak w poprzednim przypadku, doprowadziło w krótkim czasie do wyleczenia przy zachowaniu pełnej bystrości wzroku.

Badanie bakteryologiczne: gronkowiec złoty.

6. Antoni C., 10 lat, z Bogumina, przybywa 3. VIII. 1909 z powodu zapalenia oka prawego: na rogówce dwa owrzodzenia, jedno nad drugiem, połączone z sobą małym mostkiem. W przedniej komorze ropa (hypopyon) 3—4 mm, powieki obrzękłe, a w zewnętrznym kącie na brzegu obu powiek okrągławe ubytki. Na lewem oku okrągławy strup na środku powieki. Po usunięciu pozostaje różowy ubytek.

Pytany, odpowiada chory, że 10. VII. szczepiono go na prawem ramieniu i że już 15. VII. wytworzyły się owrzodzenia na obu powiekach. Na rogówce już wtedy był naciekły ubytek, do którego ze wszech stron zdążały powierzchowne i głębokie naczynia.

Gdy się chory w listopadzie znowu zgłosił, widać było miernej wielkości bielmo w środku rogówki, zrośnięte z tęczówką, skutkiem czego wykonano irydektomię z pomyślnym skutkiem.

7. P. Marya, 4 lata. Szczepiona 5. VI.; w 12 dni po szczepieniu oko zapuchło. Dziecko często tarło sobie powieki. Silna wydzielina ropna, znaczny obrzęk powiek obu ócz. Na prawej górnej powiece znamienny rozpadający się już ropny pęcherzyk.

Oczy dokładnie oczyszczono, opłukano sofolem i założono maść elektralgolową. Ponieważ matka spieszyła do domu, zawinięto ramię i przepisano powyższe leczenie.

8. Stanisława W. l. 14, zgłosiła się do ambulatoryum klinicznego 17. VI. 1910, i podała, że przed dwoma dniami utworzyła się na górnej powiece oka lewego biała krosteczka i powieki zapuchły. Po jednodniowem trwaniu krosteczka pękła, ale obrzęk się powiększył. Bólu większego od samego początku cierpienia nie miała. Główną dolegliwością był obrzęk powiek i skutkiem tego niemożność otwierania powiek. Siostra młodsza chorej była przed 2 tygodniami szczepiona. Chora brała ją na rękę; dziecko miało ją rączką dotknąć w okolicę oka.

Powieki oka lewego silnie obrzękłe, równomiernie zaczerwienione. W kącie zewnętrznym nieco zeschłej żółtej wydzieliny. Na powiece dolnej bliżej kąta wewnętrznego widać drobny biały naciek z punkcikiem w środku, jakby od przekłucia. Ze szpary powiekowej wydobywa się płyn ropiasty, ciągnący się. Przy rozchyleniu szpary powiekowej (bardzo trudnem) widać na brzegu powieki dolnej przy kącie wewnętrznym 2 owrzodzenia płaskie, pośrodku zagłębione, o brzegach mapowatych; na powiece górnej odpowiada im jeden duży ubytek, w którym od strony zewnętrznej pozostało jeszcze kilka rzęs. Oprócz tego na górnej

powiece bliżej ku kątowi zewnętrznemu znajduje się takie samo owrzodzenie, z którego sterczą rzęsy. Po rozchyleniu powiek rozwórkami widać spojówkę bardzo silnie przekrwioną. Spojówka gałki również silnie zaczerwieniona, gładka. Rogówka bez zmian.

Leczenie: opłukanie sofolem, maść elektralgolowa, opaska spirytusowa. Przez 4 dni obrzęk powiek i naciek owrzodzeń utrzymuje się prawie bez zmian, a z pomiędzy powiek wydobywa się pomimo częstego płukania gęsta wydzielina ropiasta. Leczenie: jodoform w proszku na powieki. W tydzień po tem leczeniu obrzęk powiek znacznie się zmniejszył, owrzodzenia oczyszczają się. Na powierzchni rogówki ukazują się jednak drobne szare nierówności, do których zdążają powierzchowne naczynia. Prócz powyższego leczenia stosowano oczywiście teraz także atropinę.

Znowu w tydzień potem, a więc około 17 dni od początku cierpienia, owrzodzenia powiek były zabliźnione, powieki tylko lekko zaczerwienione, a rogówka znowu gładka, czysta, tak że chorą można było wypuścić z pod opieki.

Badanie bakteryologiczne owrzodzeń powiek: Staphylococcus albus et aureus.

9. Anna K., 21-letnia wieśniaczka, zgłosiła się do ambulatoryum klinicznego 4. VII. Podaje, że w połowie czerwca dziecko jej było szczepione. W tydzień mniej więcej potem wytworzył się na dolnej powiece oka lewego u matki pęcherzyk, a powieki nadzwyczaj silnie zapuchły, jednakże oko bardzo silnie boli.

Przy badaniu widać w środku na brzegu dolnej powieki ubytek o dnie czystem, 4 mm. średnicy, środek lekko wyniosły. Powieki jeszcze dość silnie obrzękłe. Spojówka przekrwiona, rogówka o powierzchni nieco nierównej, źrenica regularna. Leczenie: opłukanie sofolem, do oka maść atropinowa, na powieki jodoform i opaska.

Po dwóch tygodniach sprawa prawie zupełnie ustąpiła. Przepisano do domu maść kseroformową.

Badanie bakteryologiczne owrzodzeń powiekowych: B. pseudodiphtheriae et staphylococcus aureus.

Zestawiając nasze przypadki, widzimy, iż 6 z nich wydarzyło się u kobiet, 3 u dzieci, ani jeden u mężczyzny Wypływa to z natury rzeczy, gdyż były to albo matki, albo piastunki, zajmujące się pielęgnowaniem małych chorych. Trzy przypadki, odnoszące się do dzieci, należą do tych niewielu (dotąd ogłoszono dziewięć), które powstały na drodze samozakażenia. We wszystkich 9 przez nas ogłoszonych przypadkach sprawa chorobowa zajmowała tylko jedno oko, 3 razy była prócz powiek zajęta również spojówka i rogówka. Zmiany rogówki należały do spraw powierzchownych (keratitis superficialis vasculosa), ani razu nie spostrzegliśmy głębokich zmian rogówki (keratitis profunda postvaccinolosa — Skirmer). Okres wylęgania trwał średnio 3—4 dni. Chorzy podają jako początek cierpienia prawie z reguły czas między 10, a 15 dniem po szczepieniu dziecka. Zakażenie następuje przeto zwykle wkrótce potem, kiedy owrzodzenia poszczepienne przekroczyły punkt kulminacyjny.

Co się tyczy siedziby i przebiegu ospicy krowiankowej, to spotykamy ją najczęściej na powiekach, rzadziej na spojówce, jeszcze rzadziej na rogówce. Na powiekach sadowią się owrzodzenia z ospicy prawie z reguły na brzegu urzęsionym, często w kątach, najprawdopodobniej dlatego, że nabłonek w tem miejscu pod wpływem łez ulega maceracyi, jest delikatny, wilgotny i dlatego stanowi lepsze podłoże dla mikrobów. Na skórze powiekowej występują pęcheryki, niczem nie różniące się od pęcherzyków ospówkowych. Inaczej natomiast przy zajęciu brzegu powiekowego. Tutaj mogą wykwity ospówkowe przybierać tak odmienną postać, że rozpoznanie napotyka na poważne trudności. Najczęściej zgłaszają się chorzy, podając, że w przeciągu kilku dni oko zapuchło wśród wzmagającego się bólu, a powieki silnie się zaczerwieniły. W kilka dni po rozpoczęciu się zapalenia zauważają chorzy na brzegu powiekowym obrzękłym i zaczerwienionym małą wyniosłość z przeświecającym szczytem, która wzrastała najczęściej do wielkości małego grochu. Wyniosłość ta ma odcień szaro-żółtawy, a w samym środku zazwyczaj drobne zagłębienie (della). Dalszy przebieg znany jest z opisów Groenouwa, Michla i Schizmera. Wśród wzmagających się objawów zapalenia, wyniosłość rośnie, przemienia się w ropny pęcherzyk, który jednakże nie pokrywa się suchym strupem (jak gdzieindziej na skórze), ale pęka, tworząc płytkie owrzodzenie, o brzegach nierównych, mapowatych, a dnie naciekłem. To odmienne zachowanie się wykwitów ospówkowych na brzegu powiekowym, należy znowu przypisać tej okoliczności, że miejsca te ulegają ciągłemu zwilżaniu przez wydzielinę spojówki podrażnionego oka, co przeszkadza zaschnięciu. Brzegi owrzodzenia są silnie naciekłe, twarde, naciek tylko z trudem daje się usunąć zapomocą szczypczyków w postaci większych płatków, poczem widać dno lekko krwawiące, ziarniste. Często wydzielina jest tak obfitą, że na pierwszy rzut oka cierpienie sprawia wrażenie ropotoku spojówkowego na tle wiewiórowem. Czasem znajdujemy nawet grube krupowe naloty. Często jeśli na jednej powiece ukaże się owrzodzenie, wkrótce powstaje na odpowiedniem miejscu drugiej powieki tego samego oka podobne owrzodzenie. Należy przyjąć, że zakażenie to powstaje przy zamykaniu powiek (Abklatschvaccinola, Hendel). Czy do tego koniecznie potrzebny jest ubytek w nabłonku, nie jest pewnem. Zdaniem Schapingera jednakże może jad krowiankowy na zdrowym brzegu powiekowym utrzymać się i rozwinąć swoje działanie. Obficie uchodzące w tem miejscu przewody gruczołowe ułatwiają wniknięcie przypadkowo przeniesionego jadu. W następnych dniach owrzodzenie może się rozszerzać, czasem przybiera postać błonicy, wreszcie może po przez brzeg powiekowy posunąć się na spojówkę. Kilka owrzodzeń może zlać się w jedno większe, tak, że prawie cały brzeg powiekowy może zająć rozległy wrzód. Gruczoł przyuszny, a nierzadko także i podszczękowy, jest obrzmiały, bolesny. Chorzy skarżą się na ogólne osłabienie, dreszcz, a ciepłota może dojść do 39°. Po 8—12 dniach objawy chorobowe cofają się. Owrzodzenia oczyszczają się i goją bez pozostawienia blizn. W 2—3 tygodni od początku zapalenia wszelkie objawy chorobowe zwykle już ustąpiły. Wypadnięte rzęsy zwykle odrastają. Opisano tylko trzy przypadki, w których rzęsy wypadły bezpowrotnie (Schapringer, Vossius, Tertsch).

Obok brzegów powiekowych najczęstszą siedzibą owrzodzeń ospówkowych jest spojówka. Zazwyczaj pierwotne owrzodzenia sadowią się na brzegach powiekowych, a spojówka zakaża się dopiero następowo. Pierwotne zakażenie spojówki jadem krowiankowym jest bardzo rzadkie. Według Schirmera na 40 przypadków ospicy krowiankowej narządu wzrokowego tylko 3 razy zajęta była pierwotnie spojówka. W tych przypadkach spojówka bywa jeszcze silniej przekrwioną i obrzękła. (Dok. nast.).

Haemoglobinuria paroxysmalis.

Napisał

Prym. Dr A. Krokiewicz.

(Dokończenie).

Krzepliwość krwi zwiększona (Hayem, Salle). Krew, szybko skrzepła, szybko się napowrót rozpływa na powietrzu. Surowica krwi, otrzymana w czasie napadu i wkrótce po napadzie zapomocą bańki ciętej, zawiera mniej lub więcej rozpuszczonej hemoglobiny, zależnie od nasilenia napadu i czasu, w jakim po napadzie surowicę uzyskano. W przypadku naszym można było stwierdzić przed napadem mierne powiększenie ilości krwinek czerwonych (5.700.000), w czasie zaś napadu i w dwa dni po napadzie ilość krwinek czerwonych była tylko nieco mniejsza, niż w warunkach prawidłowych ($4^1/_2$ miliona). Krwinki czerwone wogóle były bledsze, nie układały się w ruloniki, okazywały w przeważnej części kształt prawidłowy, a miejscami były jakby powyginane. Odporność krwinek czerwonych według doświadczeń, w dalszym ciągu niniejszej pracy przytoczonych, była mniejsza wobec wolnego CO_2, natomiast prawidłowa wobec działania rozczynów kwasu octowego. Ilość krwinek białych przed napadem była wybitnie zwiększona (16400), a w czasie napadu i w dwa dni po napadzie prawidłowa (7000). Barwienie trójbarwikiem kwaśnym (triacidem) Ehrlicha słabe, odczynnikiem Jännera prawidłowe. W preparatach barwionych stosunek leukocytów wzajemny różny; wogóle można było zauważyć zmniejszenie się znaczne limfocytów w czasie napadu (do 9%, gdy natomiast przed napadem ilość limfocytów wynosiła 15%, a w dwa dni po napadzie 25%), zwiększenie się neutrofilów (odwrotnie do limfocytów), jakoteż zniknięcie zupełne eozynofilów przed napadem, a pojawienie się ich w czasie napadu (2%), a zwłaszcza w dwa dni po napadzie (4%). Leukocyty bazofilne utrzymywały się we wszystkich okresach prawie w tym samym stopniu (0·5—1%). Natomiast zawsze było można stwierdzić komórki limfoidalne szpiku kostnego, formy przejściowe i myelocyty neutrofilne, co przemawia za stałem podrażnieniem narządów krwiotwórczych. Na uwagę zasługuje, iż w czasie napadu ilość komórek limfoidalnych szpiku kostnego spadła do 1%, a ilość myelocytów neutrofilnych wzrosła do 3%, gdy przed napadem i po napadzie ilość komórek limfoidalnych szpiku kostnego wynosiła 3·5 i 2·5%, a myelocytów 0·5%—0%. Podobnie i ilość komórek przejściowych w czasie napadu obniżyła się do 0·5%, gdy przed napadem i po napadzie wynosiła 11% i 8%. Pod drobnowidem w preparatach barwionych zauważano zawsze skąpe polichromatofile; normoblasty znajdowały się przed napadem i w czasie napadu; bardzo liczne płytki Bizzozera i liczne rozpadłe komórki białe po napadzie.

Ilość hemoglobiny utrzymywała się w tej samej mierze (80% Sahli) pomimo różnicy w ilości krwinek czerwonych. Wskaźnik krwi wahał się około 0·7—0·8, a ciężar gat. krwi wynosił 1·058—1·062. Krew skrzepła utoczona w czasie napadu, okazywała ogólne własności prawidłowe, zawierała czystą oksyhemoglobinę bez śladu domieszki jakichkolwiek innych barwików, jak methemoglobiny i t. p. Ilość oksyhemoglobiny, oznaczona metodą spektrokolorymetryczną, wynosiła 124·8 części na 1000 części wagowych krwi (w prawidłowych warunkach 130—150‰). Surowica krwi przed napadem nie zawierała oksyhemoglobiny i przedstawiała cechy pod każdym względem prawidłowe; zawierała barwik krwi należący do grupy lipochromów, a pośród ciał białkowych stwierdzono w niej zarówno obecność albuminu, jak i globulinu Z chwilą oddania pierwszej ilości moczu krwawego surowica wykazywała bardzo wybitnie oksyhemoglobinę, a na szczycie napadu krew znacznego stopnia hemoglobinemią.

γ) Różne istnieją zapatrywania co do powstawania napadów w przebiegu hemoglobinuryi okresowej. Teorya najdawniejsza, tłómacząca napady wskutek bezpośredniego zadziałania jadu kiłowego lub zimniczego, nie ma dziś znaczenia, skoro nie można stwierdzić wówczas we krwi ani pasorzytów zimniczych, ani krętków kiłowych (spirochaete pallida Schaudin). Pavy, Mackenzie, Rosenbach przyjmują rozpad ciałek czerwonych krwi w naczyniach nerkowych. Lichtheim przypuszcza zmiany we krwi i narządach krwiotwórczych, które przy pewnym bodźcu oddziałują rozpuszczeniem krwinek czerwonych. Popper, Murri uważają okresową hemoglobinuryę za nerwicę naczynioruchową, która ujawnia się po zadziałaniu zimna nieprawidłową pobudliwością nerwów naczynioruchowych, wskutek czego następuje rozszerzenie się naczyń krwionośnych, zwolnienie prądu krwi i silniejsze działanie zimna. Równocześnie istnieją u tych chorych nieprawidłowości w narządach krwiotwórczych, a przez to krwinki czerwone są mniej odporne i rozpadają się. Ehrlich utrzymuje, iż pod wpływem zimna u osób swoiście usposobionych tworzą się fermenty, które uszkadzają diskoplasmę i wywołują jej rozpuszczenie. Według Dappera, Chwostka do powstania hemoglobinuryi okresowej nie potrzeba działania zimna, lecz zwykłe zaburzenie w krążeniu, wywołane przez odsznurowanie palca (bez zadziałania zimna) jest zdolne wywołać hemolizę. Krwinki czerwone nie są mniej odporne na zimno, lecz na bodźce mechaniczne; poszczególne krwinki okazują niejednostajną odporność. Zmiana konstytucyi krwinek czerwonych spowodowana być może przez kiłę, zimnicę, ogólne wyniszczenie, przytem zdolność odnowy w narządach krwiotwórczych nie jest upośledzona. Oprócz tej łatwej rozpuszczalności pewnej ilości krwinek czerwonych przyjmuje Chwostek zmiany w krążeniu, które się wytwarzają przez skurcz obwodowych naczyń krwionośnych wskutek niezwykłej pobudliwości nerwów naczynioruchowych. W przypadkach hemoglobinuryi napadowej po marszach zaburzenia te mają być spowodowane przez zmiany w położeniu trzew. Niekiedy i zmiany w nerkach mogą odgrywać niepoślednią rolę. Wogóle Chwostek łączy dawne zapatrywania w jedną całość. Według Grawitza prawdopodobnie przypadki hemoglobinuryi okresowej, tak ze względu na etyologię, jak i na sposób powstawania hemolizy należy pojmować różnorodnie.

Według najnowszych doświadczeń Donatha i Landsteinera znajdują się w wielu przypadkach hemoglobinuryi okresowej w surowicy krwi hemolizyny (amboceptory), które pochłonięte są przez krwinki czerwone jedynie tylko przy bardzo nizkiej ciepłocie i dopiero następnie przy ciepłocie 37° C wobec zadziałania komplementu wywołują hemolizę. Jeśli zawiesinę krwinek czerwonych dokładnie wypłukanych

w rozczynie fizyologicznym Na Cl zmiesza się z surowicą tegoż chorego i pozostawi najpierw przez $^1/_2$ godziny przy ciepłocie 0^0 C, a następnie na 1—3 godzin w termostacie przy 37^0 C, to w krwi chorego na hemoglobinuryę okresową wystąpi hemoliza. Wówczas bowiem przy ciepłocie 37^0 C komplement, zawarty w każdej surowicy, zdoła zadziałać na system amboceptorów = krwinek czerwonych. Hemoliza nie nastąpi, skoro surowica przez ogrzanie stanie się nieczynną wskutek zniszczenia komplementu; natomiast taka surowica, pozbawiona przez ogrzanie komplementu, może stać się skuteczną przez dodanie małej ilości jakiejkolwiek świeżej surowicy (komplement). Przy nizkiej (0^0 C) ciepłocie następuje w surowicy immunizowanej oddzielenie amboceptorów od komplementu. Przy 0^0 C komplement nie działa, podczas gdy amboceptor znajduje się jeszcze w połączeniu z krwinkami czerwonemi. Skoro jednak zazwyczaj optimum ciepłoty i dla skutecznego działania amboceptorów wynosi 37^0 C, to przy hemoglobinuryi napadowej to optimum ciepłoty znajduje się w bardzo nizkiej ciepłocie (0^0 C) i przy coraz to wyższej ciepłocie następuje coraz to większa dyssocyacya w połączeniu obu składników. Donath i Landsteiner utrzymują, iż podczas napadu zawartość amboceptorów w surowicy krwi jest zużyta i dlatego w krótkim czasie po napadzie doświadczenia dają wynik ujemny. Graefe i Müller utrzymują, iż zużycie hemolizyn następuje tylko po bardzo ciężkich napadach.

Erich Mayer i E. Emmerich badali 4 przypadki hemoglobinuryi okresowej. Według nich doświadczenie Donatha-Landsteinera nie zawsze się udaje. Na 40 doświadczeń u jednego chorego 13 razy wynik był dodatni; u drugiego chorego na 13 doświadczeń wynik dodatni 6 razy; u trzeciego chorego we wszystkich 3 doświadczeniach wynik ujemny; u czwartego chorego na 4 tylko dwa razy wynik dodatni. Zaledwie część wyników ujemnych powodował brak komplementu. Według tych autorów komplement zużywa się w napadzie i dlatego brak komplementu po napadzie i kilka następnych dni; hemolizyna jest nietyle przyczyną rozpadu krwinek czerwonych, jak raczej tegoż następstwem, może wynikiem autoimmunizacyi (autohemolizyna). Objawy napadu: nagły spadek ilości limfocytów (Lymphocytensturz), brak eozynofilów, zużycie komplementu i pojawienie się własności opsoninowych we krwi przemawiają za tem, że w napadach hemoglobinuryi okresowej nastaje zmiana w ustroju w taki sposób, jak się to wydarza przy chorobach zakaźnych, przyczem się wytwarzają nowe ciała uodporniające, których antygenami są rozpadające się krwinki czerwone własnego ustroju.

Moro, Noda na podstawie badania krwi u dziecka $4^1/_2$-letniego, dotkniętego hemoglobinuryą okresową, potwierdzają doświadczenia Donatha-Landsteinera z odnośną krwią »in vitro«, przyczem nadmieniają, iż zawsze doświadczenie się udaje, skoro stosunek krwinek czerwonych do surowicy jest 1:8. Hemoliza jest już na 3—4 dzień po napadzie mniejsza, a na 7 dzień po napadzie wypadała przeważnie ujemnie. Wówczas można było stwierdzić nagły ubytek komplementu humoralnego z pełnej wartości na 0^0. Oziębienie było zawsze konieczne. Odmienne wyniki podaje Czernecki. Według niego: 1) u chorych w przebiegu hemoglobinuryi napadowej hemoliza stale nie pojawiała się, a skoro wystąpiła, to zarówno dobrze, gdy surowicę z krwinkami czerwonemi poddano działaniu jednakowej czy zmiennej ciepłoty (wręcz przeciwnie twierdzeniu Donath-Landsteinera). 2) W tych samych warunkach jak przy hemoglobinuryi napadowej występuje hemoliza zarówno i przy innych sprawach chorobowych bez względu na to, czy na surowicę z krwinkami czerwonemi zadziałała zmienna, czy stała jednostajna ciepłota. (Donath i Landsteiner na 195 różnych przypadków chorobowych otrzymywali zawsze ujemny wynik). 3) Odporność krwinek czerwonych w hemoglobinuryi napadowej jest niejednostajna. 4) W sprzeczności z zapatrywaniem Donatha-Landsteinera, a zgodnie z Hayemem twierdzi Czernecki, że w surowicy krwi hemoglobinuryka i w czasie wolnym od napadu jest często wolna oksyhemoglobina.

Hymans, rozpatrując doświadczenia Donatha-Landsteinera, słusznie podnosi trudności przy wytłómaczeniu faktu, jak chory codziennie może doznawać napadów hemoglobinuryi okresowej, skoro tylko ulegnie zadziałaniu silnego zimna, jeśli podczas napadu odnośne ciała swoiste są zużytkowane tak dalece, iż do pewnego czasu nie mogą być we krwi wytworzone. Stwierdzają to wszyscy autorowie, a pomiędzy innymi Grafe i Müller, którzy u jednego chorego codziennie przez miesiąc (grudzień) spostrzegali napady hemoglobinuryi okresowej, a doświadczenie Donath-Landsteinera na 7 razy raz tylko wypadło wybitnie dodatnio, dwa razy zaledwie dodatnio, a cztery razy ujemnie. Również nie zaznacza się równoległość (paralellismus) między nasileniem wyniku dodatniego doświadczenia »in vitro«, a ciężkością przypadku chorobowego. Nie mniej wyłączonem jest, aby ciepłota krwi u hemoglobinuryka obniżyła się tak dalece, jak tego wymaga teorya Donath-Landsteinera. Tożsamo na uwagę zasługuje okoliczność, iż przy doświadczeniach Donath-Landsteinera nietylko z powodu braku komplementu, ale i po dodaniu komplementu hemoliza nie występuje, jak również, iż w największej liczbie przypadków najwyższa ciepłota, przy której amboceptor przez krwinki czerwone jest pochwycony, jest niższą niż stopień zimna, który »in vivo« wywołuje napad hemoglobinuryi. Wreszcie, gdy Donath i Landsteiner uważają hemolizę za przyczynę napadu, to Erich Mayer i Emmerich za następstwo tegoż.

Hymans, badając krew u 3 chorych na hemoglobinuryę okresową, doszedł do przekonania po rozważeniu powyższych okoliczności, iż bardzo ważną rolę odgrywa w tem zjawisku obok swoistych hemolizyn, w czasie napadu obecność CO_2. Przemawia zatem poniekąd i spostrzeżenie Chwostka, iż po podwiązaniu kończyny można niekiedy wywołać napad hemoglobinuryi okresowej. Na podstawie doświadczeń »in vitro« twierdzi Hymans, iż krew u hemoglobinuryków zachowuje się odmiennie, jak u osób prawidłowych, gdyż po jej oziębieniu o kilka stopni poniżej 37^0 C, a zwłaszcza przy ciepłocie pokojowej ulega wyraźnej hemolizie, skoro znajduje się pod działaniem CO_2, jak również, iż tylko surowica hemoglobinuryka posiada własności anormalne hemolityczne, a nie krwinki czerwone. Ogrzanie surowicy na $^1/_2$ godziny do 50^0 C pozbawia ją tej własności; surowica hemoglobinuryka, pozbawiona przez ogrzanie własności hemolitycznej, nie odzyskuje jej, skoro do niej następnie dodamy prawidłowej surowicy ludzkiej. Prawdopodobnie tak komplement, jak i amboceptor, są bardzo wrażliwe na ciepłotę.

CO_2-hemoliza występuje przy równoczesnem zadziałaniu dwóch czynników, t. j. amboceptora i komplementu; do tego konieczne jest małe obniżenie ciepłoty poniżej 35° C. CO_2-hemoliza Hymansa różni się od hemolizy, wywołanej przez doświadczenie Donath-Landsteinera, a mianowicie:

1) Hematolizyna opisana przez Donath-Landsteinera działa tylko przy 37° C po poprzedniem silnem oziębieniu; CO_2 — hemolizyna działa przy małem oziębieniu poniżej 37° C.

2) Dla powstania hemolizy Donath-Landsteinera nie potrzeba CO_2; dla działania hemolizyny Hymansa konieczny jest nadmiar CO_2.

3) Odczyn Donath-Landsteinera nie pojawia się stale w surowicy hemoglobinuryka; często dla uzyskania dodatniego wyniku trzeba dodać obcego komplementu. CO_2-hehemoliza bez wyjątku występuje przy ciepłocie pokojowej zawsze dodatnio, nigdy nie potrzeba dodawać obcego komplementu.

Odczyn Donath-Landsteinera często wtedy tylko jest dodatni, skoro użyjemy surowicy, otrzymanej przy 37° C; surowica, otrzymana przy ciepłocie pokojowej, dajc wynik ujemny. Dla wywołania CO_2-hemolizy jest obojętne, przy jakiej ciepłocie surowica z krwi została otrzymaną.

4) W doświadczeniu Donatha-Landsteinera można surowicę nieczynną (przez ogrzanie do 50° C) napowrót reaktywować przez dodanie świeżej ludzkiej surowicy, natomiast surowica nieczynna (przez ogrzanie do 50° C) nie odzyskuje zdolności do CO_2-hemolizy przez dodanie świeżej ludzkiej surowicy.

Jak widzimy CO_2-hemoliza Hymansa »in vitro« pozostaje w warunkach najbardziej zbliżonych do odnośnej sprawy chorobowej »in vivo«, t. j. w ustroju ludzkim.

Wobec powyższych wyników postanowiliśmy w naszym przypadku powtórzyć doświadczenia Donath-Landsteinera i Hymansa.

Doświadczenia Donath-Landsteinera z krwią hemoglobinuryka wykonaliśmy w czasie wolnym od napadu dwukrotnie, przyczem pierwszy raz, t. j. (18. XI.) w 6 dni po napadzie, wynik był zaledwie dodatni (+), w 8 dni zaś po napadzie (20. XI.) odczyn w tych samych warunkach wykonany, był bardzo wybitny (+ + +); natomiast odczyn z krwią zdrowego człowieka wypadł zupełnie ujemnie. Równocześnie powtórzyliśmy i doświadczenia Hymansa zupełnie według jego wskazówek. W tym celu po utoczeniu krwi choremu na okresową hemoglobinurye w czasie wolnym od napadu (20. XI.) przez nakłucie żyły środkowej (v. mediana), odwłóknieniu przez lekkie bicie pręcikiem w ciepłocie pokojowej i natychmiastowem odwirowaniu oddzieliliśmy surowicę zupełnie wolną od hemoglobiny (S) zapomocą pipety, pozostałe zaś krwinki czerwone (E) wymyliśmy kilkakrotnie w rozczynie fizyologicznym (0.85%). Na Cl. Tak samo przygotowaliśmy surowicę (s) i krwinki czerwone (e) z krwi zdrowego cztowieka. Następnie wykonaliśmy osiem doświadczeń, według poniżej uwidocznionego zestawienia, poddając w każdym przypadku 2 krople zawiesiny krwinek czerwonych w 15 kroplach surowicy krwi przez 2 godziny działaniu powietrza lub CO_2 przy ciepłocie 8° C, 16° C i 37° C i otrzymaliśmy następujące wyniki:

1) S + E przez 2 godziny przy 8° C w CO_2 : wynik + +
2) S + E » » » 37° C » » : » 0
3) S + E » » » 16° C na powietrzu : » ?
4) s + e » » » 16° C w CO_2 : » 0
5) s + E » » » 16_0 C » : 0
6) S + e » » » 16° C » : + +
7) S + e » » » 37° C » : 0
8) S + e » » » 8° C na powietrzu : 0

Z doświadczeń tych zgodnie ze spostrzeżeniami Hymansa wynika, iż we krwi hemoglobinuryka tylko surowica posiada własności hemolityczne, natomiast krwinki czerwone zachowywały się prawidłowo, jak również, iż powstawaniu hemolizy u chorego na hemoglobinurye okresową sprzyja w wysokim stopniu obecność CO_2 przy ciepłocie niższej, w granicach między 8—16° C, bez poprzedniego oziębienia. Surowica i krwinki czerwone krwi prawidłowej nie posiadają wcale własności hemolitycznych.

Równocześnie przedsięwzięliśmy szereg doświadczeń co do wytrzymałości krwinek czerwonych (dokładnie wypłukanych w rozczynie fizyologicznym 0.85% Na Cl) tak ze krwi chorego na okresową hemoglobinurye, jak i ze krwi prawidłowej, na rozczyny wodne 0.5—1% kwasu octowego i na wolny CO_2. Owóż nie mogliśmy zauważyć żadnej różnicy w zachowaniu się krwinek (u hemoglobinuryka i prawidłowych) w obu przypadkach wobec rozczynów kwasu octowego; CO_2 zaś, wprowadzony do zawiesiny krwinek czerwonych w rozczynie fizyologicznym Na Cl przez 5 minut w ciepłocie pokojowej, wywoływał wybitne ślady hemolizy przy zadziałaniu na krwinki czerwone hemoglobinuryka, a zachowywał się obojętnie wobec krwinek czerwonych krwi prawidłowej. Natomiast hemoliza wystąpiła bardzo wybitnie, skorośmy CO_2 wprowadzali w ciepłocie pokojowej przez 5 minut do zawiesiny ciałek czerwonych z krwi hemoglobinuryka w rozczynie fizyologicznym Na Cl i dodali do tej zawiesiny poprzednio nieco surowicy (S) tegoż hemoglobinuryka, gdy taki sam dodatek surowicy prawidłowej (s) już nie wywoływał hemolizy. Toż samo nie wystąpiła hemoliza, skoro doświadczenie to w równych zresztą warunkach powtórzono z zawiesiną ciałek czerwonych krwi prawidłowej z domieszką surowicy prawidłowej. Nie ulega zatem wątpliwości, iż odporność krwinek czerwonych na CO_2 jest u hemoglobinuryka bezwarunkowo zmniejszona w porównaniu z krwinkami czerwonemi prawidłowemi.

Streszczając wyniki spostrzegania klinicznego i odnośnych doświadczeń w naszym przypadku, dochodzimy do wniosków następujących:

1) Napady okresowej hemoglobinuryi powstawały zawsze pod wpływem zadziałania znacznie obniżonej ciepłoty, t. j. po zastosowaniu kąpieli lodowej nożnej, lub po przeziębieniu się chorego. Podwiązanie kończyny, jak i wzruszenia pozostawały bez wpływu. Napad, który zapowiadał się początkowo ciężko, został przerwany po ogrzaniu kończyn dolnych gorącymi okładami, a więc pod wpływem ciepła. Napady można było wywołać w dobę po sobie.

2) We krwi chorego na okresową hemoglobinurye znajdują się swoiste hemolizyny. Własności hemolityczne posiada wyłącznie tylko surowica krwi, a nie krwinki czerwone. Krwinki czerwone okazują wybitnie zmniejszoną odporność na CO_2 wolny.

3) Do powstania hemolizy »in vitro« konieczne było

zadziałanie wolnego CO_2 przy ciepłocie pokojowej (16° C), co bardzo zbliża się do odnośnych warunków »in vivo«. Wogóle CO_2-hemoliza Hymansa odgrywa tu ważną rolę.

4) Równocześnie z pojawieniem się hemoglobinuryi można stwierdzić hemoglobinemię. W surowicy krwi naówczas znajdowała się czysta oksyhemoglobina bez domieszki innych barwików krwi, jak methemoglobiny i t. p. W czasie wolnym od napadu surowica krwi nie zawierała oksyhemoglobiny, lecz tylko barwik prawidłowy, należący do grupy lipochromów.

5) Bardzo ważnym czynnikiem w powstawaniu CO_2-hemolizy jest wpływ nerwów naczynioruchowych i wydzielniczych. Małe dawki atropiny, które nie wywołały jeszcze rozszerzenia źrenicy, widocznie już hamowały pod każdym względem powstanie i przebieg napadu; natomiast mała dawka pilokarpiny przyspieszyła wystąpienie napadu. Wobec tego, bardzo prawdopodobnem jest, iż niepoślednią rolę w powstawaniu CO_2-hemolizy odgrywa zwiększona czynność wydzielnicza komórek śródbłonkowych naczyń, zależna od zwiększonej pobudliwości odnośnych nerwów wydzielniczych i naczynioruchowych.

6) Parcie krwi podczas napadu nieznacznie się zwiększa.

7) Obraz hematologiczny wykazywał znaczny spadek limfocytów w czasie napadu, a wogóle przemawiał za stałem podrażnieniem narządów krwiotwórczych.

Wogóle na podstawie powyższych danych przedstawia się nam patogeneza napadów hemoglobinuryi okresowej w następujący sposób.

U osobnika, którego krew okazuje zmniejszoną odporność krwinek czerwonych na CO_2 i zawiera swoiste hemolizyny, następuje wskutek zadziałania zimna podrażnienie nerwów naczynioruchowych skórnych i skurcz naczyń skórnych obwodowych, a równocześnie rozszerzenie naczyń włosowatych i zwolnienie prądu krwi w trzewiach brzusznych. Wobec tego w naczyniach trzewnych brzusznych znajduje się znaczniejsza ilość krwi, a tem samem i CO_2. Równocześnie zostają podniecone i nerwy wydzielnicze działające na komórki śródbłonkowe w drobnych naczyniach krwionośnych, a tem samem wzmaga się czynność wydzielnicza śródbłonka. Wskutek obecności swoistych hemolizyn, znaczniejszej zawartości CO_2 we krwi w rozszerzonem łożysku naczyniowem trzew brzusznych i obniżonej ciepłoty z powodu zwolnionego prądu krwi, jak również wskutek równocześnie zwiększonej wydzieliny komórek śródbłonka (komplement) wytwarzają się »in vivo« warunki dla CO_2-hemolizy (Hymansa). W ślad za powstaniem hemolizy wytwarza się hemoglobinurya. Skoro po pewnym czasie zaburzenia w krążeniu się wyrównają, ustaje i hemoglobinemia, a tem samem i hemoglobinurya. Rozpad krwinek czerwonych w czasie napadu stanowi podnietę dla następowej czynności regeneracyjnej narządów krwiotwórczych.

Nie da się rozstrzygnąć, co spowodowało zmniejszoną odporność krwinek czerwonych na CO_2. Wprawdzie możnaby w naszym przypadku wobec wybitnego odczynu Wassermanna przypuszczać kiłę pomimo zaprzeczenia chorego, jednakże trudno nam się skłonić stanowczo do tego zapatrywania, skoro zważymy, iż kiła należy do bardzo częstych, a natomiast okresowa hemoglobinurya do bardzo rzadkich zjawisk chorobowych.

Piśmiennictwo. 1) Senator. Haemoglobinurie. Realencyklop. der gesamten Heilkunde Eulenburga 1886 r. — 2) Chwostek. Uber das Wesen der paroxysmalen Haemoglobinurie. Leipzig u. Wien 1894. — 3) Grawitz. Klinische Pathologie des Blutes 1896. — 4) Donath-Landsteiner. Münchener med. Woch. 1904. — 5) Langstein. Über paroxysmale Haemoglobinurie im Kindesalter. Berl. klin. Woch. Nr 34 1905. — 6) Pel. Berl. klin. Woch. Nr 24 1907. — 7) Moro i Noda. Paroxysmale Haemoglobinurie u. Haemolyse in vitro. Berl. klinische Woch. Nr 5. 1909. — 8) Erich Meyer u. E. Emmerich. Uber paroxysmale Haemoglobinurie. Deutsches Archiv f. klin. Med. 1909 Bd. 96. — 9) Stschastnyj. Blutplättchen u. haemolytisches Serum. Berl. klin. Woch. Nr 22. 1909. — 10) Czernecki. Haemoglobinurie u. Haemolyse. Wien. klin. Woch. Nr 42. 1909. — 11) Hymans van dem Bergh. Blutuntersuchungen über die Haemolyse bei der paroxysmalen Haemoglobinurie. Berl. klin. Woch. Nr 27. 1909 i Nr 35. 1909.

Suchy odczynnik białka w moczu.

Podał

Adolf Edelman, ryg. med.

»Uważam zaniedbanie zbadania moczu w badaniu chorego za wielki błąd«, mówi Leube w swej dyagnostyce chorób wewnętrznych. Słowa te wielkiego klinicysty odnoszą się w pierwszym rzędzie do badania co do białka, chociaż niewątpliwie powinien lekarz badać mocz każdego chorego także i co do cukru.

Pominięcie badania moczu bywa często źródłem błędnego rozpoznania, a co gorsza fałszywego leczenia. Miałem sposobność widzieć w Helouanie w Egipcie (gdzie zimuje mnóstwo chorych na nerki ze wszystkich prawie krajów) bardzo wiele zaniedbanych spraw nerkowych. W jednym z tych przypadków dopiero po 5 latach choroby zbadano mocz, w którym znaleziono 12‰ białka; w innym leczono chorego długi czas hydropatyą, aż dopiero napad mocznicy zwrócił uwagę na mocz.

Gdzie leży przyczyna, że lekarze nie badają tak często moczu, jak to czynić powinni? Zdaje mi się, że główną przyczyną tego stanu rzeczy są pewne trudności natury technicznej. Oto lekarz nie zawsze może nosić lub wieźć ze sobą do chorego odczynników, np. kwasu azotowego lub ługu potasowego, a wskutek tego nieraz zaniedbywa badania moczu, choć zdaje sobie nawet sprawę z tego.

Ten stan rzeczy skłonił mnie do prób spreparowania odczynnika do badania białka w takiej formie, w której mógłby go lekarz nosić przy sobie, — odczynnika, którymby mógł szybko i wszędzie zbadać mocz.

Po całym szeregu doświadczeń z wieloma odczynnikami białka doszedłem do wniosku, że najlepiej nadaje się do tego celu kwas sulfosalicylowy. Z kwasu tego sporządziłem pastylki o wadze 0,5 g. przy pomocy cukru mlecznego według recepty: »Rp. Acidi sulpho-salicylici, Sacchari lactis aa 2,5, M. f. l. pastilli Nr X. D. ad lagenam coeruleam, S. Reagens«. Użyłem cukru mlecznego jako środka chroniącego od przyciągania wody, w kwasie bowiem sulfosalicylowym zawiera się drobina kwasu siarkowego, który, jak wiadomo, bardzo energicznie przyciąga wodę, co uniemożliwiłoby dłuższe przechowywanie pastylek.

Pastylkę wrzuca się do mniej więcej 15—30 cm^3 moczu w szklance, flaszeczce, na łyżce lub choćby skorupce glinianej. Pastylka rozpuszcza się szybko i łatwo, a po jej rozpuszczeniu mocz zawierający białko silnie mętnieje, a mocz prawidłowy nie zmienia się.

Odczynnik ten daje odczyn mniej więcej w tych granicach, jak kwas azotowy, a więc wskazuje ilości mniejsze, niż 0,03‰ białka*).

*) Wiadomość o tym suchym odczynniku, obmyślonym i wypróbowanym przez autora powyższej notatki zupełnie samodzielnie, podajemy jako pożyteczne przypomnienie o praktycznej próbie, mało znanej i mało używanej. Próbę z kwasem sulfosalicylowym, opisaną jeszcze w r. 1889 w »Pharmaceutische Centralhalle« (str. 549) i r. 1891 w »Brit. med. Journal« (Nr 1581, 837) polecił potem do celów praktycznych, jako t. zw. »portative Eiweissprobe« Ott w r. 1894 (Deutches Archiv. f. klin. Medizin. 503, 67). (Przyp. Red.).

Najnowsze biologiczne metody rozpoznawcze gruźlicy

(Przegląd krytyczny)

podał

Dr Jan Nowaczyński

demonstrator kliniki lekarskiej Uniw. Jag.

Wiadomo, jak trudne nieraz jest rozpoznanie gruźlicy w ustroju, zwłaszcza płuc, szczególnie zaś w jej początkach i jak zarazem ważne jest ono tak dla lekarza, jakoteż i dla chorego. Stąd też nie ustają usiłowania badaczy, zmierzające do znalezienia pewnych metod rozpoznawczych, któreby ułatwiły skuteczne leczenie choroby. W ostatnich czasach badania biologiczne poczyniły znaczne postępy, a liczne na nich oparte prace, powiększyły i wzbogaciły liczbę metod, jakie posiada klinika dla rozpoznania chorób zakaźnych. Metody te starano się też zastosować i dla rozpoznania gruźlicy.

W niniejszem zestawieniu mam zamiar przedstawić owe metody rozpoznawcze, zwłaszcza metody najnowsze, poddając zarazem krytycznej ocenie ich wartość, oraz wyniki jakie one dają. Zestawienie to nie będzie może zupełne, a to dlatego, iż opieram się w głównej mierze na piśmiennictwie francuskiem, wspominając tylko przygodnie innych (niemieckich, angielskich) autorów.

Metody biologiczne, zmierzające do rozpoznawania gruźlicy, można podzielić na dwie grupy:

I. Pierwsza grupa obejmuje metody, polegające na zjawisku t. zw. allergii, czyli zmienionego biologicznego odczynu ustroju uodpornionego lub chorego pod wpływem jadu gruźliczego, odczynu który właśnie ma stanowić kryteryum rozpoznawcze. Tu należy odczyn tuberkulinowy ze swemi odmianami.

II. Druga grupa, to metody opierające się na pewnych własnościach, jakich nabywają soki ustroju, przedewszystkiem surowica krwi w ciągu rozwoju choroby, czyli pod wpływem działania zarazka (zdolność aglutynacyi, precypitacyi, własności opsoniczne i t. p.) Metody które w niniejszem zestawieniu uwzględnić zamierzam, są następujące:

1) aglutynacya,
2) precypitacya,
3) metoda odchylenia komplementu,
4) metoda Calmettea z jadem okularnika (cobra),
5) metoda opsoninowa,
5) odczyny anafilaktyczne
7) leukoreakcya, wreszcie
8) metoda meiostagminowa.

I. Odczyny tuberkulinowe.

Wykryta w r. 1890 przez Kocha tuberkulina zawiodła wprawdzie nadzieje, jakie w niej pokładano z początku co do jej własności leczniczych, nie mniej jednakże ma ona znaczną wartość, zastosowana w celach rozpoznawczych, a to z powodu odczynu, jaki wywołuje u osób gruźliczych. Odczyn ten, objawiający się nieraz bardzo gwałtownemi i groźnemi przypadłościami bądź to miejscowemi, bądź ogólnemi, zwłaszcza dawniej, kiedy stosowano tuberkulinę w dużych dawkach, zniechęcił wielu lekarzy do stosowania jej dla rozpoznania klinicznego. Używając jednakże dawek bardzo małych (dziesiętne części miligrama) usuwa się w znacznej mierze owe groźne skutki. Mimo to stosowanie tuberkuliny, zawsze jeszcze niebezpieczne, powinno być przeprowadzone z wszelkiemi ostrożnościami; w żadnym przypadku jednorazowa dawka wstrzykniętej tuberkuliny nie powinna przekraczać 0.002 gr.

Rozróżnić można trzy sposoby stosowania tuberkuliny w celach rozpoznawczych:

1. Wstrzyknięcie jednorazowe. Wstrzykuje się jednorazowo $^1/_2$ cm³ rozczynu tuberkuliny (4 cm³ tuberkuliny w 1000 cm³ wody karbolowej 5 : 1000), co odpowiada dawce 0.002 gr. Sposób ten jednakże nie jest pozbawiony niebezpieczeństw.

2. Wstrzykiwanie dawek rosnących. Sposób ten stosują głównie autorowie niemieccy, którzy, poczynając od dawek małych, 0.2—0.5 miligr., dochodzą nieraz do dawek ogromnych, do 10—20 miligramów. Stosując w ten sposób rosnące dawki tuberkuliny, dochodzi się ostatecznie do dawki, nie obojętnej nawet dla ustroju zdrowego, która wywołać w nim może odczyn już nie swoisty i fakt ten też obniża nieco wartość tej metody. Tak np. spostrzegano odczyn u 64 na 100 osobników pozornie zdrowych po zastosowaniu dawki 1—3 miligr. po zastosowaniu dawki 1 centygr. odsetek oddziałujących wzrósł do 96%. W każdym razie roztropny lekarz powinien unikać używania dawek tak dużych i niebezpiecznych.

3) Powtarzające się wstrzykiwania dawek małych. Niektórzy klinicyści, jak Moeller, Loewenstein, Ostrowsky (Congrès de la tuberc. 1905) radzą stosować dawki małe 0,1—0,2 miligr. i powtarzać je 4—5 razy w przerwach 3—4 dniowych; jest to sposób najmniej niebezpieczny. Dawki te stwarzają w ustroju ludzkim stan nadczułości (hypersensibilité) tak że ustrój oddziałuje później już szybko na małe dawki powtórne. I tak około 95 na 100 osób gruźliczych oddziaływało już na trzecie lub czwarte wstrzyknięcie. Tej metodzie można jednak zarzucić to, że odczyn jaki tuberkulina w ten sposób zastosowana wywołuje, polega raczej na anafilaksyi miejscowej wobec tuberkuliny, niż na obecności gruźlicy u danej osoby. Do celów rozpoznawczych używa się prawie wyłącznie tuberkuliny Kocha (tuberkuline brute, Alttuberkulin) w rozczynach 1% lub 1‰ z wodą karbolową.

Najpraktyczniejszym sposobem stosowania jest wstrzykiwanie podskórne zapomocą strzykawki, najlepiej szklannej, oczywiście wśród zachowania wszelkich reguł antyseptyki i aseptyki; najodpowiedniejszy czas, godziny przedpołudniowe. Ciepłota badanej osoby nie powinna przekraczać 37° C przynajmniej 1—2 dni przed wstrzyknięciem. Dawka pierwszego wstrzyknięcia, zależna zresztą od sposobu, jaki się z wyżej wymienionych wybierze, rozpoczyna się od 0,1—0,5 miligr. poczem, o ile ustrój dawkę tę znosi bez odczynu, zwiększa się ją do 1 miligr. wreszcie podnosi do dawki granicznej, która jednak nie powinna przekraczać 10 miligr., a u osób słabych 5 miligr.; u dzieci stosuje się dawki o połowę mniejsze, niż u dorosłych.

Ustrój zdrowy nie oddziaływa wcale na wstrzyknięcie tuberkuliny w powyższych dawkach. Inaczej natomiast zachowuje się ustrój dotknięty gruźlicą, który szybko odpowiada odczynem, objawiającym się tak miejscowo, jak i ogólnie; głównym objawem odczynu ogólnego, jest podniesienie się ciepłoty; objaw ten powstaje regularnie i ze wszystkich innych jest najpewniejszy; toteż nim kierujemy się i jemu przypisujemy znaczenie w ocenianiu wyniku. Za dodatni można uważać odczyn, jeśli ciepłota podniosła się najmniej o 0.5 C w porównaniu z najwyższą ciepłotą stwierdzoną przed wstrzyknięciem; niektórzy klinicyści wymagają podniesienia się conajmniej 1°—1·5° C; ciepłota zaczyna się podnosić zazwyczaj w 6—8 godzin po wstrzyknięciu, dosięga szczytu po 12 godzinach i trwa 30 godzin, i dłużej. Prócz ciepłoty występuje jeszcze inne zaburzenie ogólnego stanu jak: dreszcze, zawroty głowy, nudności, do czego dołączają się bóle głowy, oraz członków, dolegliwości podmiotowe w narządzie dotkniętym sprawą chorobową, bicie serca, znużenie, bezsenność i t. p. Objawy te znikają w miarę opadania ciepłoty i nie pozostawiają trwałych następstw, jeśli i materyał starannie został wybrany i środek zastosowany według obowiązujących przepisów.

Na podstawie dodatniego wyniku odczynu można wnosić o obecności bakteryi gruźliczych względnie sprawy gruźliczej, toczącej się w ustroju, nie można jednakże orzec, czy w danym przypadku istnieje gruźlica utajona nieczynna, czy utajona czynna; w celu odróżnienia tych postaci sprawy

chorobowej trzeba mimo wszystko uciec się do badania klinicznego i oprzeć się na jego wynikach.

Odmiany odczynu tuberkulinowego. W pierwszym rzędzie wymienić należy odmianę odczynu tuberkulinowego, którą podał Pirquet (Tuberkulinreaktion durch kutane Impfung. Berl. med. Gesellsch. 20 maja 1907 Nr 20 str. 644). Badania jego dawniejsze (Die frühzeitige Reaktion bei der Schutzpockenimpfung. Wien. klin. Woch. 1906 r. str. 855) nad szczepieniem krowianki u dzieci, w ciągu których zauważył, że rewakcynacya dzieci świeżo szczepionych wywołuje odczyn skórny pod postacią guzka, pojawiającego się w ciągu 24 godzin i następnie znikającego, naprowadziły go na myśl zastosowania metody szczepiennej u dzieci gruźliczych przez użycie tuberkuliny jako szczepionki. Objawy, jakie przytem spostrzegał, były podobne do objawów odczynu u dzieci rewakcynowanych, a odczyn nazwał odczynem skórnym (Cuti-reaction).

Wkrótce po Pirquecie różni autorowie podali szereg innych sposobów stosowania tuberkuliny. I tak Moro (Münch. med, Woch. 1908 Nr 5 str. 216) zalecił stosować maść, w której skład wchodzi tuberkulina stara Kocha z lanoliną w równych częściach; maścią tą naciera się powłoki brzuszne w okolicy nadpępcza (epigastrium) przez 30—60 sekund na przestrzeni 5 cm³. Liguières (Centrbl. f. Bakt. 1908 XLVI str. 373) polecił tuberkulinę czystą, którą naciera się skórę uprzednio ogoloną i odkażoną wyskokiem. Lautier (Compt. rend. Soc. Biolog 1908 Nr 2 str. 91) przykładał na skórę tampon z waty, napojonej 2—3 gr. tuberkuliny strąconej wyskokiem i rozcieńczonej w stosunku 1:100 na skórę; tampon ten przytrzymuje się zapomocą przylepca przez 24 godzin. Te trzy odczyny noszą nazwę odczynów naskórnych (reactions percutanées). Mautoux (Comp. rend. Acad. des sciences t. CXLVI str. 355) poleca wstrzykiwać tuberkulinę w ilości jednej setnej miligrama zapomocą strzykawki, opatrzonej w bardzo cienką igłę w samą skórę (derma) jestto t. zw. odczyn śródskórny (intradermoréaction) Metodą tą posługują się często lekarze francuzcy.

Prawie równocześnie z Pirquetem, Calmette ze swymi uczniami (Breton, Petit, Painblanc (Compt. rend. Acad. des scienc. 1907, 17. czerwca, str. 1324) z jednej strony, a Wolff-Eisner (Beiträge zur Klinik d. Tuberkulose Bd. IX. 197), z drugiej niezależnie od siebie wpadli na pomysł zastosowania tuberkuliny na spojówkę oka. Metoda ta nosi nazwę odczynu spojówkowego (oculo-réaction).

Wkrótce idąc za ich przykładem, zaczęto stosować tuberkulinę na inne błony śluzowe: Laffite, Dupont, Molinier (Compt. rend. Soc biolog. 1908, str. 14 i 72) na błonę śluzową nosa w rozczynie 1: 100, czy to zapomocą nakłucia sztylecikiem, czy też przez założenie tamponu, który pozostawał przez 10 minut — (rhino-réaction). Richter (Zeitschr. f. Infektionskrankh. t. V. str. 34) stosował tuberkulinę na błonę śluzową pochwy (vagino-réaction), wreszcie Calmette i Breton (Compt. rend. Soc. biolog. 1908, Nr 4, str. 163) na błonę śluzową odbytnicy w ilości 1 centigr.

Ze wszystkich tych sposobów dwu przeważnie używa się w praktyce klinicznej, t. j. odczynu skórnego (z jego odmianą. t. j. intradermoreakcyą), oraz odczynu ocznego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Prof. Henle. **Zastosowanie hormonu perystaltycznego w chirurgii.** (Zentrlbl. f. Chir. 1910, Nr 42). Dla podniecenia ruchu robaczkowego po operacyach używał H. w szeregu przypadków podskórnych wstrzykiwań fizostygminy w dawce 1,0 do 1,2 miligrama, poleconych przez Vogla. Środek ten jednak niejednokrotnie zawodził, a w 2 przypadkach spostrzegał H. po nim ciężki zapad. Dlatego tem chętniej rozpoczął próby z hormonem perystaltycznym, wytwarzanym przez żołądek i górną część dwunastnicy na szczycie trawienia i dającym się uzyskać sztucznie z błony śluzowej tych części przewodu pokarmowego, a jeszcze dogodniej ze śledziony, gdzie się ten hormon gromadzi. Na zasadzie doświadczeń na zwierzętach, wykonanych przez kilku autorów, podjął H. próby z tym hormonem u ludzi. Posługiwał się do prób hormonem, wyrabianym jałowo ze śledziony przez fabrykę chemiczną akcyjną (dawniej Scheringa) w Berlinie, wstrzykując po 15 cm³ (jedną flaszeczkę) w mięśnie, w przypadkach nagłych śródżylnie. Ze skutków ubocznych pojawiało się tylko podniesienie ciepłoty krótkotrwałe do 37·5—39; zaburzeń ze strony serca nie było nigdy. W szeregu odpowiednich przypadków, z których dokładniej dwa przytacza, uzyskał H. skutki bardzo pomyślne. W przypadkach, w których (w dobę po operacyi) szybko wzmagały się objawy porażenia jelit i szmery jelitowe już znikły, powracała w 3 godziny po wstrzyknięciu hormonu czynność ruchowa jelit, a po dalszych 3 godzinach odchodziły obficie wiatry. Równocześnie z powrotem ruchu robaczkowego poprawiał się szybko stan ogólny. H poleca gorąco dalsze próby, rokując z dotychczasowych swych doświadczeń jaknajlepsze nadzieje. Z.

Blad. **O rodzajach działania i wskazaniach gastroenterostomii.** (Arch. f. kl. Chir. 92. III.). B. badał szczegółowo treść żołądkową w 20 przypadkach przed i po połączeniu żołądka z jelitem i przekonał się, że przeszło w połowie przypadków opróżnianie się żołądka wcale po operacyi się nie polepszyło, a nawet w 6 przypadkach było gorsze, niż przed operacyą. Zwłaszcza dotyczyło to przypadków, gdzie odźwiernik był drożny, a wrzód znajdował się gdzieś w innej części żołądka. Natomiast przy zwężeniach odźwiernika opróżnianie polepszało się wybitnie. Poprawa kliniczna następowała nawet tam, gdzie mechanizm się nie poprawiał. Połączenie żołądka z jelitem zmniejsza kwaśność soku żołądkowego, co zapewne wpływa też korzystnie na dolegliwości podmiotowe. — Wobec tych danych uważa Blad gastroenterostomię za przeciwwskazaną w przypadkach, w których niema wybitnych zmian w części odźwiernikowej, a wrzodowi towarzyszy nieżyt żołądka z brakiem wydzielania soku (achylia). K.

Bircher. **Kątnica ruchoma.** (Med. Klinik 1910, Nr 40). Ruchoma kiszka ślepa (coecum mobile) daje podług Wilmsa nieraz zupełnie podobne objawy, jak przewlekłe zapalenie wyrostka. Nieraz też rozpoznaje się to drugie i usuwa wyrostek bez skutku; w takich przypadkach jedynie umocowanie jelita wiedzie do wyleczenia. Objawy kliniczne: napadowe bole, które poprzedza zaparcie stolca i wzdęcia, a kończy biegunka. Bole przechodzą ze strony prawej na lewą. Nieraz wyczuć można jelito, jako ciało elastyczne, wybitnie kruczące. Bole pochodzą z dwu przyczyn: 1) Kątnica jest za długa, a przez to krezeczka wyrostka stosunkowo za krótka, ulega ciągłemu pociąganiu. 2) Bole pochodzą od przyczepu krezki samego jelita. Ruchomość kątnicy może być nabytą (przewlekłe zaparcia) lub wrodzoną. W pierwszym razie leczenie dyetetyczne może doprowadzić nawet do wyleczenia. Po operacyi w 75% wynik bywa zupełnie dobry. Rozpoznanie potwierdza badanie rentgenowskie. Zwykle zawiesina bizmutu pozostaje w kiszce ślepej około 24 godzin; przy kątnicy ruchomej — 2—3 dni. K.

Melchior. **O niebezpieczeństwach forsownego rozszerzania zwieracza odbytu.** (Münchener medizinische Wochs. 1910, Nr 38). Powszechnie utarło się mniemanie, że rozszerzanie zwieracza, a nawet jego nacinania są zupełnie dozwolone, bo ewentualna niedomykalność stolca ustępuje potem szybko. Mistrz chirurgii Volkmann polecił nawet rozszerzać zwieracz tak, by palce gwałtownie oparły się o guzy siedzeniowe! Potem powinno na pewien czas

nawet wystąpić wypadnięcie błony śluzowej. M. na podstawie szczegółowego zbadania chorych operowanych z powodu szczeliny odbytu, przetok i guzów krwawniczych w klinice wrocławskiej Küstnera dochodzi do przekonania, że rozszerzenie gwałtowne zwieracza, wykonane zbyt silnie i nie w głębokiem uśpieniu, może w następstwie wywołać trwałą niedomykalność odbytu i stosunkowo lekkie cierpienie zmienić w stan ciężki i bardzo dla chorego przykry. Powinno się też postępować przy rozszerzaniu zwieracza nie gwałtownie i do rozszerzania głęboko uśpić chorego. K.

Prof. Goebell. **W sprawie chirurgicznego leczenia zaparcia stolca.** (Mediz. Klinik 1910, Nr 45). Przyczynami wrodzonego przewlekłego zaparcia stolca są: choroba Hirschsprunga, ruchomość wstępującego jelita grubego lub ślepego, toniczny skurcz trzeciego zwieracza, a wreszcie, co najczęściej, nadmierne zastawki kiszki. Rozpoznanie stanowczo uczynić można jedynie przy pomocy promieni Röntgena i proktoskopii. Zastawek podług Houstona jest prawidłowo 3, rzadko więcej. Leżą one nad sobą spiralnie, najwyższa na granicy zagięcia esowatego po stronie lewej, niższa po prawej, a dolna na ścianie przedniej. Zastawki te nie powinny zajmować więcej, niż $^1/_3$—$^1/_2$ światła jelita, być bardzo grube, leżeć za blizko siebie, (w przeciwnym bowiem razie wywołują zaparcie stolca). W podobnych przypadkach stosowano w Ameryce przedzielenie tych zastawek »valvidotomię«. Robi się ją zapomocą kaustyki, lub co lepiej klamerek, które w 4—6 dni wywołują zgorzel zastawki i odchodzą ze stolcem. G. na zasadzie własnego doświadczenia poleca ten drugi sposób. Skutek bywa potem znakomity. Podobne obrazy zastawek daje i opadnięcie trzew, ale z chwilą wyprostowania ściany znika i rzekoma zastawka. Przy »megacolon« stosuje się w danym razie wycięcie, najlepiej kilkuczasowe, przy ruchomem jelicie umocowanie do otrzewnej ściennej. Zaparcie wywoływać mogą także i zrosty, n. p. często w okolicy zagięcia esowatego po durze (?). Zaparcie zjawia się w tych przypadkach oczywiście od czasu przebycia duru. K.

Prof. Kehr. **20 lat chirurgii kamicy żółciowej, rzut oka na 1600 operacyi.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 38). W pracy niniejszej zestawia K. 1600 operacyi kamicy żółciowej i wnioski praktyczne z tychże. Prócz dróg żółciowych ulega przy kamicy schorzeniu niezmiernie często także trzustka. Sączkowanie przewodów żółciowych, zwłaszcza wspólnego i wątrobnego, chroni od nawrotów, a raczej od przeoczenia (bardzo częstego) kamyków w głębszych drogach. Kehr operuje ze wskazania życiowego przy przewlekłem zatkaniu przewodu wspólnego, przy ropniaku woreczka, przedziurawieniu i raku. Wskazaniami względnemi są przypadki częstych napadów kolki, utrudniające pracę i odejmujące choremu ochotę do życia. Swe dobre wyniki zawdzięcza K. wprawie, jakoteż temu, że obecnie nie zajmuje się niczem innem, zwłaszcza nie operuje spraw ropnych na kończynach. Operuje najdłużej 30—40 minut. Cięcie prowadzi bardzo duże, by mieć dobry dostęp i przegląd pola operacyjnego. Przed operacyą poleca plombować zęby i utrzymywać je czysto, po operacyi poleca gimnastykę oddechu; uśpienie chloroformowo-eterowo-tlenowe; zapaleń płuc nie spostrzega prawie nigdy. K.

Pick. **Samoistne krwotoki do łożyska nerki.** (Med. Klinik. 1910, Nr 25). Cierpienie to należy do bardzo poważnych. Opisano dotąd 8 przypadków, z czego 6 chorych operowano (zmarło 4), a 2 nieoperowano (obaj zmarli). Cierpienie to występuje u osób dotkniętych stwardnieniem tętnic; prawie zawsze wykazywano przy tem przewlekłe zmiany w nerkach. Sprawa zaczyna się zwykle nagle, gwałtownymi, nieraz napadowymi bolami w okolicy nerki, rozpromieniającymi się w krzyże i dół brzucha. Występuje przytem wybitna bladość lub w razie dłuższego trwania choroby żółtaczka, niekiedy podwyższenie ciepłoty. Brzuch wzdęty, a nieraz wyczuć można z boku guz elastyczny. Rokowanie bez operacyi bardzo złe, bo krwiak wskutek sąsiedztwa kiszek ulega nieraz zakażeniu. Przed operacyą należy zbadać sprawność nerki, bo nieraz zajść może potrzeba jej usunięcia. Zwykle operacya polega na usunięciu skrzepów i wytamponowaniu jamy. K.

Brodnitz. **Udar nadnerczy.** (Münch. med. Woch. 1910 Nr 30). B. miał sposobność spostrzegać przypadek powyższego cierpienia, który był operowany i sekcyonowany. 35-letni silnie zbudowany człowiek po obfitym posiłku doznał w nocy silnych boleści o charakterze kolek z wymiotami. Podobny napad miał już 2 razy przed 2 i 4 laty, przyczem bole trwały po kilka godzin. Obecnie jednak bole trwały ciągle z małemi przerwami, przyczem ciepłota była prawidłowa, a tętno bardzo wolne i bardzo twarde. Ze względu na uporczywe bóle trzeciego dnia laparotomia; znaleziono jedynie silny skurcz jelit w 3 miejscach, zresztą wyrostek robaczkowy, wątroba, trzustka i żołądek bez zmian. Piątego dnia po operacyi zejście śmiertelne. Sekcya wykazała: zupełne zniszczenie prawego nadnercza, a częściowe lewego, przez krwotok. W lewem nadnerczu mikroskopowo udało się wykazać także stare zmiany po przebytych poprzednio krwotokach. Udar nadnercza wprawdzie trudno rozpoznać, zaprzeczyć się jednak nie da, że daje on osobny obraz chorobowy, cechujący się wolnem a silnem tętnem przy ciepłocie prawidłowej i kurczem jelit, objawiającym się szalonymi bolami bez wiadomej przyczyny i punktu wyjścia. Może do nadnerczy odnieść także należy kurcze jelit po operacyi nerek, wydarzające się nie rzadko. K.

Prof. Wilms. **Odczuwanie bolu w jamie brzusznej i znaczenie jego dla rozpoznania.** (Med. Klinik. 1910. Nr 1). Bole w jamie brzusznej są różnego rodzaju. Najdokładniej dają się określić kolki t. j. bole napadowe, trwające dość krótko, a występujące okresowo. Istota tych bolów nie polega, jak sądzi Nothnagel, na ucisku nerwów przy kurczeniu się danego narządu, lecz jest różna, zależnie od narządu. W jelitach polega ona na pociąganiu nerwów krezki; przy kolce ołowiczej jest ona przyrody neuralgicznej, przy kolce żółciowej polega na rozciąganiu pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych (kolki ustają z czasem, gdy ściany pęcherzyka zapalnie zgrubieją); podobnie dzieje się przy kolce nerkowej. Nie potrzeba do tego wcale zatkania dróg kamykiem. Również bóle przy przewlekłem zapaleniu wyrostka robaczkowego pochodzą od pociągania lub spraw zapalnych nerki (punkt Mac Burneya). Zupełnie podobną bolesność spotykamy nieraz na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego brzucha, jako wyraz przeczulicy nerwów, wstępujących w tem miejscu w pochewkę mięśnia. Bolesność tę spotyka się u gośćcowych i po wysiłkach fizycznych. Przy próbach siadania bez pomocy rąk miejsce to pozostaje bolesne przy obmacywaniu, natomiast bolesność głębsza zwykle znika. K.

Prof. Blumenthal. **O próbach leczenia mięsaka u szczurów.** (Med. Klinik. 1910, Nr 50). Próby czynnego uodpornienia i leczenia nowotworów datują się od r. 1902, kiedy Leyden ogłosił swe wyniki wspólnie z autorem, mianowicie zupełne wyleczenie raka odbytnicy u psa, przez szczepienia tkanką raka kiszki psa drugiego. Delbet podjął podobne próby u człowieka, wstrzykując jeszcze wśród uśpienia roztarte cząstki wyciętego guza. Przeciwko temu należy zaprotestować, albowiem przytem nie jest wyłączona możliwość przeszczepienia raka w inne miejsce. B. postanowił próbować podobnego leczenia, ale z tkanką nowotworową zabitą, a to mianowicie przez autolizę kilkodniową (roztartej tkanki w wodzie chloroformowej) w autoklawie. Przekonał się bowiem na zwierzętach, że autolizat taki nie może wywołać zakażenia, a często wywołuje u szczurów wyleczenia mięsaków, zwłaszcza miękkich. Autolizaty te tracą jednak swe uodporniające własności po 8 dniach stania na lodzie. K.

Hofstätter. **O mnogich brodawkach sutkowych i pachowych gruczołach mlecznych.** (Münch. med. Woch.

1910, Nr 44). Mnogie brodawki sutkowe nie są zjawiskiem zbyt rzadkiem. Podług Bardelebena występują one częściej u mężczyzn (w 9·1%), niż u kobiet (4·8%). Brodawka nadliczbowa naturalnie niezawsze jest wybitnie zaznaczona. Kayser twierdzi, że nieprawidłowość tę spotyka się specyalnie u Słowian (?), a Iwais dowodzi, że zwykle kobiety mające nadliczbowe sutki, rodzą też bliźniaki lub i trojaki. Hugh zwraca uwagę na dziedziczność tej nieprawidłowości. U mężczyzn nieraz zdarzają się zmiany w owłosieniu, mianowicie t. zw. »rozbieżny wir włosów«, jako »równoważnik« brodawki. H. spostrzegał w ostatnich czasach 49 przypadków tej nieprawidłowości. Związku nadliczbowych brodawek z ciążami mnogiemi nie stwierdził. Podług Bardelebena i Ammona wydarzać się ma nieprawidłowość ta częściej po stronie lewej, czego H. także nie stwierdził, natomiast zgodnie z innymi wykazał, że dodatkowe brodawki występują zwykle poniżej brodawki prawidłowej i bliżej linii środkowej. Zwykle nie spotyka się pod brodawką tkanki gruczołowej. Pigmentacya brodawki dodatkowej zwykle jest jaśniejsza od głównej. Co do ilości brodawek, to Neugebauer spostrzegał nawet 10. Hugh spostrzegał (i autor także) podwójną brodawkę w prawidłowej otoczce. Sporna jest sprawa co do przyrody t. zw. gruczołów mlecznych pachowych. Jedni uważają je za gruczoły mleczne, inni za powiększone nadmiernie gruczoły potowe lub łojowe. Niewątpliwie istnieją przypadki typowych gruczołów mlecznych pod pachą. Zwykle znajdują się one na przednim brzegu pachy i mięśnia piersiowego. Trzy podobne przypadki spostrzegał autor. Natomiast wiadomo także, na co zwrócił uwagę Seitz, że często w ciąży powiększają się, nieraz bardzo znacznie, pod pachą gruczoły chłonne lub gruczoły potowe, a w gruczołach potowych nieraz tworzą się przytem ropnie. Obrzęki te są zwykle bardzo bolesne. Gruczoły te mogą wydzielać nawet wydzielinę podobną do mleka. Duval spostrzegał podobne obrzmienia i na plecach. Podobnych gruczołów pachowych spostrzegał autor 5 przypadków. Guzy te są czasem liczne (5—6) i leżą jeden za drugim. W ostatnich czasach opisał Knaebel pod pachą guz, który miał zupełnie dobrze wykształconą brodawkę. Niestety gruczoły te nie były jeszcze w żadnym przypadku badane drobnowidowo. K.

Doc. Hirschel. **Kliniczne znaczenie t. zw. choroby Pageta (rakowy wyprysk sutka).** (Münch med. Wochs. 1910, Nr 50). Paget zwrócił swego czasu uwagę, że w następstwie, jak sądził, pewnego rodzaju wyprysków przewlekłych sutka i brodawki, opierających się leczeniu, zjawiają się typowe raki, tworzące przerzuty. Tymczasem nowsze badania wykazują, że Paget mylił się, mianowicie o tyle, że rak wtedy nie jest cierpieniem następowem, lecz przeciwnie pierwotnem, ale ukrytem w głębi sutka, a wyprysk jest już wyrazem docierania raka do powierzchni. Na dowód przytacza autor przypadki z własnego doświadczenia, badane mikroskopowo, gdzie klinicznie rozpoznawano jeszcze tylko wyprysk, a rak istniał już dawno. Oczywiście nie znaczy to, by nie istniały także i pierwotne, samoistne wypryski sutka. Cierpienie to postępuje zwykle dość wolno, tak że zwykle jest dość czasu na dokładne zbadanie przez próbne wycięcie i doszczętną operacyę. Wobec tego nazwa »rak sutka Pageta« o tyle jest niewłaściwą, że Paget sądził, iż rak występuje tu na tle wyprysku, a tymczasem rzecz ma się odwrotnie i dlatego autor proponuje nazwę: rakowy wyprysk sutka. Klęsk.

Kreuzfuchs. **Symptomatologia i częstość wola śródpiersiowego.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 1). Wole śródpiersiowe może czasem sprawiać trudności rozpoznawcze. Jednym z najczęstszych i najstalszych objawów jest trudność oddechu, zwłaszcza po wysiłku fizycznym. Często też przytem spotyka się bicie serca, rzadziej już trudności w połykaniu (na tle odruchu nerwowego, a nie ucisku bezpośredniego). Z objawów rzadszych wspomnieć należy o chrypce (porażenie nerwu zwrotnego) i kaszlu, zwężeniu tchawicy, dalej stłumieniu nad mostkiem, rozszerzeniu żył na szyi i klatce piersiowej, obrzmieniu twarzy, sinicy warg, ew. nierówności tętna i ucisku na splot barkowy (te ostatnie objawy bardzo rzadko występują). Często krtań jest ustawiona nizko. — Utrudnia rozpoznanie, brak wola na szyi. Podług autora prawie 1/3 chorych na wole ma także wole śródpiersiowe, a w 1·25% występuje ono tylko śródpiersiowo. Badanie promieniami Röntgena wyjaśnia zwykle zaraz całą sprawę. Nieraz wykrywamy promieniami dopiero przypadkowo wole śródpiersiowe, nie dające objawów klinicznych. K.

Marfan i Veau. **Patologia i chirurgia grasicy.** (Ass. franc. de Ped. Paryż. Sierpień). Przyczynami przerostu grasicy są najczęściej kiła i gruźlica, a przerost ten towarzyszy zwykle krzywicy i obrzmieniom innych narządów limfatycznych. Przerost może przebiegać skrycie lub też wywoływać ucisk narządów sąsiednich. Przerost wykazać można zapomocą opukiwania i radyoskopii. — Ucisk odbija się zwykle w pierwszym rzędzie na tchawicy w postaci duszności przewlekłej lub ostrej napadowej. Duszność jest wdechową, kaszel i mowa przytem swobodna. Napady duszności występują przy podnieceniu, wyciąganiu szyi ku tyłowi, we śnie i t. p. Napad trwać może różnie, od kilku minut do kilku godzin. Dzieci takie skłonne są do nieżytów oskrzeli. Zwykle objawy te ustępują same przy końcu drugiego roku życia. Rzadziej ugniata już grasica wielkie naczynia, zwłaszcza żyłę główną; wtedy spotykamy nabrzmienie żył szyjnych, sinicę twarzy, napięcie ciemiączek i t. p. Rozpoznawszy przerost grasicy, najpierw próbować trzeba leczenia rtęciowego, ew. arszeniku, jodu i t. p. Także radyoterapia oddaje pewne usługi, choć u małych dzieci jest właściwie przeciwwskazaną. W przypadkach ciężkich, przy duszności, przystępujemy do wycięcia grasicy (thymectomia), ale tylko wtedy, gdy przekonamy się, że wprowadzenie długiego tubusa poprawia oddech. (Marfan).

Sama operacya przedstawia się dość łatwo, bo grasica oddzielona jest od sąsiedztwa torebką, a rzadko tylko bywa zrośnięta z tchawicą. Zwykle udaje się ją usunąć bez naruszenia mostka i bez większego krwawienia, bo grasica jest bardzo mało unaczyniona. Cięcie środkowe poniżej kości gnykowej aż na mostek, usunięcie m. podgnykowych i usunięcie płatów grasicy podczas wydechu. Veau nie operuje przy duszności przewlekłej, lecz tylko przy napadowej i przy kurczu głośni. Zwykle wyniki są dobre, jeżeli operuje się w przypadkach, zaleconych przez Veau. K.

Seidel. **Wydobywanie ciał obcych z płuc.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 45). Autorowi powiodło się zapomocą dolnej bronchoskopii usunąć z oskrzela gwóźdź, który tkwił tam już lat 5, wywołując objawy, przypominające gruźlicę. Po wyjęciu zupełne i rychłe wyzdrowienie. Przypuszczenie ciała obcego budzą ograniczone zapalenia dolnego prawego płatu z objawami ropnia, a u osób starszych nieraz dziwna senność. U dzieci często szuka się w stolcu »połkniętego« ciała obcego, a tymczasem tkwi ono nieraz bez wybitniejszych objawów w oskrzelach. Nieraz rozjaśnia sprawę dopiero badanie promieniami Röntgena. Wydobycie zapomocą bronchoskopii udaje się zwykle, choć czasem trzeba na to nawet kilku długich posiedzeń. Zawsze jest to postępowanie lepsze, niż szukanie ciała obcego drogą chirurgiczną, które jest dla życia groźne, a bardzo często nie wiedzie do celu. Technika bronchoskopii wobec instrumentaryum, podanego przez Brüninga, jest obecnie łatwa, a prostsza, niż cystoskopia. K.

Higiena.

Langermann. **Badania nad sprawą oczyszczania się samoistnego wody, dokonane na wodzie łaźni publicznej w Giessen.** (Ztschr. f. Hygiene. Tom 64). Zbiornik kąpielowy, używany do pływania, którego wodę badano, bywa dwa razy na tydzień opróżniany. Woda jego o 16—18°C mętnieje w stosunku do ilości osób kąpiących się, w 3-cim

4-tym dniu zawiera małą ilość mydła, wyraźnie większą ilość chlorków oraz amoniaku, natomiast nie zawiera kwasu azotowego. Na 25 badań udało się wykryć w niej tylko 4 razy bakterye okrężnicy. Ilość bakteryi w wielu gatunkach wzrastała regularnie w wodzie basenu w pierwszym i drugim dniu po napełnieniu, malała trzeciego i czwartego dnia; fakt ten potwierdzało badanie prób wody, pobieranych w rozmaitych częściach basenu. Wobec wykluczenia, by objaw ten wywoływało wyczerpywanie się składników odżywczych bakteryi, światło, jak również ruch wody, gdy nadto nie można go było odnieść do wpływu — zbyt małej ilości — mydła, należało przyjąć, że wywołują go zawarte w wodzie pierwotniaki. Rozwój ich pozostawał w stosunku odwrotnym do rozmnażania się bakteryi, t. zn. w pierwszych dwóch dniach po napełnieniu zbiornika było ich bardzo niewiele, natomiast bardzo wiele w osadzie w dniu opróżnienia basenu; pochłaniały one widocznie wielkie ilości bakteryi. Na podstawie spostrzeżeń powyższych przyjmuje autor, że również i przy samoczynnem oczyszczaniu się wody rzecznej biorą udział pierwotniaki. Te same fakta spostrzegał L. również i w wodzie zbiornika do pływania w innej łaźni publicznej we Friedbergu.

Zaznaczyć się godzi, że już w r. 1897 spostrzegał Hesse w zbiornikach kąpieli ludowych znaczną ilość drobnych żyjątek w osadzie, nie przypisywał im jednak żadnego znaczenia. L. Bier.

Klut Hartwig. **Ilościowe oznaczanie żelaza w wodzie.** (Mitteil. a. d. köngl. Prüfungsanstalt f. Wasserversorrung u. Abwasserreinigung T. 12). Do oznaczenia małych ilości żelaza w wodzie zaleca autor metodę kolorymetryczną z rodankiem potasu. W tym celu żarzy suchą pozostałość celem zniszczenia połączeń organicznych, rozpuszcza ją w kwasie solnym, z którego wydziela żelazo amoniakiem, rozpuszczając je ponownie w kwasie solnym, zaprawionym kilkoma kroplami kwasu azotowego. Do oznaczenia większych ilości żelaza w wodzie zaleca metodę miareczkową z nadmanganianem potasowym. L. Bier

Klut Hartwig. **W sprawie pojawiania się amoniaku we wgłębnych wodach żelazistych i zawierających mangan.** (Mitt. d. köngl. Prüfungsanstalt f. Wasserversorgung u. Abwasserreinigung. T. 12). Przechodząc przez wierzchnie warstwy ziemi zabiera z nich woda opadowa azotany i azotyny oraz pochłania kwas węglowy. Stykając się w warstwach głębszych z siarczkiem żelaza, zawarty w wodzie kwas węglowy zamienia żelazo na dwuwęglan żelazowy oraz siarkowodór. Siarkowodór redukuje azotany na azotyny, a w dalszym ciągu azotyny na amoniak, który z kwasem węglowym zamienia się na węglan. Rozumowanie powyższe potwierdziły doświadczenia autora, dokonane z wodą obfitującą w azotany, działającą pod ciśnieniem kwasu węglowego na siarczek żelaza i mangan. W wodzie tej K. H. stale otrzymywał małe ilości amoniaku, którego pochodzenie tłomaczyć można jedynie procesem redukcyjnym z azotanów. Obecność przeto amoniaku w żelazistych wodach wgłębnych niema dla oceny jakości higienicznej wody żadnego znaczenia. (Oczywiście po wyłączeniu dopływów powierzchownych. Przypisek sprawozdawcy). L. Bier.

Grimm. **Wędrowanie bakteryi po ścianach wilgotnych, szczególnie po ścianach rur wodociągowych.** (Mitt. a. d. köngl. Prüfungsanstalt f. Wasserversorgung u. Abwasserreinigung T. 13). Na nowych ścianach metalowych, mosiężnych, cynkowych, ołowianych, oraz po gładkich ścianach szklanych i asfaltowych nie mogą bakterye wędrować do góry, udaje się im to natomiast na starych już używanych rurach ołowianych i żelaznych oraz na nowych rurach kamionkowych, w stopniu mniejszym po ścianach gumowych i drewnianych. Własność ta odegrać może nieraz rolę przy zakażeniu wody do picia, a zarazem powinna dać wskazówkę dla racyonalnej konstrukcyi rur, zwłaszcza zaś ich łączników. L. Bier.

Grimm. **Antyformin jako środek odkażający dla wód ściekowych.** (Mitt. a. d. köngl. Prüfunganstalt f. Wasserversorgung u. Abwasserreinigung T. 13). Dodatek 0,50% antyforminu do nieoczyszczonej miejskiej wody ściekowej odkaża ją w ciągu dwóch godzin; wobec wody ściekowej czyszczonej w przyrządzie Kremera wystarczy dodatek dziesięciokrotnie mniejszy. W wypadku pierwszym koszt odkażania 1 m^3 wody ściekowej wynosi kor. 6,60, w drugim wypadku 66 hal., jest zatem zbyt wysoki, zwłaszcza przy porównaniu z odkażeniem za pomocą podchlorynu wapniowego (koszt pięciokrotnie mniejszy). L. Bier.

Klut Hartwig. **Wpływ wody na rury wodociągowe zwłaszcza ołowiane.** (Mitt. a. d. köngl. Prüfungsanstalt f. Wasserversorgung u. Abwasserreinigung. T. 13). Każda woda tak miękka, jak twarda, kwaśna jak i alkaliczna zawierająca powietrze, rozpuszcza ołów świeżych rur ołowianych, dzieje się to zaś w stopniu wyższym, gdy woda zawiera większą ilość chlorków, azotanów i wolnego kwasu węglowego. Ilość ołowiu, rozpuszczonego z nowych rur ołowianych, jest dosyć znaczna i nie ma właściwie dla rur ochrony przeciwdziałającej działaniu nadżerającemu wody. Woda w ruchu będąca nie rozpuszcza ołowiu w tej ilości, w której dałoby się go stwierdzić, natomiast rozpuszcza go woda stojąca w rurze; stąd zaś płynie wskazanie, by wodę, zalegającą w rurze czas dłuższy, wypuszczać bez użytku. Wody działające wobec kwasu rosolowego alkalicznie i posiadające twardość całkowitą powyżej 7 stopni niem. nadżerają tylko początkowo rury, później rozpuszczalność ołowiu w tych wodach zwolna maleje i to tak dalece, że z chwilą wytworzenia się na wewnętrznej powierzchni rury warstwy ochronnej rozpuszczalność ta nie odgrywa żadnej roli. Metoda Rużiczki oznaczania rozpuszczalności ołowiu w wodzie nie da się zastosować wobec wód wodociągowych, zawierających zawsze powietrze, odnosi się bowiem do wód odpowietrzonych. Już ze składników chemicznych wody można dostatecznie pewnie ocenić, czy woda jakaś wytworzy na powierzchni rur ołowianych warstwę ochronną.

L. Bier.

Eckhardt. **Przyczynek do zatrucia cyną.** (Zeitschr. f. Untersuch. d. Nahrgs. u. Genussmittel. Tom 18. Z. 3). Pies, który spożył ser śmietankowy wraz ze staniolą cynową, zdechł wśród wymiotów, biegunki i objawów porażenia, a w jego wątrobie znaleziono prócz śladów ołowiu znaczniejsze ilości cyny. Dało to powód do doświadczeń. Króliki, którym podano kilkakrotnie sole cynowe, chlorek cynawy, winian i octan cynowy, padały ze zmianami przewlekłego nieżytu żołądka, miąższowego zwyrodnienia wątroby, nerek i serca, przyczem chlorek działał na błonę śluzową żołądka więcej drażniąco od związków organicznych. Kał zawierał dosyć wiele cyny, mocz obok białka rzadko ją zawierał. Przed śmiercią występowały u zwierząt nieraz objawy porażne. Prócz w żołądku, zawierającym większe ilości cyny, zawierały ją w ilości większej 0.0019—0009 gr. nerki i wątroba. W warstwie zewnętrznej dwóch gatunków serów śmietankowych, Neufchatel i Camembert, świeżych i dosyć twardych, znalazł E. 0,0013 do 0,0045 gr. cyny na 1 kg. 0,139—0,319 gr. Resztki tegoż sera, zawinięte ponownie w staniolę i przechowane przez 10 dni przy 30° C., zawierały 0,048—0,095 gr. cyny, na 1 kg. 0,828—2,159 gr. Staniola była mocno nadżarta, a w miejscach zetknięcia z serem zczerniała, ser na brzegach ciemniejszy, niżeli w środku, zabarwiony na szarawo. Przy dojrzewaniu sera przechodzi przeto do niego ze stanioli nieco cyny. Niemożna jednak napewno twierdzić, by cyna ta miała szkodliwie oddziaływać na zdrowie, w każdym jednak razie jest rzeczą wskazaną usuwać ze sera przed spożywaniem części jego zewnętrzne, zwłaszcza zabarwione szarawo. L. Bier.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Cykloform poleca Wyss przy bolesnych cierpieniach kiszki stolcowej w czopkach po 0.3, lub jako 20% maść. (Arch. f. Verdauungskr. 16. IV.). A.

Przy uśpieniu ogólnem są podług Gräfenberga bardzo pomocne podskórne wstrzykiwania 2% jałowego pantoponu i to po 0,02 t. j. 1 cm³ kupnego rozczynu) na 1½ i ½ godziny przed rozpoczęciem uśpienia. Takie wstrzykiwania oddają także cenne usługi przy porodzie. (Deutsche med. Wochs. Nr 34). A.

Do cucenia n. p. w narkozach, zatruciach i t. p. poleca Levi z Florencyi mieszaninę gazów: 15 (do 30%) CO_2 i 85 (70%) tlenu. (Wiener klin. ther. Wochs. Nr 40, 1910). A.

Włosie końskie jako materyał do szwu poleca Schizinger. Używa on od wielu lat nitek długich, które odczyszcza w sodzie, a potem pozostawia po 6 godzin w 5% karbolu i alkoholu i przechowuje na sucho. (Münch. med. Wochs. Nr 50). A.

Opaski z cienkiego przetykanego drutem materyału, dające się w jednej chwili ogrzewać elektrycznością aż do 80°, a więc znakomicie działające jako gorące okłady, podał Jahr. (Deutsche med. Wochs. Nr 51, 1910). A.

Przy przetokach gruźliczych poleca Blos uzyskiwany z balsamu peruwiańskiego ester allylowy kwasu cynamonowego. Jest to płyn jasny, o aromatycznej woni; używa się go w bardzo małej ilości. Z początku wywołuje on silny odczyn. (Deutsche med. Wochs. Nr 50). A.

Podwójny wyciąg przy złamaniach kości, łatwy do wykonania, podał Heermann. Składa się on z dwóch tutorów gipsowych, założonych powyżej i poniżej złamania. Do nich wkręca się dwie szyny i ustala je pod kontrolą promieni Röntgena, a na nich naciąga plastry, założone na ciało pod tutorami. (Deutsche med. Wochs. Nr 50). K.

Przy wrodzonych zwichnięciach stawu biodrowego nie zakłada Röpke w razie dobrego ustawienia główki po głównym opatrunku żadnych następnych, lecz pozostawia dzieci w łóżku własnemu losowi; po 4—6 tygodniach ruchy w stawie pojawiają się same przez się. (Tow. lek. Jena, 23. II. 1910). A.

W miejsce zwykłego wypuszczania lub aspiracyi wysięków opłucnych poleca Holmgren ze Stockholmu założenie dwóch otworów do jamy opłucnej i wypędzanie płynu zapomocą wpędzania gazu do opłucnej. H. wyraża zdanie, że należy zawsze doszczętnie i skrupulatnie usuwać wysięk, a nie zostawiać reszty w nadziei samoistnego wessania, albowiem przez to tworzą się zrosty i t. d. (Mitt. a. d. Grenzgeb. T. 22. II.). K.

W białaczce w jednym przypadku osiągnięto dobry wynik przez leczenie promieniami Röntgena i następowe wycięcie śledziony. Donosząc o tem, zwraca Ziegler uwagę, że dotąd prawie zawsze przy białaczce usunięcie śledziony pociągało za sobą złe skutki. (Tow. lek. Wrocław, 1. III. 1910). A.

Wyleczenie radem mięsaka pęcherza moczowego w 21 posiedzeniach 20-minutowych przez naświetlanie wnętrza od przetoki operacyjnej uzyskali Paschkis i Tittinger. (Wiener klin. Wochs. Nr 48). A.

Przy niemożności zatrzymania moczu u dzieci poleca Wiliams próbować podawać wyciąg z gruczołu tarczowego. (Lancet 1. V. 1909). A.

Do plastyki opony twardej poleca Saar powięź, okostnę lub otrzewnę, najlepiej z tego samego osobnika, ewentualnie (już mniej pewnie) z obcych tkanek, błonkę jaja, ściany naczyń, lub pęcherz rybi (kondom). (Beitr. Bruns. 69. III.). K.

Irygator z czterema zapasowemi flaszkami, dozwalający na dowolne wytwarzanie różnych rozczynów czterech różnych płynów, podał Strauss. Irygator ten nadaje się zwłaszcza dla chirurga, urologa i ginekologa, i oszczędza wydatku na 4 osobne irygatory. (Deutsche med. Wochs. Nr 50). A.

Syphilis-Mikrodiagnostikum podług Engla pozwala wykonać dogodnie odczyn Wassermanna z 10 razy mniejszą ilością płynu. Wystarcza 10 kropli krwi, a komplement uzyskuje się z ucha świnki morskiej. (Cena 40 marek).

W początkach zaćmy starczej poleca Katz zakraplania 5—10% jodku sodu do worka spojówkowego. (Wiener klin. ther. Wochs. Nr 36—37, 1910). A.

W początku napadu dychawicy oskrzelowej poleca Goldschmidt zażyć 1—2 proszków: »Rp. Cofein. valerianic. 0,25. Theobrobin. natr-salicyl. 0,5. Mfp.«. (Münch. med. Wochs. Nr 43). A.

Powstawanie wola przez picie wody odnosi Ebbell na podstawie swych badań jedynie do obecności w wodzie radu. Woda taka traci już tę właściwość, jeżeli dłużej stoi na powietrzu, lub zostanie przeprowadzona przez wodociągi. (Norsk. Mag. f. Laeg. Nr 11). A.

Choroby umysłowe u wychodźców do Ameryki. Na IV. międzynarodowym Zjeździe opieki nad umysłowo-chorymi w Berlinie zwrócił Weygandt z Hamburga uwagę, że zakład dla umysłowo-chorych Friedrichsberg w Hamburgu przyjmuje rocznie przeszło 100 umysłowo-chorych wychodźców, i to głównie pochodzących z Galicyi, Rosyi i Węgier. Przeważa otępienie przedwczesne (mania wędrowania). X.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

Wydział lekarski.

XII ogólne posiedzenie naukowo-administracyjne w d. 7 (20) maja 1910 r.

Obecnych członków — 30, gości 10. Przewodniczący prezes Prof. O. Czeczott.

Prezes otwierając posiedzenie, zaznacza, iż społeczeństwo polskie poniosło wielką stratę, albowiem zmarła d. 5 (18) maja w Grodnie Eliza Orzeszkowa, i wzywa obecnych, by uczcili pamięć zmarłej przez powstanie.

I. Prof. Dr St. Zaleski wygłosił rzecz p. t.: **O promieniotwórczości wód mineralnych** (z pokazami przyrządów).

W krótkim zarysie przedwstępnym zapoznał prelegent słuchaczów ze stopniowym rozwojem nauki o promieniotwórczości i ciałach promieniotwórczych z ogólnego stanowiska tego działu wiedzy, wskazawszy na główne fazy ewolucyjne, począwszy od odkrycia zjawisk promieniotwórczych i samego radu, charakteryzując promienie α, β, γ, przechodząc następnie do własności tego pierwiastka, zarówno fizyko-chemicznych, jak i fizyologicznych, metodyki jego otrzymywania i ilościowego oznaczenia, produktów rozkładu emanacyi radowej i do wytwarzania się helu z radu i wreszcie dał pojęcie o polonie i produktach toru i aktynu. Zdaniem mówcy, niepoddające się dziś jeszcze ocenie zasługi w sprawie odkrycia materyi promieniotwórczej położył H. Becquerel, gdyż on to właściwie zapoczątkował tę sprawę i za jego sprawą badacze również niespożytej sławy, jak przedwcześnie zmarły Piotr Curie i Jego znakomita, na świat cały głośna małżonka, a rodaczka nasza pani Marya Skłodowska-Curie, doszli do odkrycia radu, jego emanacyi i innych ciał promieniotwórczych, otwierając nowe pole dla badań w tym kierunku takich genialnych spółczesnych uczonych, jak przedewszystkiem angielscy fizycy i chemicy I. I. Thomson, E. Rutherford, Sir W. Ramsay, Fr. Soddy i in.; wszyscy oni wspólnemi siłami odkryli dziś dla wie-

dzy spółczesnej w ciągu niespełna lat dwudziestu nowe zupełnie widnokręgi i nową dziedzinę badań. Złożywszy gorący hołd zasługom małżonków Curie i szkole, którą oni stworzyli (Debièrne, Daune, Laborde, poczęści nasz rodak Danysz i w. in.), prof. Zaleski zwrócił uwagę słuchaczy na praktyczne zastosowanie materyi promieniotwórczych w technice i w medycynie, zatrzymawszy się przedtem szczegółowiej nad bardzo szerokiem, jak wykazały obecne badania, rozpowszechnieniem radu w przyrodzie i wyłożył wreszcie współczesne dane co do zawartości radu i innych ciał promieniotwórczych w otaczającej nas atmosferze, hydrosferze i litosferze, skupiwszy szczególną uwagę na wody mineralne i t. zw. szlamy i torfy lecznicze. Prelegent podkreślił doniosłość faktu, że szczególniej cieplice i przytem stosunkowo słabo mineralizowane i zaliczające się do kategoryi t. zw. obojętnych, zawierają stosunkowo największą ilość materyi promieniotwórczych. Atmosfera takich zdrojowisk jest szczególnie przesiąknięta emanacyą, która niekiedy w wielkiej ilości zawiera się w wolnych gazach, wydobywających się ze źródeł na zewnątrz. Należałoby bezzwłocznie, zdaniem prelegenta, przystąpić do szczegółowego i systematycznego zbadania zdrojowisk polskich w tym kierunku. Na konieczność włączenia systematycznego badania atmosfery co do jonizujących jej własności w każdej z większych stacyi meteorologicznych i w każdem z wybitniejszych zdrojowisk i stacyi klimatycznych miał prelegent sposobność wskazać jeszcze w roku ubiegłym, podczas Zjazdu meteorologicznego, który się odbył w Petersburgu przy Akademii nauk i pod jej patronatem.

Dalej zapoznał prelegent obecnych z metodami oznaczania promieniotwórczości zarówno w atmosferze i gazach, jak i w wodzie na odpowiednich, na posiedzenie sprowadzonych przyrządach. W porównawczej charakterystyce tych przyrządów, przedstawionych słuchaczom, oddał prelegent pierwszeństwo przyrządowi głośnego paryskiego radyologa p. J. Daune'a, redaktora czasopisma »Le Radium«. Przyrząd ten, wykonany przez firmę J. Thurneysseu (dawny Alverniat), tę ma przewagę nad innymi, więcej może rozpowszechnionymi, dzięki swej taniości, jak np. fontaktoskop C. Englera i H. Sievebinga (firma Güntzer i Tegetmeyer z Braunschweig), że jest nietylko bardzo dogodny i przenośny, lecz że przytem daje bardzo ścisłe, nie techniczne, ale naukowe wyniki, dające możność określenia także bardzo niewielkich ilości materyi promieniotwórczych. Mówiąc o polskiej literaturze przedmiotu, prelegent wskazał, że obok polskiego tłomaczenia klasycznej rozprawy pani Maryi Skłodowskiej-Curie p. t.: »Badania nad ciałami promieniotwórczemi« i obok popularnej broszurki p. Wacława Muttermilcha, wydanej w 1904 r. w Warszawie, istnieje bardzo poważny »Zarys nauki o promieniotwórczości«, wydany w Krakowie 1909 r. p. t.: »Ewolucya materyi« przez prof. dra Ludwika Brunnera i stanowiący szereg wykładów, wygłoszonych przez niego dla słuchaczów Wydziału przyrodniczego na Wszechnicy Jagiellońskiej.

Wykład swój zakończył prelegent przytoczeniem wyników swych własnych badań nad gazami i wodą z obu źródeł Borżomskich, Katarzyny i Eugeniusza, znajdujących się w gub. Tyfliskiej, na Kaukazie. Oba te głośne na całą Rosyę źródła, znane dziś już i zagranicą, należą do grupy ciepłych wód mineralnych typowo szczawowych (alkalicznych), silnie przesyconych kwasem węglowym i co do składu swojego są zupełnie analogiczne, niemal identyczne z wodami Vichy (Grand-Grille). Zarówno woda, jak i gazy tak jednego, jak i drugiego źródła okazały się promieniotwórczymi i promieniotwórczość ta wyraża się dla 100 cm. sześć. wziętych bezpośrednio ze źródła gazów w miligramach-minutach cyframi: 0,000029 dla źródła Eugeniusza i 0,000024 dla źródła Katarzyny. Mówca wskazał na konieczność ujednostajnienia sposobu obrachowywania i wyrażania promieniotwórczości w cyfrach, do czego doprowadzić może tylko międzynarodowe porozumienie się specyalistów w tym względzie. Sprawa ta została poruszona na ostatnim tegorocznym międzynarodowym Zjeździe fizyoterapii w Paryżu, a prelegent został obrany przez ten Zjazd dla wzięcia udziału w pracach komisyi z 4 członków, pod przewodnictwem Prof. Dra Bardet, która wypracowała projekt odpowiedniej uchwały, przyjętej następnie na ogólnem Zgromadzeniu Zjazdu. Postanowiono, aby uchwałę tę wnieść na obrady I. Zjazdu radyologicznego, mającego się odbyć w Brukseli *). (Streszczenie własne).

Prezes w imieniu Zgromadzenia dziękuje prelegentowi za zajmujący i pouczający odczyt.

II. Inż. Peretiatkowicz wygłosił rzecz p. t.: **O planowaniu miast.**

W dyskusyi zapytuje Prof. Zaleski prelegenta, czy byłoby możliwem podziemne budowanie miast i ulic, na co otrzymuje twierdzącą odpowiedź wraz z odpowiedniemi wyjaśnieniami. Prezes w imieniu Zgromadzenia składa podziękowanie prelegentowi za zajmujący i treściwy odczyt.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Uchwalono, iż na przyszły rok piątki nadal będą dniami posiedzeń dla wszystkich wydziałów. 2) Komitety doradcze przy wszystkich wydziałach uznano za pożyteczne. 3) Wyrażono podziękowanie przedstawicielom »Związku« na XI. Zjeździe im. Pirogowa: Prof. Zaleskiemu i inż. jenerał. Kątkowskiemu. 4) Prezes podaje do wiadomości, iż 6, 7, 8 października r. b. odbędzie się w Warszawie Zjazd chirurgów polskich. Uproszono Prof. Ziemackiego, aby reprezentował »Związek« na owym Zjeździe. 5) Inż. Kotarski podaje do wiadomości, iż 23 maja odbędzie się wycieczka w celu oględzin mostu Ochcieńskiego i proponuje dla członków »Związku« bilety wejścia. 6) Prof. Zaleski zaznacza, iż Dr. Wanda Chmielewska ordynuje w Ciechocinku, więc należałoby ją poprzeć, jako członka »Związku«. Również przypomina mowca o polskich miejscach leczniczych, Birsztanach i Druskienikach. 7) Prezes podaje do wiadomości, iż na Kasę wdów i sierot zebrano 25 rb.; do tej kwoty Prof. Zaleski dodaje jeszcze 5 rb. 8) Uproszono inż. Berkiewicza, który ma zamiar udać się na uroczystości Grunwaldzkie, by był na nich przedstawicielem »Związku«.

Sekretarz: Doc. Dr Sowiński.

XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

W sekcyi medycyny wewnętrzej wspólnej z neurologią, pedyatryą i dermatologią z syfilidologią, zgłoszono dotychczas 17 tematów z najważniejszych i najwięcej interesujących zagadnień z powyższych gałęzi nauk.

W Poznaniu zawiązały się z ramienia »Towarzystwa przyjaciół nauk« miejscowe komitety, lekarski i przyrodniczy, pracujące w ścisłem porozumieniu ze sobą.

I. Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Komitet organizacyjny Zjazdu wydał i rozesłał opracowany przez Dra Dobruckiego »Kwestyonaryusz w sprawie stanu oddziałów chirurgicznych szpitali prowincyonalnych«, który ma dostarczyć materyału do jednego z tematów obrad Zjazdu. Kwestyonaryusz ten obejmuje następujące szczegóły:

Szpital (nazwa, miejscowość). Łóżek etatowych? faktycznie?

A. Oddział chirurgiczny. Czy jest osobny oddział chirurgiczny? Na ile łóżek? W ilu salach? Czy przypadki aseptycune i ropne są segregowane? Sala operacyjna jedna? (Jeżeli więcej, to według jakiej zasady dzieli się chorych?). Gdzie zmienia się opatrunki? Sala operacyjna (ogrzewanie, oświetlenie dzienne

*) Zjazd ten odbył się jesienią r. b. i powziął odpowiednie uchwały. Jednostkę, wyrażającą stopień promieniotwórczości, na cześć małżonków Curie postanowiono nazwać mianem »Mili-Curie«.

i nocne, podłoga, sufit, ściany, kanalizacya, wodociąg, umywalki)? Sterylizacya (materyałów opatrunkowych, bielizny chirurgicznej, narzędzi)? Mycie rąk? Mycie chorego przed operacyą? Czy używa się rękawiczek? jakich? i w jakich przypadkach? Ilość operacyi w 1910 r.? Szczegóły co do następujących przedmiotów: Herniotomia, tracheotomia, intubatio, ileus, graviditas extrauterina, thoracotomia, fracturae, luxationes, (sectio caesarea). Personel: lekarzy w szpitalu? sióstr miłosierdzia: Szarytek? Czerwonego krzyża? felczerów? akuszerek? niższej służby (na salach: męskiej, kobiecej)? Ilu lekarzy na oddziale chirurgicznym? Jaki podział pracy, asysty? Jakiego środka używa się do usypiania? Czy stale jeden lekarz prowadzi narkozę? Czy operuje się przy znieczuleniu: miejscowem (jaką metodą), lędźwiowem (jaki środek)? Kto zarządza sterylizacyą? Kto podaje narzędzia? Jakie środki antyseptyczne są stosowane? (Uprasza się o szczegółową odpowiedź). Czy jest stała roczna suma na nowe narzędzia chirurgiczne? Jaka płaca personelu lekarskiego? Czy jest Röntgen? Czy jest laboratoryum rozbiorowe (i w jakim zakresie)?

B. Oddział położniczy. Czy jest oddział położniczy? Na ile łóżek? Oddzielna sala dla odbywania porodu? Oddzielne sale dla położnic: aseptycznych? septycznych? Czy są przyjmowane osoby oczekujące porodu? Ilość porodów w 1910 r.: normalnych, obrotów, kleszczy, perforacyi, sectio caesarea. Inne zabiegi? Czy się dokonywa operacyi ginekologicznych? Jakich? Czy jest stała akuszerka? Ile przypadków zakażenia połogowego: przybyło z miasta, powstało w szpitalu?

Kwestyonaryusze wypełnione Sz. Koledzy zechcą łaskawie przesyłać wprost do kolegi Dr Stanisława Dobruckiego do Lublina — przed dniem 15. lutego r. b.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Krajowa Rada Zdrowia zajmowała się na posiedzeniu w dniu 21. I. 1911 we Lwowie następującemi sprawami: posady docentów higieny w seminaryum nauczycielskiem w Białej, Nowym Sączu i Brzeżanach, Dom samarytański pp. Ekonomek w Krakowie, prywatny zakład dla rodzących we Lwowie, prywatny grobowiec w Twierdzy, taksa szpitalna w Husiatynie, sprawa zwalczania gruźlicy.

— W budżecie austryackim na r. 1911 przeznaczono dla Wydziału lekarskiego w Krakowie 762.370 k., we Lwowie 479.400, jako wydatki zwyczajne. W porównaniu z rokiem zeszłym przeznaczono dla Lwowa więcej o 15.692 k., dla Krakowa więcej o 116.025 k., (w czem 80.000 k. na koszta utrzymania nowo zbudowanej kliniki psychiatryczno-neurologicznej). Jak w latach poprzednich, tak i w tegorocznym budżecie jest Wydział niemiecki w Pradze szczególnie uprzywilejowany (pomimo małej liczby słuchaczy jest dotowany najlepiej po Wydziale wiedeńskim, gdy Wydział czeski pomimo wielkiej frekwencyi stoi co do wydatków dopiero na czwartem miejscu). Wydatki na Wydział w Krakowie zajmą w tym roku w budżecie zwyczajnym trzecie miejsce, natomiast niestosunkowo daleko znajduje się Wydział lwowski, bo dopiero na szóstem miejscu, choć ze względu na frekwencyę i znaczenie powinienby być uposażony znacznie lepiej. Uderzające jest upośledzenie obu naszych uniwersytetów co do liczby płatnych profesorów nadzwyczajnych i asystentów w porównaniu z oboma Wydziałami w Pradze, które mają razem 25 profesorów nadzw. i 85 asystentów, gdy oba nasze Wydziały mają razem tylko 11 profesorów nadzw. (8 w Krakowie, 3 we Lwowie) i 72 asystentów. Prócz tego jest w Pradze 6 adjunktów, resp. preparatorów lub mechaników, gdy w Galicyi jest tylko jeden mechanik w Krakowie, a preparatorów ani adjunktów niema wcale. — W wydatkach nadzwyczajnych przeznaczono dla Krakowa 36,900 kor., dla Lwowa tylko 9000 k.

— Otrzymujemy następujące zawiadomienie: »Na posiedzeniu odbytem w dniu 9. grudnia r. b., Wydział matematyczno-przyrodniczy Akademii Umiejętności w Krakowie uchwalił: z początkiem roku 1911 podwyższyć do 150 liczbę dotychczasową stu egzemplarzy odbitek, dostarczanych bezpłatnie pp. Autorom prac, które ukazują się w seryi bądź A, bądź B, Buletynu (Bulletin International) Wydziału. Postanowieniem tem Wydział matem.-przyrodniczy pragnął pp. Autorom możliwie najbardziej ułatwić rozpowszechnianie wyników ich badań, drogą rozsyłania odbitek, zarówno pojedynczym uczonym i badaczom, jak również Pracowniom i Laboratoryom, Obserwatoryom i Stacyom, Muzeom, specyalnym Towarzystwom, Bibliotekom, Redakcyom Czasopism naukowych specyalnych, zwłaszcza sprawozdawczych i referatowych, oraz wszelkim wogóle Zakładom i Instytucyom, poświęconym uprawie, pielęgnowaniu i rozpowszechnianiu Nauk, w których zakresie leży przedmiot danej rozprawy. Wydział mat.-przyrodniczy ponowił jednocześnie dawniejszą swoją uchwałę, której mocą pp. Autorom prac, drukowanych w »Buletynie« Wydziału, przysługuje zupełna swoboda przeznaczania i oddawania do handlu księgarskiego odbitek, które otrzymują, w liczbie, jaką uważają za właściwą, na zasadzie własnego ich porozumienia z Księgarniami lub Antykwaryatami.

Dyrektor Wydziału mat.-przyr. Ed. Janczewski.
Sekretarz Wydziału mat.-przyr. Wład. Natanson«.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 15. I. do 21. I. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 20 † 2 (w tem obcych 7 † 1), krztuśca 16, ospy wietrznej 1, płonicy 10 † — (3 † —), odry 21, duru brzusznego 1 † — (1 † —), nagm. zapalenia opon 1 † 1 1 † 1, róży 4 † 3 (2 † 2). Dr Janiszewski.

Wilno. Na ostatniem zebraniu techników wileńskich, za inicyatywą inżyniera Baniewicza postanowiono wybrać komisyę do zebrania danych, dotyczących rozplanowania lepiej urządzonych miast europejskich, tudzież do rozważenia finansowej i prawnej strony tej sprawy, a to w celu racyonalnego opracowania planu »Wielkiego Wilna« z przyłączeniem gmin podmiejskich.

Z różnych stron. Liczba dzieł i czasopism treści lekarskiej, wydanych w Niemczech w r. 1909, dochodzi 1904 (o 119 więcej, niż w r. 1908) i stanowi 6·13% całej produkcyi piśmienniczej niemieckiej z tego roku. Wśród tego było 38 dzieł tłómaczonych z obcych języków, (jednakże do tłómaczeń zaliczono tylko te dzieła, gdzie to wyraźnie w tytule podano; dzieła cudzoziemców, wydane po niemiecku bez tego zastrzeżenia, zaliczono do niemieckich dzieł oryginalnych). Z tych 38 tłómaczeń przypada 11 na francuskie, 10 na angielskie, po 3 na duńskie, włoskie i rosyjskie, po 2 na norweskie, holenderskie i polskie (jedno z zakresu spraw sanitarnych, jedno z medycyny popularnej), wreszcie jedno ze szwedzkiego i jedno z arabskiego.

— W Niemczech powstało »Towarzystwo popierania nauk im. cesarza Wilhelma«, na którego cele zebrano w krótkim bardzo czasie 11 milionów marek kapitału zakładowego.

— Dr hr. v. Linden, tytularna profesorka i pierwsza asystentka zakładu higienicznego w Bonn, nie została przez ministra oświaty dopuszczona do docentury pomimo jednomyślnej uchwały Wydziału lekarskiego.

— Jak już donosiliśmy, została budowa »Domu lekarskiego« (Ärztl. Erholungsheim) w Marienbadzie ukończona. Komitet »Domu« zawiadamia nas obecnie, że zakład będzie oddany do użytku w ciągu najbliższego lata. Komitet poleca sprawę dalszej ofiarności kolegów i zaprasza do przystępowania do »Towarzystwa budowy i utrzymania domu lekarskiego w Marienbadzie«.

— W Antwerpii odbędzie się od września do listopada 1911 międzynarodowa wystawa środków spożywczych i napojów, obejmująca sekcyę higieniczną i lekarsko-farmaceutyczną. Wystawa odbędzie się w gmachu wystawowym na Meeirplats za staraniem Towarzystwa »Antwerpen-Vooroit« pod protektoratem księżniczki Flandryi i P. J. Devos, prezydenta miasta.

Mianowani: internista Prof. Matthes z Kolonii profesorem w Marburgu.

Zmarli: internista emer. Prof. Mosler w Greifswald; fizyolog Prof. Nagel w Rostocku; histolog Prof. Smirnow w Tomsku.

Dr Józef Kalman, lekarz miejski w Korolówce, dawniej lekarz praktykujący w Rzeszowie.

Redakcya otrzymała: E. Godlewski iun.: 1) Plasma und Kernsubstanz im Epithelgewebe bei der Regeneration der Amphibien. »Archiv für Entwicklungsmech«. 1910. 2) Über den Einfluss des Spermas der Annelide Chaetopterus auf die Echinideneier etc. »Bull. Acad. des Sc.« Kraków 1910. — 1) Radwańska: Zależność czynności mięśni i nerwów od nadnerczy. »Akad. Umiej.« Kraków 1910. 2) O leczeniu upławów w przebiegu przewlekłego nieżytu szyi macicy. Kraków 1910. — Radliński: 1) Leczenie operacyjne rozedmy płuc. 2) O odmianie sposobu Kadera doszczętnej operacyi przepukliny udowej. Kraków 1910. — Hornowski i Rudzki: Sur la sclérose tubéreuse cérébrale. »L'Encephale 1910«. — Janowski: 1) La grafica dell' atrio sinistro. »Riforma med.« 1910. — 2) Sur la courbe de l'oreillette gauche du coeur. »Revue de med.« 1910. — Fr. Chłapowski: 1) O metodzie leczniczego szczepienia w chorobach zakaźnych wedle A. Wrighta. »Tyg. lek.« 2) O powstawaniu i łagodzeniu napadów stenokardyi. »Prace Zjazdu neurologów« 1910. 3) Uber die Wirkung des Magnesiumoxyds und Hyperoxyds bei stenokardischen Anfällen. »Med. Klinik« 1910.

Sprostowanie. W pracy Prof. Dr Witolda Orłowskiego «Przyczynek do nauki o polycythaemia rubra« w »Przegladzie lekarskim« 1911 r. Nr 1. należy poprawić: Na str. 3. szp. 2, wiersz 22 od góry zamiast »mm« — »mm^3«; str. 3, szp. 2, w. 31 od góry zamiast »64,3%« — »74,3%«; str. 3, w tablicy, zamiast »herbaty 500 cm« — »herbaty 5000 cm«; str. 4, szp. 1, w. 28 i 49 od góry zam. »mm« — »mm^3«; str. 4, szp. 2, w tablicy, zam. »mięsa 1400« — »mięsa 1700«, zam. »mleka 2400« — »mleka 2700«, zam. »43« (ilość N w chlebie) — »33« i zam. »1700» (dobowa ilość moczu) — »1720«; str. 5, szp. 2, w. 2 od dołu po słowie »wynosil« dodać »1,072 (najwyższa liczba u zdrowych osobników stanowi); str. 5, szp. 1, w. 23 od góry zam. »315,8« — «319,8«; str. 6, szp. 1, w. 31 od dołu zam. »się« — »ją«.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Sekcyi czortkowskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbędzie się **w sobotę d. 4. lutego 1911** o godz. 3 w szpitalu powszechnym w Czortkowie. Porządek dzienny: 1) Odczytanie protokołu ostatniego posiedzenia. 2) Zwiedzenie szpitala powszechnego i demonstracya chorych. 3) Sprawozdanie z czynności Sekcyi w r. 1910. 4) Wybór Biura Sekcyi i delegatów na tegoroczne Walne Zgromadzenie. 5) Wnioski.

O liczny współudział kolegów prosimy.

Biuro Sekcyi czortkowskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich.
Sekretarz: Dr Blaustein. Przewodniczący: Dr Wągrowski.

Rok L. Kraków, dnia 4. lutego 1911. Nr. 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewn. I. B. szpit. św. Łazarza w Krakowie. (Prym. Radca Dr Antoni Krokiewicz)

W sprawie leczenia tężca urazowego wstrzykiwaniami podskórnemi zawiesiny mózgowej.

Napisał

Dr Adam Kramarzyński,

sekundaryusz szpitala.

Wyniki leczenia tężca urazowego dotychczas nie są zadowalniające. Zbyt wielkie zaufanie do swoistego działania surowicy przeciwtężcowej Behringa w bardzo znacznej części zawiodło. Dowodzi tego w ostatnich czasach między innemi sprawozdanie z kliniki chirurgicznej w Giessen, ogłoszone przez Voigta na posiedzeniu Tow. lekarskiego w Giessen, (Berl. kl. Wschft. Nr 1 1909. Über die Serumtherapie des Tetanus); w ostatnich dziewięciu latach stosowano tam surowicę przeciwtężcową u 12 chorych, przyczem 9 chorych zmarło (co odpowiada 75% śmiertelności). Niektórzy, jak np. Friedländer, (Wien. klin. therap. Wschft. Nr 32, 1906) — (i my), — zauważali nawet niekiedy wkrótce po zadziałaniu antytoksyny Behringa bardzo znaczne pogorszenie i nawet zejście śmiertelne, wobec czego mimowoli nasuwa się pytanie, czy surowica przeciwtężcowa nie działa niekiedy nawet szkodliwie na ustrój ludzki. Podobnie i metoda Bacceliego, polegająca na wstrzykiwaniu w najbliższe otoczenie rany 3% rozczynu kwasu karbolowego, częstokroć zawodzi. W ostatnich czasach, zwłaszcza w przewlekłych przypadkach tężca urazowego, mają być spostrzegane korzystne wyniki po zastosowaniu wstrzykiwań pod opony rdzeniowe 5 cm³ 25% rozczynu siarkanu magnowego (Blanke-Robinson, Franke, Małaniuk *). Zbyt szczupła jednak liczba przypadków wyleczonych i ogłoszonych, a przytem częstokroć zbyt wielkie trudności przy wykonywaniu tego zabiegu leczniczego, nakazują wstrzymać się od stanowczego sądu co do wartości leczniczej tej metody w przypadkach tężca urazowego.

W r. 1898 ogłosił Wassermann i Takaki spostrzeżenie, iż jad tężcowy okazuje szczególne powinowactwo do komórek mózgowych i rdzenia przedłużonego. Wyniki doświadczeń Wassermanna i Takakiego na zwierzętach i w rurce odczynnikowej zastosował pierwszy Krokiewicz i do leczenia tężca u ludzi, wstrzykując podskórnie chorym na tężec urazowy zawiesinę mózgu króliczego. Pierwsze pomyślne wyniki ogłosił też Krokiewicz w »Nowinach lekarskich« (Nr 9 i 10, 1898). W ślad za nim przypadki wyleczenia tężca urazowego opisali: Schramm (Przegląd lek. Nr 3, 1899, Kadyi (3 przypadki, Przegląd lek. Nr 39 i 47, 1899), Żupnik z kliniki Pribrama w Pradze (Prag. med. Wschft. Nr 24 i 25 1899), Schuster z kliniki Mendla w Berlinie, (Berliner klin. Wschft. Nr 47, 1899), Eliasz Radzikowski z kliniki Gluzińskiego we Lwowie (Przegląd lek. Nr 25, 1902), Hołobut (Przegląd lek. Nr 10—11, 54, 1904).

Ponieważ na oddziale I. B. chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza w Krakowie i nadal stosowano wstrzykiwania podskórne zawiesiny mózgowej obok leczenia objawowego u chorych na tężec urazowy i otrzymywano wcale korzystne wyniki, przeto uważam za stosowne podać do wiadomości wszystkie przypadki, leczone na tym oddziale w ciągu ostatkich 13 lat.

Pięć przypadków opisał już Prym. Dr Krokiewicz w polskich i niemieckich czasopismach lekarskich (Nowiny lekarskie Nr 9 i 10, 1898, Przegląd lekarski Nr 25, 1899; Gazeta lekarska Nr 7 1900, Wiener klin. Wochenschr. Nr 34, 1898, Nr 28, 1899, Nr 32, 1900). Na tych 5 przypadków w 4 stosowano wstrzykiwania podskórne zawiesiny mózgowej, przyczem w 3 nastąpiło wyleczenie, a w jednym zejście śmiertelne. W jednym przypadku dla porównania leczono antytoksyną przeciwtężcową Bujwida z wynikiem pomyślnym. Wszystkie przypadki miały ciężkie nasilenie, a okres wylęgania wynosił 2, 5, 6, 7, 14 dni.

Obecnie przytaczam dalsze przypadki, leczone aż po dzień dzisiejszy.

1) Stanisław D. lat 14, syn rzeźnika, z Piasków pod Krakowem, odpowiednio do wieku dobrze rozwinięty i odżywiony. Według wywiadów miał się skaleczyć w lewą podeszwę przed 2 tygodniami. W 6 dni po skaleczeniu wystąpiły napady tężca, ograniczające się do mięśni powłok brzusznych, lędźwi i kończyn. Ponieważ napady coraz częściej się powtarzały i coraz silniej występowały, a środki lekarskie, w domu stosowane, zawodziły, chory zgłosił się do szpitala. Badanie chorego w szpitalu, dokonane w siódmym dniu choroby, t. j. 12. X. 1905, wykazało objawy tężca urazowego w znacznem nasileniu, a zwłaszcza bardzo znaczny szczękościsk, sztywność kręgosłupa, kończyn górnych i dolnych, zupełną niemożność połykania pokarmów stałych i płynnych, silne bóle mięśniowe i bardzo wzmożoną wrażliwość mięśniową na wszelkie podniety. Oddawanie moczu i stolca utrudnione. L. oddechów 36, tętno 120, drobne. Język suchy. Ciepłota 37·6° C.

Choremu podano aspirynę (co 3 godziny po 0,50), brom, czopek morfinowy (0,01) na noc, tudzież zastosowano

*) Lwowski Tygodnik lek. Nr 4 i 5, 1910.

wstrzykiwania zawiesiny mózgowej królika. Już po 2. wstrzyknięciu chory czuł się swobodniejszy, a po 5 wstrzyknięciach zawiesiny mózgowej napady tężca znacznie się zmniejszyły i chory mógł swobodnie otwierać usta, przyjmować pokarmy półpłynne i spać w nocy. Po 7 wstrzyknięciach napady zupełnie ustąpiły na 24 godzin. Wogóle do zupełnego usunięcia przypadków chorobowych wystarczyło w całości 9 wstrzyknięć zawiesiny mózgowej. Chory znosił ten zabieg bardzo dobrze i sam się go domagał, doznając po nim ulgi. W przebiegu wstrzykiwań wytworzyły się 2 ropnie na powłokach brzusznych, którym towarzyszyło krótkotrwałe podwyższenie ciepłoty do 39° C; zresztą ciepłota ciała wynosiła najwyżej 37°6 C, a tętno wahało się około 110 uderzeń na minutę. Chory opuścił szpital zupełnie wyleczony w dniu 18. XI. 1905 r.

2) Gertruda D., l. 62, przyjęta do szpitala dnia 6. X. 1906. Przed tygodniem po przebudzeniu się doznała bólów i sztywności w karku, a przez dzień następny wystąpiły wszystkie objawy tężca. Miejsca skaleczenia odszukać nie można. Chora bardzo wynędzniała; znaczny szczękościsk, stężenie karku i napadowe kurcze tężcowe w kończynach górnych, dolnych, mięśniach kręgosłupa i powłok brzusznych; prócz tego stwierdzić można ogniskowe zmiany zapalne w dolnym płacie płuca lewego. Z początku zastosowano dziennie 3.00 aspiryny, a podskórnie morfinę 0.01, a gdy to nie pomogło, wstrzykiwania podskórne zawiesiny mózgowej.

W czasie od 10. X—24. X. zastosowano 12 wstrzyknięć zawiesiny. Już po drugiem napady tężca nieco zwolniały, a po następnych stopniowo stan chorej coraz bardziej się polepszał, tak iż zupełnie wyleczona opuściła szpital 18. XI. 1906. W ciągu leczenia ciepłota ciała utrzymywała się przeważnie na wysokości 37·4° C — 37·6° C, raz tylko doszła do 38° C z powodu wytworzenia się po wstrzyknięciu nieznacznego ropnia na udzie prawem. Liczba oddechów wahała się między 18—20, a tętna między 96—112.

3) Teofil D., l. 20 liczący, przyjęty dnia 14. XI. 1906. Według wywiadów miał się skaleczyć na grzbiecie prawej ręki przed kilku tygodniami; od 7 dni objawy tężca urazowego w zakresie wszystkich mięśni tułowia.

Przy pierwszem badaniu stwierdzono ciepłotę ciała 38·3° C, tętno 120, oddechów 40 na minutę, oraz w płucach w obydwóch dolnych płatach rozległe ogniska zapalne. W ciągu dwu i pół dniowego pobytu w szpitalu, t. j. w dniach 14, 15 i 16 listopada 1906, wstrzyknięto choremu podskórnie zawiesinę mózgu królika i podano wewnętrznie aspirynę, a podskórnie morfinę.

Po pierwszem wstrzyknięciu chory przełykał nieco lepiej; szczękościsk i napady kurczów w mniejszem nasileniu. Trzeciego dnia zejście śmiertelne wśród objawów dusznicy i ciepłoty ciała 39·6° C; tętno wynosiło zawsze 120. Oględziny pośmiertne, dokonane w zakładzie anatomii patolog. Uniw. Jag., stwierdziły w tym przypadku zapalenie płuc. Rozpoznanie sekcyjne opiewa: »Pneumonia hypostatica lobi inferioris pulmonis utriusque. Degeneratio cerea musculorum rectorum abdominis«.

4) Edward G., l. 45 liczący, ślusarz z Krakowa. Dobrze odżywiony i silnie zbudowany. Przyjęty dnia 11. III. 1909. Przed 2 tygodniami doznał zmiażdżenia 2. i 3. palca ręki prawej i był leczony początkowo na oddziale chirurgicznym. Od kilku dni objawy ogólnego tężca urazowego. Liczba tętna 90, oddechów 24, ciepłota ciała 39·9° C. Choremu podano wewnętrznie dziennie 3.00 aspiryny, kofeinę, czopki morfinowe, oraz polecono 2 razy na dzień przez $^1/_2$ godziny kąpiele prawej ręki w $^1/_2$% rozczynie kreoliny, a oprócz tego zastosowano wstrzykiwania zawiesiny mózgowej w czasie między 11. III. a 26. III.

Już po 2. wstrzyknięciu chory lepiej połykał i łatwiej mówił, otwierał usta na $^1/_2$ cm. i wogóle napady były słabsze. Po 8 wstrzyknięciach napady tężca w słabszem stosunkowo nasileniu ograniczają się tylko do kończyn dolnych. Do usunięcia tężca wystarczyło 12 wstrzyknięć podskórnych zawiesiny mózgowej, napady zupełnie ustąpiły, chory czuł się swobodny — i dalsze zdrowienie szybko postępowało już tylko przy podawaniu codziennie 2 łyżek 10% rozczynu bromku potasu. Przez cały czas leczenia nie zauważono żadnego powikłania; rany na palcach przy stosowaniu kąpieli kreolinowej goiły się prawidłowo; ciepłota ciała również była prawidłowa; liczba oddechów 18, tętno 72, regularne i prawidłowo napięte. Chory opuścił szpital 21. IV. w stanie zupełnego ozdrowienia.

5) Zofia K., l. 18, służąca ze Zwierzyńca (Kraków). Przed 2 tygodniami miała się skaleczyć w ogrodzie w prawą podeszwę, poczem w 3 dni doznała uczucia sztywności w mięśniach tułowia i karku, a mniej kończyn dolnych. Od tygodnia wskutek kurczów nie może połykać ani płynów, ani stałych pokarmów. Przyjęta do szpitala 13. V. 1909. Badanie wykazało przy silnej budowie i dobrem odżywieniu objawy ogólnego tężca w znacznem nasileniu. Chorej podano wewnętrznie kofeinę, 3.00 aspiryny na dzień i co 2-gi dzień laksatywę, oraz zastosowano podskórnie wstrzykiwania zawiesiny mózgowej. Już po 3. wstrzyknięciu chora czuła się znacznie lepiej, oddała mocz po raz pierwszy dowolnie; sen i przełykanie lepsze; napady kurczów w mięśniach tułowia i kończyn słabsze. Po 10 wstrzyknięciach napady tężca znacznie rzadsze i lżejsze, — a chora śpi dobrze po zażyciu 0.01 sulfonalu i 0.01 morfiny. Po 12. wstrzyknięciu stan chorej tak dalece dobry, że dalszych wstrzykiwań zawiesiny mózgowej zaprzestano. Chora opuszcza szpital 19. VI. 1909 zupełnie wyleczona. Przez cały czas leczenia nie zauważono żadnego powikłania, ciepłota ciała prawidłowa, tętno wahało się około 100.

6) Fryneta P., l. 14, zamieszkała w Będzinie (Król. Pol.), dość dobrze odżywiona, została przyjęta do szpitala d. 21. VI. 1910. Przed 3 tygodniami poddała się przecięciu ropnia pozapołykowego w Katowicach i na 3. dzień po tym zabiegu miały wystąpić objawy tężca urazowego. W pierwszym dniu pobytu w szpitalu napady tężca były tak silne, iż wszelkie dokładniejsze badanie było stanowczo niemożebne. Napady kurczów tężcowych ograniczały się głównie do grupy mięśni twarzowych i kręgosłupa. Oddawanie moczu i kału bezwiedne. Bezsenność. Chorej podano wodanu chloralu 2.00 w lewatywie, a oprócz tego 3.00 aspiryny wewnętrznie obok bromku sodu i wstrzykiwań morfiny. Ponieważ napady coraz bardziej się wzmagały, przystąpiono do stosowania wstrzykiwań podskórnych zawiesiny mózgowej. Już po 2. wstrzyknięciu mogła chora poruszać głową, otwierać nieco usta i wykonywać słabe ruchy rękami i nogami, a po piątem chora w nocy wcale dobrze spała i otwierała usta na 0·5 cm. Po 7. wstrzyknięciu bardzo wybitne ogólne polepszenie, napady kurczów rzadsze (co 1 godzinę) i znacznie słabsze. Po 9. wstrzyknięciu stan chorej tak się polepszył, iż zaprzestano wstrzykiwań zawiesiny mózgowej. Odtąd chora z każdym dniem przychodziła coraz bardziej do sił i w dniu 12. VII. z. r. zupełnie wyleczona opuściła szpital.

Rozpatrując się dokładniej w przytoczonych powyżej przypadkach chorobowych, nie możemy zaprzeczyć, że stosowanie podskórne zawiesiny mózgowej u chorych na tężec urazowy obok równoczesnego leczenia objawowego daje wcale korzystne wyniki. Na oddziale naszym w ciągu ostatnich 13 lat leczono w ten sposób 10 chorych, przyczem w 7 przypadkach, t. j. 70%, chorzy zupełnie ozdrowieli a w 3 przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne. W 2 przypadkach, w których nastąpiło zejście śmiertelne, można było już przy pierwszem badaniu stwierdzić objawy zapalenia płuc. Na 10 chorych, dotkniętych tężcem urazowym i leczonych wstrzykiwaniami podskórnemi zawiesiny mózgowej, w 9 przypadkach można było stwierdzić ciężkie nasilenie

sprawy chorobowej ze względu na groźne przypady tężca, krótki okres wylęgania (7), powikłania ze zmiażdżeniem członków.

W każdym razie, stosując w analogicznych trzech innych przypadkach tężca urazowego leczenie surowicą przeciwtężcową, mogliśmy bez wszelkiego uprzedzenia stwierdzić wyniki o wiele gorsze, gdyż z tych 3 przypadków tylko w jednym nastąpiło wyleczenie, natomiast w 2 zejście śmiertelne. Przytem na korzyść leczenia wstrzykiwaniami zawiesiny mózgowej przemawia bardzo to, iż daje się ono wykonać z łatwością i bez wszelkiego ujemnego działania dla chorego.

Wogóle postępujemy na oddziale naszym w następujący sposób.

Po zabiciu zdrowego i o ile możności wielkiego królika wyjmuje się mózg w całości z jamy czaszkowej i oczyszcza ze skrzepów krwi, opłukując zimnym, wyjałowionym roczynem soli kuchennej 0·85%. Następnie przystępuje się do wytworzenia zawiesiny, mianowicie rozciera się w moździerzu poprzednio wyjałowionym i oziębionym całą masę mózgową, dodając do niej po troszce wyjałowionego roztworu soli kuchennej 0·85% aż do objętości około 10 cm³. Czas potrzebny do uzyskania zawiesiny wynosi około 15 minut. Otrzymaną zawiesinę przecedza się przez wyjałowiony kawałek gazy i wstrzykuje się przesącz w tkankę podskórną brzucha lub uda chorego, zachowując ściśle zasady aseptyki. Przy takiem postępowaniu zazwyczaj nie wytwarzają się ropnie w miejscu wstrzyknięcia. Aby jednak i temu zapobiedz, wskazanem jest na miejscu wstrzyknięcia zawiesiny zastosować następnie okład z octanu glinowego, dopóki zawiesina nie zostanie zupełnie wessana.

W bardzo rzadkich przypadkach wytwarzające się ropnie należy usunąć przez nacięcie i zastosowanie ssawek Klapp-Biera. Wstrzykiwania wykonywa się codziennie. Do uzyskania odpowiedniego wyniku leczniczego potrzeba wykonać od 7—12 wstrzyknięć.

W końcu dla ilustracyi działania surowicy przeciwtężcowej uważam za stosowne przytoczyć w krótkości dwa następujące pzypadki, z których pierwszy miał nasilenie miernego stopnia. W obu przypadkach odnieśliśmy wrażenie, że wkrótce po zastosowaniu surowicy przeciwtężcowej wystąpiło bardzo znaczne pogorszenie, które zakończyło się zejściem śmiertelnem.

α) Władysław M., l. 14 liczący, syn stolarza z Gorzkowa, przyjęty 20. VIII. 1906. Przed 12 dniami skaleczył się w prawą stopę; od 2 dni wystąpiły napadowe kurcze w karku wraz ze stężeniem szyi i szczęki dolnej. Przy badaniu stwierdzono silny szczękościsk, tudzież tężec wszystkich mięśni tułowia, napadowo występujący po zadziałaniu jakiejkolwiek zewnętrznej podniety. Liczba tętna 120, ciepłota ciała 37·5° C. Dnia 21. VIII. wstrzyknięto 7 flaszeczek surowicy przeciwtężcowej, otrzymanej z zakładu higieny Prof. Bujwida i podano wodan chloralu w lewatywie oraz podskórnie morfinę.

Stan chorego pogorszył się. Dnia 22. VIII. wstrzyknięto 4 flaszeczki surowicy. Chory coraz niespokojniejszy, napady coraz częstsze i gwałtowniejsze, bezsenność, a z tem i wyczerpanie sił chorego, — wreszcie 23. VIII. nad ranem zejście śmiertelne. Oględziny zwłok, dokonane w Zakładzie anatomii patol. Uniw. Jag., stwierdziły: »Vulnus scissum plantae pedis d. Hyperaemia hypostatica pulmonis utriusque. Degeneratio parenchymatosa hepatis ac myocardii. Degeneratio adiposa renum. Degeneratio cerea musculorum rectorum abdominis«.

β) Jan L., l. 31, wyrobnik, zamieszkały w Woli Duchackiej (Kraków), przyjęty 11. III. 1909. Miejsce skaleczenia i czas niewiadomy. Od tygodnia szczękościsk, sztywność karku i napadowe kurcze tężcowe w powłokach brzusznych, kończynach górnych oraz dolnych. Ciepłota ciała 37·6° C, tętno 120. Zastosowano surowicę Behringa, poczem napady tężca bardzo się spotęgowały. W nocy tejsamej doby zejście śmiertelne. Oględziny pośmiertne, dokonane w Zakładzie anatomii patol. Uniw. Jag., stwierdziły: »Tumor lienis acutus. Fragmentatio myocardii. Degeneratio adiposa hepatis. Infarctus haemorrhagicus lobi inferioris pulmonis utrqu. Hyperaemia passiva renum, meningum et cerebri«.

Za odstąpienie materyału klinicznego, zachętę do niniejszej pracy i cenne wskazówki poczuwam się do obowiązku złożyć Prym. Dr A. Krokiewiczowi szczere podziękowanie.

Z kliniki okulistycznej Uniwersytetu Jagiell. w Krakowie. (Dyr. R. dw. Prof. Wicherkiewicz).

Ospica krowiankowa narządu wzrokowego.

Podał

Dr Edmund Rosenhauch,

asystent kliniki.

(Dokończenie).

Przebieg cierpienia na spojówce podobny jest do przebiegu na brzegu powiekowym. I tu powstają powierzchowne owrzodzenia o dnie naciekłem, podobne do nalotów błoniczych, jednakże ustępują zazwyczaj bez pozostawienia blizn. Tak, jak wogóle w przypadkach ospicy krowiankowej, tak i tu występuje znamienny obrzęk i bolesność gruczołu przyusznego.

O ile rokowania w przypadkach ospicy powiek, brzegu powiekowego jest prawie z reguły dobre, staje się nieco mniej pewnem w przypadkach zajęcia spojówki, a to ze względu na nierzadkie powikłania ze strony rogówki. Pierwotna bowiem ospica krowiankowa rogówki zdarza się zupełnie wyjątkowo. Wtórne powikłanie ze strony rogówki jest dość częste. W naszych 9 przypadkach wystąpiło 3 razy. Zmiany, występujące na rogówce podczas ospicy krowiankowej, mogą być dwojakie: albo powstają powierzchowne nacieki (keratitis superficialis vasculosa n. p. 3 przez nas spostrzegane przypadki), albo również powierzchowne przybrzeżne owrzodzenie sierpowate, gojące się bez pozostawienia żadnych. lub tylko z pozostawieniem bardzo delikatnych plamek. Jest to łagodniejsza postać. O wiele poważniejszem cierpieniem jest zapalenie miąższowe rogówki (Keratitis profunda postvaccinolosa — Schirmer). Występuje ono w postaci głębokich zmętnień rogówki, pierścieniowato ułożonych, czasem tworzą się nadto kreskowate wysycone nacieki. Wszystkie te zmiany sadowią się tuż pod błoną Descemeta w miąższu rogówki. Na błonie Descemeta wytwarzają się niejednokrotnie punkcikowate naloty. Tęczówka jest wówczas przekrwiona, zapalona. Nawet w razie pomyślnego zejścia tej sprawy chorobowej, z reguły pozostają dość wysycone

zmętnienia rogówki, przyczyniające się do upośledzenia bystrości wzrokowej.

Schirmer sądzi, że powierzchowne postacie zapalenia rogówki w przebiegu ospicy krowiankowej są wywołane zakażeniem mikrobami ropotwórczymi, podczas gdy przyczyny postaci głębokiej szukać należy we wniknięciu swoistego zarazka ospy (Cytoryctes variolae Guarnieri).

Z wyjątkiem zatem tej jednej postaci zapalenia rogówki, rokowanie w przypadkach ospicy narządu wzrokowego jest prawie z reguły pomyślne. Łagodne zejścia i niemal zupełna »restitutio ad integrum« zmian powiek i spojówek znajdują wytłumaczenie w badaniach anatomicznych tych przypadków.

Z badań tych (Fröhlich, Schirmer) dowiadujemy się że białawy nalot owrzodzeń ospówkowych składa się z siatki nitek włóknika, w której oczkach znajdują się liczne ciałka białe i mikroby, zwłaszcza paciorkowce. Nieco głębiej bywa tkanka mniej przepojona włóknikiem, a nadto znajdują się pojedyncze grupy komórek nabłonkowych, które należą najprawdopodobniej do siatki Malpighiego. Jądra komórek barwią się jeszcze dobrze, nigdzie nie można stwierdzić martwicy, dochodzącej aż do ciała brodawkowego. Warstwa ta jest zatem niezajęta. Stąd też pochodzi wyleczenie bez pozostawienia blizn. Naokoło brodawek włosowych liczne paciorkowce, co może wytłómaczyć wypadnięcie rzęs.

O ile przebieg był cięższy, to prawie z reguły zależało to od zakażenia mieszanego. Tutaj zaliczyć należy przypadek, opisany przez Tertscha, który zakończył się obumarciem skóry powiek, części brzegu powiekowego z rzęsami i stąd znacznem skróceniem powiek. Tutaj zaliczyć należy też chorego, opisanego przez Blochmanna, który chorował na wyprysk, a u którego po szczepieniu owrzodzenia ospówkowe rozpostarły się po całem ciele wśród ciężkich objawów ogólnych i gorączki. W przeciągu kilku dni wystąpiło prawie zupełne zmętnienie miąższu rogówki. Po kilku dniach naciekła rogówka uległa przedziurawieniu. W przypadku, opisanym przez Calhouna, był przebieg wykwitów ospówkowych początkowo prawidłowy; później jednak sprawa przeszła na rogówkę i zakończyła się zupełnem zniszczeniem całej gałki. Schwabe opisuje u dziecka w 8 dni po szczepieniu ospicę krowiankową na brzegu powiekowym. U dziecka tego doszło w następstwie do ropnego zapalenia całej gałki ocznej (panophthalmitis). Śmiertelnie przebiegający przypadek ospicy krowiankowej spostrzegał Stengel. Półtoraroczne dziecko z wypryskiem na twarzy i głowie, nieszczepione, zakaziło się od swych świeżo szczepionych braci (prawdopodobnie we wspólnej kąpieli). Powstało ciężkie ogólne zakażenie ospówkowe, które w przeciągu kilku dni doprowadziło do zgonu. Sekcya wykazała między innemi zmianami silne zmętnienie rogówki.

Etyologia ospicy nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniona. Van der Loeff i Pfeiffer opisali amebę, którą znaleźli w zawartości owrzodzeń ospowych na skórze, zarówno w przebiegu prawdziwej ospy, jak i w owrzodzeniach poszczepiennych. Guarnieri wszczepił krowiankę w rogówkę królików, poczem w tem miejscu wytworzyło się małe zmętnienie, składające się ze zgrubiałego nabłonka rogówki. Ze zmętnienia tego po 3—4 dniach powstało owrzodzenie. W komórkach zgrubiałego nabłonka rogówki, widać było obok jąder małe ciałka, silnie światło łamiące, które wykonywały w świeżym stanie na ogrzanym stoliku przedmiotowym pełzakowate ruchy. Guarnieri uważa twory te za pasożyty i nazywa je »Cytoryctes vaccinae«. Spostrzeżenia te z wielu stron potwierdzono; niestety dotąd nie udało się mikrobów tych otrzymać w stanie czystym i czystą hodowlą wykonać doświadczenia. We wnętrzu owrzodzeń ospówkowych napotyka się zwykłe mikroby ropotwórcze, a więc gronkowce i paciorkowce, choć opisano również przypadki, w których stwierdzono inne mikroby, jak bakterye błonicy (Wicherkiewicz) lub rzekomo błonicze (nasz przypadek 9). W przypadku 8 i 9 zeskrobaliśmy nieco nacieku rogówkowego, szukając w komórkach nabłonka rogówkowego tworów Guarnierego. Wynik jednakże tych poszukiwań był ujemny. Przeważnie napotykaliśmy komórki drobne, okrągłe i nieliczne, rozrzucone gronkowce. Przemawiałoby to za zapatrywaniem Schirmera, który powierzchowne zmiany rogówkowe, występujące w przebiegu ospicy krowiankowej, uważa za skutek zakażenia mieszanego. Z dalszych doświadczeń wspomnieć jeszcze należy o badaniach Schirmera, który przeszczepiał odrobinę z nacieków rogówkowych (z przypadków »keratitis postvaccinalosa«) na rogówkę królików i morskich świnek. U królików tkanka rogówki napęczniała, wytworzył się szary naciek, który jednakże niebawem ustąpił. U morskich świnek natomiast powstała typowa »keratitis postvaccinolosa chronica«. Wspomnieć wreszcie należy jeszcze choćby pokrótce o doświadczeniach Wasielewskiego na rogówkach królików. Najpierw wykonał on doświadczezenia kontrolne, stwarzając jałowe zranienia rogówki. Okazało się przytem, że w miejscu zranienia tyle się nabłonka na nowo wytworzyło, ile właśnie było potrzeba do wypełnienia zadanej rany. Doświadczenia podobne, wykonane przy użyciu krowianki, przekonały o istnieniu wewnątrz komórek tworów, opisanych przez Guarnierego. Dalej przekonano się, że ciałka Guarnierego występują w rogówce królika zdrowego po zaszczepieniu kawałka rogówki zakażonej krowianką. Po zaszczepieniu tak zmienionej rogówki na skórę cieląt występowały owrzodzenia, wielce przypominające wykwity ospicy krowiankowej. Wasielewski uważa cykl tych doświadczeń za dowód, że w nabłonku rogówki królików twory Guarnierego nietylko się rozmnażają, ale zachowują także swą jadowitość.

Rozpoznanie ospicy krowiankowej rzadko napotyka na trudności, o ile się wogóle o tem cierpieniu pamięta. Nadżarcia kwasami albo zasadami, które mogą to cierpienie przypominać, można na podstawie wywiadów wyłączyć. Pod względem rozpoznania różniczkowego wchodzą w grę: ospa prawdziwa, pierwotny wrzód kiłowy i wrzód miękki, błonica i pęcherzyca.

Przedewszystkiem wywiady zwrócą naszą uwagę na tło cierpienia ocznego. Poza tem podczas ospy prawdziwej zwykle występują owrzodzenia na całem ciele. Wrzód kiłowy pierwotny nie przebiega wśród tak silnych objawów zapalnych, dno jego i brzegi są twardsze, i nie jest on pokryty nalotem, dającym się zdjąć. Gruczoł przyuszny w tym przypadku jest obrzmiały, ale przy kile jest niebolesny. Wrzód miękki jest stożkowaty, bardziej oporny leczeniu. (Wywiady!). W przypadku owrzodzenia błoniczego, dno po zdjęciu błony jest szaro naciekłe, nierówne, dno owrzodzenia ospówkowego jest różowe, lekko ziarniste, krwawi. Również badanie bakteryologiczne w przypadku podejrzanym

co do błonicy będzie wielce pomocne przy rozpoznaniu. Pęcherzyca jest cierpieniem przewlekłem, wyjątkowo ogranicza się do samego narządu wzrokowego i kończy się zwykle znacznem skurczeniem worka spojówkowego.

Rokowanie jest przeważnie dobre, o ile tylko powieki i spojówka są zajęte, staje się gorszem, jeśli następuje powikłanie ze strony rogówki. Zmiany powierzchowne rogówki są daleko łagodniejsze i zwykły się goić szybko, natomiast głębokie postacie zapalenia z reguły pozostawiają trwałe zmętnienie rogówki upośledzające bystrość wzroku.

Leczenie przedewszystkiem nie powinno być drażniące. Opłukiwanie wodą borową, łagodnymi przetworami srebrowymi, jak elektralgol, kolargol, sofol, ewentualnie proszek jodoformowy, zwykle zupełnie wystarczają. W przypadkach powikłań ze strony rogówki należy oczywiście stosować atropinę i ciepłe okłady, a o ileby pozostały plamy, leczyć następnie dioniną i żółtą maścią rtęciową.

Najważniejszą rzeczą jest jednak zapobieganie. Dlatego pragnę pod koniec wspomnieć o tem, na co r. dw. Prof. Wicherkiewicz tylokrotnie zwracał uwagę, a czemu dał wyraz w niedawno ogłoszonej pracy, aby zachęcić lekarzy zajmujących się szczepieniem, by pamiętali otoczenie małych chorych przestrzedz przed niebezpieczeństwem zakażenia oka zarówno dla dziecka, jak i dla innych. Można bowiem z łatwością przez założenie odpowiedniego opatrunku na szczepione miejsce usunąć grożące niebezpieczeństwo.

Piśmiennictwo. 1) Alexander. Münch. med. Wochenschrift 1906. — 2) Aron. Klin. Monatsbl. f. Augenh. Bd. 44. — 3) Bednarski. Tyg. lek. 1910. — 4) Boehler. Dissert. Inaug. Breslau. 1906. — 5) Calhoun. Ref. Centralbl. f. Augenh. 1882. — 6) Cohen. Wiener klin. Woch. 1894. — 7) Critschett. Medical Examiner 1876. — 8) Decker. Zeitschr. f. Augenh. Bd. IX. — 9) Eagleton. Jahresber. über Opht. Bd. 27. — 10) Eichhof. Deutsche med. Woch. Nr 35. 1909. — 11) Fröhlich. Archiv f. Augenh. Bd. 33. — 12) v. Förster. Münch. med. Woch. 1900. — 13) Grenouw. Hdb. Graefe-Saemisch XI. 1904. — 14) Hirschberg. Arch. f. Augenh. 1879. — 15) Centralbl. f. prakt. Augenh. 1895. — 16) Centralbl. f. prakt. Augenh. 1892. — 17) Hölzl. Münch. med. Woch. 1907. — 18) Jacqueau. Klin. Monatsbl. f. Augenh. Bd. XLIV. — 19) Kayser. Klin. Monatsbl. f. Augenh. Bd. XLIII. — 20) Laqueur. Jahresber. ü. Ophth. 1900. — 21) Menzies et Jamson. Brit. med. Journ. 1907. — 22) Pihl. Klin. Monatsbl. f. Augenh. Bd. XXXVIII. — 23) Purtscher. Centrbl. f. prakt. Augenh. 1895. — 24) Rost. Inaug.-Diss. Würzburg. 1896. — 25) Schapringer. New-Jorker med. Woch. 1890. Centralbl. f. prakt. Augenh. 1895. — 26) Schirmer. Ophthalmolog. Gesellschaft Heidelberg 1891. Arch. f. Ophth. Bd. 59. Deutsche med. Woch. 1903. — 27) Schmidt-Rimpler. Münch. med. Woch. 1906. — 28) Segal. Jahresber. üb. Ophth. 1900. — 29) Stehrath. Jahresber. üb. Ophth. 1900. — 30) Story. Brit. med. Journ. 1907. — 31) Tertsch. Wiener klin. Woch. 1908. — 32) Thompson. Transact. of the ophthalm. Soc. XII. 1891. — 33) Wasielewski. Zeitschr. f. Augenh. Bd. VIII. — 34) Wicherkiewicz. Aerztl. Standesztg. Nr 9 1910. — 35) Zimmermann. Arch. of ophthalm. 1891.

Oceny i sprawozdania.

Najnowsze biologiczne metody rozpoznawcze gruźlicy

(Przegląd krytyczny)

podał

Dr Jan Nowaczyński

demonstrator kliniki lekarskiej Uniw. Jag.

(Ciąg dalszy).

Odczyn skórny.

Metodę Pirqueta uznać trzeba niewątpliwie za znaczny postęp, jeżeli się zważy, jak skomplikowane w porównaniu z nią, a jak poważnemi niekiedy następstwami zagrażające są zwykłe wstrzykiwania tuberkuliny; przy odczynie tym bowiem odpadają objawy ogólne, oraz wzniesienie ciepłoty. Technika odczynu jest zupełnie podobna do techniki szczepienia. Według Pirqueta (przepis oryginalny) przedstawia się ona następująco: Na oczyszczonej eterem skórze przedramienia umieszcza się zapomocą pipety w pewnej odległości od siebie 2 krople rozczynu tuberkuliny, w mieszaninie, sporządzonej z jednej części 5% gliceryny karbolowej i 2 części soli fizyologicznego rozczynu soli; następnie nakłuwa się skórę w trzech miejscach poprzez owe dwie krople, oraz między niemi (kontrola) zapomocą osobnego nożyka (Impfbohrer), wyżarzonego w płomieniu. Tuberkulina musi pozostawać przez kilka minut w zetknięciu z miejscem szczepienia. Wynik odczynu sprawdza się w ciągu trzech następnych dni. Można również posługiwać się wcale wygodnie do tego szczepienia wakcynostylem (w formie pióra stalowego o końcu spłaszczonym), używanym przez lekarzy francuzkich, zapomocą którego robi się delikatne nacięcie lub nakłucie (scarification) naskórka w tem miejscu, gdzie później umieszcza się kroplę tuberkuliny czystej, lub z gliceryną.

Ferrand i Lemaire (Presse medicale 28. września 1907), którzy podali ów sposób, wymagają, by przytem z ranki wydobyło się nieco krwi.

Jeśli odczyn jest dodatni, pojawia się po upływie 6—15 godzin guziczek (papula) czerwony, niekiedy z pęcherzykami, który znika po dobie; niekiedy dopiero w drugim dniu ukazują się małe pęcherzyki. Wogóle zmiany, występujące tu na skórze, są podobne do pęcherzyka ospowego i podobnie kończą się (zaschnięciem i odpadnięciem).

W odczynie skórnym rozróżnić można trzy stopnie:

1. Odczyn słaby: zaczerwienienie o rozległości 4—6 milimetrów ze środkiem w formie guziczka wyczuwalnego, obwódka słaba (halo).

2. Odczyn średni: zaczerwienienie rozleglejsze 6—12 milim. średnicy, drobne pęcherzyki, obwódka utrzymająca się 5—6 dni.

3. Odczyn silny: guzik twardy 2—3 cm.; obwódka rozległa, często zasiana drobnymi, wtórnymi pęcherzykami, nieraz obrzęk pokrzywkowaty.

Czasem spostrzega się odczyn silniejszy jeszcze, połączony z podbiegnięciem krwawem, lecz są to przypadki bardzo rzadkie.

Histologicznie badali zmiany, wywołane przez odczyn skórny Klingmüller (Berl. klin. Wochs. Nr 34, 1908, str. 778, oraz Ferrand i Lemaire (l. cit.). Pierwszy opisał gruzełki w skórze w miejscu zaszczepienia jadu gruźliczego, czego jednak drudzy znaleść nie mogli; stwierdzili oni natomiast naokoło ranki szczepiennej, naciek komórek wielojądrzastych, który niekiedy rozciągał się daleko wzdłuż naczyń włosowatych, nieproporcyonalnie do stosunkowo nieznacznego obrażenia.

Wartość odczynu skórnego określił sam Pirquet, co zresztą i późniejsze prace innych autorów dokładnie stwierdziły. U dzieci poniżej lat 5 odczyn skórny posiada wielkie znaczenie; u dzieci zdrowych bowiem jest on zawsze ujemny, u dotkniętych gruźlicą wybitnie dodatni, nawet w przypadkach gruźlicy kości i gruczołów; ale ujemny jest on w gruźlicy prosówkowej i w zapaleniu opon gruźliczem. W miarę wieku odsetek dodatnich wyników odczynu skórnego zwiększa się tak, że osoby dorosłe, pozornie zupełnie zdrowe, u których klinicznie nie można wykryć żadnego ogniska gruźliczego, bardzo silnie oddziałują na szczepienie tuberkulinowe, co może odnieść należy do stwierdzanych na stole sekcyjnym w 91—97% przypadków ognisk gruźliczych nieczynnych, znajdowanych jako zmiany przypadkowe w obrazie anatomo-patologicznym. Stąd też Pirquet (Wiener klin. Wochs. 1907, 19. września, str. 1123) sam zaprzecza wszelkiej wartości odczynu skórnego u dorosłych głównie z tego powodu, że odczyn ten tak często u nich występuje. Prócz tego stwierdzono dodatnie wyniki odczynu skórnego w innych chorobach, jak stwardnienie rozsiane, porażenie połowicze, oraz w chorobach zakaźnych (dur, zapalenie płuc), natomiast brak odczynu zauważano często u osób gruźliczych charłaczych, z jamami gruźliczemi. Odczynowi skórnemu, jak twierdzi Bezançon i H. Sorbonnes można poniekąd przypisać pewne znaczenie prognostyczne; odczyn ten bowiem jest wyraźniejszy u chorych, u których przebieg choroby skłania się ku polepszeniu; lecz tu trzeba wyniki te tłómaczyć ostrożnie, gdyż zdarza się, że u ludzi z bardzo czułą skórą powstaje nieraz bardzo silny odczyn.

Odczyn spojówkowy.

Technika tego odczynu jest wcale prosta: zakrapla się bowiem do kącika wewnętrznego oka kroplę rozczynu tuberkuliny Calmettea; dla uniknięcia działania drażniącego gliceryny poleca Calmette stosować tuberkulinę, strąconą wyskokiem 95% i rozcieńczoną w stosunku 1: 100 w wodzie wyjałowionej. Wolff-Eisner używa starej tuberkuliny Kocha w rozcieńczeniu 1: 100. Citron (Deutsche med. Wochs. 1908, Nr 8) poleca rozcieńczenie słabsze 2—4: 100, świeżo przygotowane.

Odczyn dodatni, występujący w 5 - 10 godzin po zakropleniu, objawia się zaczerwienieniem spojówki oka, mniej lub więcej silnym obrzękiem, oraz lekkim wysiękiem surowiczo-włóknikowym; w przypadkach bardzo silnego odczynu oko jest bardzo silnie przekrwione, spojówka obrzękła wyraźnie (chemosis), wysięk nawet ropny; obrzęk bywa niekiedy tak znaczny, że zakrywa zupełnie oko. Wszystkie te objawy ustępują zazwyczaj w 12—15 godzinach.

Histologicznie, jak to stwierdzili Sabrazès i Duperré (Gazette hebdom. des sciences medic. de Bord. 21. lipca 1907) składa się wysięk ze śluzu, leukocytów wielojądrzastych neutrofilnych, częściowo uległych zwyrodnieniu, nielicznych limfocytów i eozynofilów, oraz nabłonków; bakteryi nie zawiera wysięk wcale.

Metoda ta jednakże nie jest tak pewna, jak poprzednia, ani tak bezpieczna, gdyż na nieszczęście odczyn przekracza niekiedy granice i przybiera rozmiary poważne; spostrzegano też w następstwie zakroplenia tuberkuliny, ciężkie zapalenie spojówki, trwające całe tygodnie, zapalenie tęczówki, oraz naczyniówki (irido-chorioiditis), a bardzo często rogówki. Z drugiej znów strony nie spostrzegano tak poważnych następstw, gdy zastosowano tuberkulinę na spojówkę zdrową i stąd też słusznie okuliści nie radzą zakrapiać tuberkuliny na spojówkę, dotkniętą jakiemkolwiek schorzeniem. Te też spotykane niekiedy poważne następstwa są powodem, że metody tej nie stosują lekarze tak chętnie, jak poprzedniej.

Według postępowania Citrona stosują lekarze niemieccy tuberkulinę w sposób następujący: zakrapla się najpierw na spojówkę oka lewego, zupełnie zdrowego, 1 kroplę 2% rozczynu tuberkuliny; jeśli po dobie wystąpi wyraźny odczyn, powtarza się zakroplenie do oka prawego, lecz 1% rozczynu tuberkuliny; jeśli i teraz stwierdzi się odczyn dodatni, można przyjąć na pewno obecność gruźlicy; jeśli zaś odczyn wypadnie ujemnie, obecność sprawy gruźliczej jest tylko prawdopodobna. Jeśli pierwsze zakroplenie 2% tuberkuliny nie dało wyniku, stosuje się do drugiego (prawego) oka 1 kroplę 4% tuberkuliny, przyczem odczynowi ujemnemu tym razem większą należy przypisać wartość, niż dodatniemu. Ważną jest rzeczą, by nie powtarzać zakropleń tuberkuliny na tej samej spojówce z tego powodu, iż może ona i u zdrowego wywołać nadwrażliwość (anafilaksyę, Überempfindlichkeit) spojówki.

Wyniki, jakie daje odczyn spojówkowy, przedstawiają się następująco: L. Petit (Le diagnostic de la tuberculose par l'ophthalmo-réaction. Masson, 1908), opierając się na statystyce 3068 przypadków, stwierdza obecność odczynu dodatniego w 92·32% na sto osób, dotkniętych gruźlicą; brakuje go jednakże u osób charłaczych, z jamami gruźliczemi i w gruźlicy ostrej, a niekiedy i w zapaleniu opłucnej, oraz zapaleniu otrzewnej gruźliczem.

U osobników niegruźliczych (klinicznie) odczyn daje wyniki dodatnie w 18·43% na sto przypadków, a w przypadkach podejrzanych co do gruźlicy w 61·6 na sto. Petit sądzi więc, że w przypadkach wątpliwych nie można na podstawie dodatniego wyniku odczynu przyjmować na pewne obecności gruźlicy. Zdaje się też, że i ta metoda, bardzo czuła, wykrywa w ustroju zmiany gruźlicze utajone, nieczynne; stąd też wartość jej jest znów większa u dzieci, u których gruźlica utajona jest mniej częsta, niż u dorosłych. Opisywano dodatnie wyniki odczynu i w innych chorobach, jak w cukrzycy, durze, kile, morze (dżumie), gośćcu stawowym, w marskości zanikowej wątroby, oraz w zapaleniu osierdzia, zapaleniu okołośledzionowem i okołowątrobowem; w trzech tylko ostatnich schorzeniach przyjmują niektórzy (Massary i Weil) przyrodę gruźliczą, jako podstawę tych schorzeń, opierając się właśnie na dodatnim wyniku odczynu spojówkowego. Dodatni wynik odczynu w durze i gośćcu stawowym przypisać należy tej okoliczności, iż w ostrych chorobach zakaźnych ustrój nawet wolny od gruźlicy, oddziaływa często na tuberkulinę, co zresztą potwierdził Arloing (Compt. rend. Soc. biolog. 1908, Nr 3). który wstrzykując zwierzętom zdrowym jakikolwiek jad (n. p. durowy, błoniczy i t. p.) zauważył, iż u nich występuje dodatni odczyn spojówkowy. Wreszcie część stosunkowo znacznego odsetka wyników dodatnich przypisać leży tej okoliczności, iż wielu lekarzy powtarzało kilkakrotnie zakraplania tuberkuliny na tę samą spojówkę, co, jak wyżej wspomniano, wywołuje nadwrażliwość (anafilaksyę) miejscową, wskutek której spojówka nawet zdrowego człowieka oddziaływa silnie.

Zdaniem francuskich autorów odczyn ujemny u człowieka pozornie zdrowego, a zwłaszcza u dzieci, pozwala wyłączyć gruzlicę; odczyn zaś dodatni, zwłaszcza u dzieci. wskazuje na obecność w ustroju ogniska gruźliczego, o którem jednakże nie da się powiedzieć, czy pozostanie nieczynnem, czy rozwinie się. Autorowie niemieccy przypisują odczynowi spojówkowemu większą wartość. Wolff-Eisner (Berl. klin. Wochs. Nr 22, 1907) charakteryzuje różnicę między odczynem spojówkowym, a skórnym w ten sposób, iż odczyn skórny wykrywa istnienie w ustroju owych ubocznych, przypadkowych zmian gruźliczych (Nebenbefunde des Sektionstisches), natomiast odczyn spojówkowy świadczy o rozwoju czynnej sprawy gruźliczej, nie wykrywa zaś ognisk utajonych, nieczynnych. Prócz tego jeszcze, ponieważ odczyn spojówkowy występuje tem słabiej, względnie rzadziej, im sprawa chorobowa jest cięższa, można mu z tego powodu przypisać pewne znaczenie w rokowaniu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

P. Abrami. **Żółtaczki zakaźne i zstępujące zakażenie dróg żółciowych.** (Rozprawa doktorska. Paryż. Listopad 1910, str. 170).

Aż do ostatnich czasów utrzymywało się przekonanie, że zakażenia żółciowe wywołuje albo wstępująca inwazya drobnoustrojów z jelit do przewodów żółciowych (teorya zakażenia wstępującego), albo wzmożenie się jadowitości mikrobów, w prawidłowych warunkach przebywających w drogach żółciowych (teorya zakażenia miejscowego).

Autor stara się w swej pracy dowieść, że ani jeden ani drugi sposób tłomaczenia sprawy nie da się zastosować do przeważnej części przypadków zapalenia dróg żółciowych pęcherzyka żółciowego.

I. Teorya zakażenia wstępującego, pochodzenia jelitowego, najstarsza i ogólnie przyjęta, opiera się na niepewnych podstawach:

1) Badania bakteryologiczne, które posłużyły za podstawę do twierdzenia, że bakteryami wywołującemi zapalenie dróg żółciowych są drobnoustroje jelitowe, nie są bez zarzutu. Jedne badania, które doprowadziły do wniosku, że głównym winowajcą rzeczonych zapaleń jest prątek okrężnicy, wykonano na zwłokach, a więc w okresie, w którym w ciele ludzkiem buja prątek okrężnicy zawsze we wszystkich narządach ciała. Te zatem badania nie mają wartości. Inne znowu badania, które wykazały częsty udział w tych sprawach prątka durowego, fałszywie tłomaczono na korzyść wstępującego zakażenia, bo prątek Ebertha nie jest wcale prątkiem jelitowym, jak i dur nie jest, ściśle rzecz biorąc, schorzeniem samych tylko jelit.

2) Doświadczenie pracowniane nie dostarczyło dotąd żadnego pewnego faktu, dowodzącego zakażenia wstępującego. Wprawdzie po zwykłem podwiązaniu przewodu żółciowego wspólnego lub po zaszczepieniu jadowitych hodowli do dróg żółciowych, spostrzegano przeróżne zapalenia dróg żółciowych, ale takie doświadczenia zgoła nie wyświetlają sprawy samoistnie wytwarzającego się zakażenia dróg żółciowych i nikt dotąd nie zdołał odtworzyć patologicznego wstępowania bakteryi jelitowych do przewodów żółciowych. Wytwarzając u zwierząt sztuczne zakażenie jelit przez stałe podawanie zwierzętom jadowitych hodowli w wysokich dawkach, nie zdołano jednakże nigdy wywołać wstępującego zakażenia dróg żółciowych.

3) Istnieją wreszcie fakta, które powinny wystarczyć na to, by zarzucić powyższe zapatrywanie na powstawanie zakaźnego schorzenia dróg żółciowych. Kiedy w toku choroby, wywołanej mikrobami, zjawiają się objawy żółciowe, to są one wynikiem tego samego bodźca chorobowego, co i cierpienie główne. Tak tłomaczymy sobie zapalenie dróg żółciowych w toku duru, zakażeń paratyfusowych, zapalenia płuc, cholery, gruźlicy, kiły, zakażeń gronkowcem, paciorkowcem i t. d. Fakta te nie dadzą się tłomaczyć zakażeniem z jelit.

II. Teorya miejscowego zakażenia wspiera się na tem, że drogi pozawątrobne nawet w warunkach prawidłowych w całej swej rozciągłości zawierają drobnoustroje, tlenowce, jak i beztlenowce. Z chwilą zatem, kiedy jadowitość tych drobnoustrojów się wzmaga, mogą każdej chwili drogi żółciowe uledz zapaleniu. Owóż:

1) Rozbiory bakteryologiczne, doświadczenia i spostrzeganie kliniczne zgodnie dowodzą, że w warunkach prawidłowych sadowią się drobnoustroje tylko na samym końcu przewodu żółciowego wspólnego i że, aby zakażenie dróg żółciowych miejscowe mogło się wytworzyć, musi przeszkoda, tamująca odpływ żółci, usadowić się poniżej tej strefy, w prawidłowych warunkach »zakażonej«.

2) Badanie zapalenia dróg żółciowych u ludzi w klinice i u zwierząt w toku doświadczeń stwierdza, że po za zakażeniami, wywołanemi zatkaniem głównej drogi żółciowej, w dolnym jej odcinku drobnoustrojami, wywołującymi zapalenia dróg żółciowych są te same, które wywołują ogólne schorzenie, w toku którego zapadły drogi żółciowe.

A więc ta teorya może tłomaczyć wyłącznie tylko zapalenia dróg żółciowych, wywołane zatkaniem, czasowem lub stałem, dolnych odcinków dróg żółciowych.

III. W ostatnich latach powstała zupełnie nowa teorya, tłomacząca mechanizm zakażeń dróg żółciowych wprost przeciwnie, jak klasyczna teorya »wstępującego zapalenia«. Teorya ta, którą słusznie nazwać można teoryą »zapalenia zstępującego«, widzi w zapaleniu dróg żółciowych wynik wydzielania się drobnoustrojów z obiegu krwi przez drogi żółciowe.

W miarę, jak w latach ostatnich postępowała technika bakteryologiczna, coraz częściej napotykano we krwi bakterye te same, które wywołały ogólne schorzenie ustroju. Wątroba w toku tych bakteryemii pełni czynność wydzielania niejako prawidłowego i raz wydzielanie to nie wywołuje poważniejszych zmian w wątrobie, innym razem zaś towarzyszą wydzielaniu temu zmiany więcej lub mniej wyraźne w miąższu wątrobnym i w drogach żółciowych, zmiany, które kończą się powstaniem zakaźnego ostrego lub przewlekłego zapalenia miąższu wątroby i zapaleniem dróg żółciowych we wszystkich jego odmianach.

Teorya ta zapalenia zstępującego opiera się na wynikach doświadczeń na zwierzętach i na badaniu bakteryologicznem zakażeń żółciowych u człowieka.

1) Doświadczalnie stwierdzono, że wystarczy wstrzyknąć zwierzęciu do żył jakiekolwiek bakterye, by wywołać prawie stale trzy serye objawów ze strony narządu żółciowego: A) wydzielanie z żółcią bakteryi zaszczepionych; B) zmiany anatomiczne w wątrobie i drogach żółciowych, będące w związku z temże wydzielaniem; C) i wreszcie zakażenie przewodu pokarmowego przez żółć, zakażoną drobnoustrojami.

A) Wydzielanie z żółcią, dość częste w toku bakteryemii lekkich przemijających, staje się prawie stałem, kiedy zakażenie krwi osiągnie dostateczne nasilenie. Wydzielanie to poczyna się w kilka ledwo godzin po wstrzyknięciu i trwa zwykle tak długo, jak bakteryemia; może jednakże trwać dłużej i nieraz jeszcze w kilka tygodni po wstrzyknięciu śródżylnem można w żółci zaszczepionego zwierzęcia napotkać wstrzyknięte bakterye.

B) Wydzielaniu temu towarzyszą prawie zawsze zmiany w drogach żółciowych poza- i śród-wątrobnych:

a) Przez wstrzyknięcie bakteryi do żył zwierzęcia można najpierw wywołać u niego wszystkie odmiany ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego, a mianowicie: zapalenie lekkie, nieżytowe, nie trwające ponad kilka dni; zapalenie ropne, któremu towarzyszą lub nie owrzodzenia i krwotoki w pęcherzyku żółciowym i zapalenie zlepne około pęcherzyka żółciowego.

b) Wywołując u zwierzęcia przewlekłe zakażenie krwi, można spotkać potem przewlekłe zmiany w pęcherzyku żółciowym: zapalenie pęcherzyka zanikowe ze stwardnieniem ścian i zapalenie przerostowe z obrzękiem, a nawet prawdziwą puchlinę ścian woreczka.

c) Zmiany w wątrobie, towarzyszące tym zakażeniom zwierząt, mogą też być przeróżne. Postacią najlżejszą jest lekkie zapalenie przewodów żółciowych i miąższu wątrobnego, szczególnie około gałązek żyły wrotnej, które może zniknąć w ciągu kilku dni. Postacią cięższą jest ostre, typowe, zakaźne zapalenie dróg żółciowych i w ich otoczeniu, mogące dochodzić aż do martwicy.

d) Wreszcie, jeśli sprawa w wątrobie trwa czas dłuższy, może powstać obraz zapalenia przewlekłego, które się kończy włóknistem zwyrodnieniem wątroby.

C) Zakażenie dróg żółciowych, na drodze zstępującej wywołane, idzie w parze z zakażeniem jelit przez bakterye, które bujają w pęcherzyku żółciowym.

W toku ostrego zakażenia, zakażenie jelit jest bardzo częste: w jelitach zakażonych zwierząt znajdujemy prawie

zawsze bakterye, któreśmy wprowadzili do ogólnego obiegu. A przeciwnie, jeśli przed wstrzyknięciem do żył podwiążemy zwierzęciu przewód żółciowy wspólny, to w jelitach prawie nigdy nie stwierdzimy obecności wstrzykniętych do krwi bakteryi.

W toku przewlekłego zakażenia dróg żółciowych można także stwierdzić zakażenie jelit i uczynić nawet zwierzęta niejako stałymi roznosicielami bakteryi.

2) Wyżej opisane objawy stwierdzić można równie dokładnie w toku zakażeń żółciowych u człowieka.

Pomiędzy postaciami posocznicy u ludzi jest jedna, która do tego studyum szczególnie się nadaje; a tą jest gorączka durowa, posocznica ludzka »par excellence«.

a) Wydzielanie prątka durowego z żółcią można uważać w chorobie tej za regułę, a prątek ten znajduje się w żółci durowych w tak obfitej ilości, jak np. w hodowli bulionowej.

b) Wydzielając się z żółcią prątek durowy wywołuje u człowieka prawie stale zmiany bardzo małego nasilenia, w postaci nieżytowego zapalenia pęcherzyka żółciowego i zapalenia dróg żółciowych śródwątrobnych. Ale mogą powstać także zmiany znacznie cięższe zarówno w pęcherzyku, jak i w wątrobie, zarówno w toku duru, jak i w długi czas po wyzdrowieniu.

c) Ustalenie faktu zakażenia prątkiem durowym, zstępującego poza drogi żółciowe wyświetla nietylko mechanizm wszystkich zmian miejscowych, ale pozwala i na inne, niż obecnie powszechnie przyjęte, rozumienie mechanizmu powstawania duru wogóle.

Cechą znamienną tego zakażenia nie są, jak długo myślano, zmiany w jelitach, lecz przeciwnie posocznica (septicaemia). Zmiany w jelitach, od posocznicy późniejsze i zresztą nie stałe, są przerzutowem usadowieniem się sprawy. A jeszcze więcej mamy obecnie prawo przyjąć, że prątki durowe, które znajdują się w treści jelit u chorych na dur, dostały się tam z żółcią zakażoną. A zatem cykl, który przechodzi prątek Ebertha w człowieku, da się tak zebrać: 1) zakażenie krwi; 2) zstępujące zakażenie żółci; 3) zakażenie jelit.

Dur nie jest jedyną postacią posocznicy, w toku której stwierdzamy zstępujące zakażenie dróg żółciowych, bo już w całym szeregu innych zakażeń dał się stwierdzić ten sam bieg rzeczy.

Stany więc, oznaczane mianem żółtaczek zakaźnych, które tłomaczono dotąd zapaleniem dróg żółciowych, wstępującem od jelit, są w istocie najczęściej zakażeniem wątroby od krwi. Żółtaczki te są, jak i inne objawy zakażenia żółciowego, wyrazem bakteryemii. Od nasilenia i ciężkości zakażenia krwi zależy w głównej mierze fizyonomia żółtaczki. Jeśli bakteryemia jest ciężka i trwała, jeśli mamy do czynienia z prawdziwą posocznicą, wtedy żółtaczkę poprzedza lub towarzyszy jej odurzenie, objawy ogólne, więcej lub mniej ciężkie, wysoka gorączka. Tak bywa w toku żółtaczek zakaźnych, durowych i żółtaczek ciężkich. Innym razem znowu bakteryemia pierwotna jest krótkotrwała, słaba, a wtedy najczęściej przechodzi niespostrzeżona, a usadowienie się bakteryi w wątrobie zdaje się sprawą pierwotną, jak to bywa w toku żółtaczki nieżytowej.

Ale jakąkolwiek jest żółtaczka, pierwotną czy wtórną, łagodną czy ciężką, znaczenie ma zawsze tosamo, jest wyrazem umiejscowienia się bakteryemii w wątrobie.

Dotychczas sądzono, że żółtaczka zakaźna, jako objaw, jest wyrazem zapalenia dróg żółciowych poza- lub śródwątrobnych. Obecnie dochodzi autor do przekonania, że rzecz się ma inaczej, przynajmniej w przeważnej części przypadków, a mianowicie, że objaw ten wskazuje na zmiany w komórce wątrobnej, stale dotkniętej zaburzeniem zarówno w toku najłagodniejszej, jak i najcięższej żółtaczki.

Żółtaczki zakaźne są więc, zdaniem autora, z punktu widzenia mechanizmu chorobowego skutkiem zapaleń wątroby zstępujących, a nie wstępujących zapaleń dróg żółciowych. Stahr.

Schiele i Dörbeck. **Przypadek wiewiórowego zapalenia wsierdzia, leczony skutecznie wstrzykiwaniem surowicy przeciwgonokokowej.** (St. Petersburg med. Woch. 1910 Nr 45). Pewien student zapada 13. kwietnia na trypra. 22. kwietnia pogarsza się stan ogólny chorego, a mianowicie zjawia się gwałtowny ból głowy, gorączka dochodzi 39·5° C, tętno 100 razy na minutę, język staje się suchy i obłożony. Nad koniuszkiem serca słychać wyraźny szmer skurczowy, utrzymujący się w kierunku aorty, drugi ton nad płucną mocno zaostrzony. Płuca nie okazują zmian. Autorowie rozpoznają zatem ostre zapalenie wsierdzia na tle wiewióra. 2. maja wstrzyknięto choremu 2 cm³ surowicy przeciwwiewiórowej (amerykańskiej); wieczór po wstrzyknięciu ciepłota podniosła się do 39·1° C, ale na drugi dzień spadła do wysokości prawidłowej, i to na stałe. Wstrzyknięcie surowicy powtórzono jeszcze 4. i 7. maja, objawy ze strony serca powoli ustępowały i wreszcie znikły. 18. czerwca chory wyszedł ze szpitala uleczony. Przypadek ten o tyle jest ciekawy, że dowodzi, iż mamy w ręku środek skuteczny na ostre powikłania wiewiórowe (zapalenie stawów, wsierdzia), który wywołuje spadek gorączki i usuwa objawy ogólne i miejscowe. Stahr.

Pedyatrya.

Schey Otto. **Kur (rubeola).** (Jahrb. f. Kindh. Maj, 1910). Spostrzeżenia ambulatoryjne nad 44 przypadkami kuru w Wiedniu. Wiek chorych wahał się między 11 mies. a 16 latami. Większość chorych przed wystąpieniem wysypki skarżyła się na ból gardła, palenie w oczach, nieżyt, kaszel, czasem stwierdzano nieznaczną gorączkę. Często wysypka zjawiała się bez zwiastunów. Wysypka przeważnie występowała początkowo na twarzy, sprawiającej wrażenie zlekka obrzękłej, a po kilku godzinach przechodziła na całe ciało. Wysypka trwała od 24 godzin do 5 dni, w wielu przypadkach zauważono dosyć wybitne swędzenie skóry. Gardło często było zlekka zaczerwienione, ale plamek Koplika, tak znamiennych dla odry, nie notowano ani razu. Co się tyczy gorączki, to obok przypadków bezgorączkowych zdarzały się przypadki z niewielkiem podniesieniem ciepłoty (37,5 — 38,2), raz tylko ciepłota doszła do 39,1. Do charakterystycznych objawów kuru powszechnie badacze zaliczają powiększenie gruczołów za uchem: z 44 przypadków w 42 stwierdził autor powiększenie gruczołów chłonnych nietylko za uchem, ale i szyjnych, pachowych, pachwinowych i łokciowych. W moczu zmian chorobowych nie spostrzegano. Okres utajenia trwał od 2—3 tygodni. Zaraźliwość zdawała się być mniejszą, niż przy odrze. Powikłań żadnych, prócz lekkiego zajęcia oskrzeli, nie było. T. Mogilnicki.

Finkelstein i Meyer. **O mleku białkowem.** (Jahrb. f. Kinderheilk. Maj i czerwiec, 1910).

Dotychczasowe badania nie rozwiązały dostatecznie dobrze zagadnienia o sztucznem karmieniu niemowląt. Stwierdzono jednak stanowczo, że sernik mleka krowiego nie wywiera ujemnego wpływu na ustrój, a tłuszcz i cukier tylko wtedy działają szkodliwie, gdy już poprzednio działalność jelit została naruszona. Przy cięższych postaciach zaburzeń odżywiania tłuszcz i cukier mleka kobiecego również szkodzić mogą. Czerny, Salge i Keller uważają tłuszcz za czynnik wywołujący biegunkę; tymczasem właśnie u dzieci z ciężkiemi zaburzeniami odżywiania usunięcie tłuszczu z pożywienia nie wywiera wyraźnie dodatniego wpływu. Liczne badania autorów wykazały, że podawanie chudego mleka lub maślanki nie usuwało fermentacyi jelitowych, dlatego też nie można uważać, żeby pierwotna fermentacya tłuszczowa była przyczyną zaburzeń jelitowych. Chude mleko (Magermilch) zawiera sernik i cukier mleczny. Dla stwierdzenia, jaki wpływ wywiera sernik, dodawano go w dużych ilościach do rozcieńczonego mleka przy zwykłej niestrawności, (dyspepsia) i okazało się, że nietylko nie było pogorszenia, lecz nawet można było stwierdzić wpływ dodatni leczniczy. Z chwilą dodawania ciał białkowych upor-

czywe fermentacye jelitowe połączone z biegunką przechodziły zjawiały się stolce suche, jasne. W ten sposób drogą wyłączenia udało się wykazać, że czynnikiem wpływającym na fermentacyę jest cukier mleczny. I rzeczywiście wystarczało dzieciom, których biegunka dzięki dodaniu sernika wstrzymała się, dodać do pożywienia cukru mlecznego, żeby znowu otrzymać wypróżnienia wolne i niestrawione. Czynnikiem pierwotnym fermentacyi jest cukier, a dopiero na drugim planie stoi tłuszcz, którego fermentacya jest tylko o tyle niebezpieczna, o ile ją poprzedza fermentacya węglowodanowa. Fermentacya jelitowa zależy również i od stopnia rozcieńczenia serwatki; należało więc dla usunięcia objawów fermentacyjnych wynaleźć takie pożywienie, w którem by cukru było bardzo mało, sole znajdowały się w ilości ograniczonej, a sernik zwiększony przy dostatecznej ilości tłuszczu, a po nastąpieniu poprawy do tego pożywienia trzebaby było dołączyć trudno fermentujące węglowodany. Tym warunkom odpowiada mleko białkowe, które zawiera: sernika z litra mleka i z $^1/_2$ litra maślanki, tłuszczu z litra mleka, cukru i soli z $^1/_2$ litra maślanki. Mleko białkowe ma zapach przyjemny, smak kwaskowy z lekka podobny do maślanki, tylko bardziej mdły wskutek małej ilości cukru. Litr mleka białkowego zawiera 370 jednostek cieplnych. Mleko to autorzy dawali 150 niemowlętom przez 2 lata przy niestrawności, dekompozycyi (terminologia Finkelsteina) zatruciu, zakażeniach pozajelitowych (parenterale Infektionen) i noworodkom w pierwszych tygodniach życia. Z 33 dzieci, chorych na niestrawność, 17 było w wieku od 16 dni do 6 tygodni, 27 od 6 tygodni do 3 mies., a tylko 6 powyżej 3 mies., czyli dzieci były w. wieku, w którym każde żywienie sztuczne jest rzeczą ryzykowną. Początkowo stosowano małe dawki mleka białkowego — 300 grm. na dobę w 5—6 daniach, następnie w miarę poprawy ilość tę zwiększano do 200 grm. na kilogram wagi ciała na dobę. Z chwilą, gdy wypróżnienia były zupełnie dobre, zaczynano powoli dodawać do mleka białkowego cukier w postaci »Nährzucker« Soxhleta, »Nährmaltose« Loefflunda lub mąkę starszym dzieciom, początkowo 1%, a później dochodzono do 5—7%. Pod wpływem mleka białkowego liczba stolców zmniejszała się, z 33 przypadków u 30 dzieci już na 3. dzień stolce z płynnych zmieniały się na suche, jasne, złożone z mydeł tłuszczowych (Fettseifenstuhl). Ciepłota we wszystkich przypadkach spadała do normy, czasem nawet niżej normy, co zależało od zbyt małej ilości węglowodanów. Przez pierwsze 3 dni następował spadek wagi ciała, wynosił on przeciętnie około 200 grm. i był tem większy, im cięższa była postać chorobowa i im więcej dzieci otrzymywały poprzednio węglowodanów. Stan ogólny początkowo nie poprawiał się, a nawet z powodu utraty przez tkanki płynu i zmniejszenia się wagi ciała wejrzenie i zabarwienie twarzy dziecka robiło gorsze wrażenie. Poprawa następowała z chwilą zatrzymania się spadku wagi ciała, a szczególniej wybitnie wyrażała się, gdy już zaczęto dodawać węglowodany. Wogóle wszystkie bez wyjątku dzieci chore na niestrawność zostały wyleczone. Przy dekompozycyi stosowano mleko białkowe tylko w przypadkach średnio ciężkich (II stopień dekompozycyi), to jest w takich, w których dotychczasowe metody karmienia sztucznego przeważnie zawodziły i w ciężkich postaciach (III stopień), w których wyleczenie dzieci pozbawionych piersi było niemożliwe. Z 41 przypadków tylko w 5 nie można było uniknąć zejścia śmiertelnego; w 36 zaś nastąpiło zupełne wyleczenie, z tych 29 dzieci było młodszych, niż 3 miesiące. Okres poprzedzający, kiedy bezskutecznie stosowano inne metody żywienia, trwał dosyć długo, u 20 dzieci dłużej niż 4 tygodnie. Strata na wadze tego okresu wynosiła w 9 przypadkach ponad 400 grm., a raz nawet 1000 grm. Tylko 3 razy mleko białkowe było stosowane bez uprzedniego wypróbowania innych metod żywienia i to w przypadkach typowych. Z 36 przypadków 31 razy poprawa wypróżnień nastąpiła już na 3 dzień. Ciepłota, jak i przy niestrawności, była początkowo poniżej normy, spadek wagi ciała trwał również średnio 3 dni. Stan ogólny chorych na razie pogarszał się, szczególniej wybitnie wyrażało się to w utracie sprężystości skóry i w zabarwieniu ziemistem policzków, osłabienie zwiększało się. Poprawa następowała nieco wolniej i zdrowienie trwało dłużej, niż przy niestrawności. Przy zatruciu (intoksykacyi) mleko białkowe stosowano 16 razy i tylko raz jeden z wynikiem ujemnym. W tych przypadkach dzieci szybko powracały do zdrowia. Noworodkom autorzy podawali mleko białkowe 29 razy i jakkolwiek wyniki były dosyć dobre, to jednak metody tej w tym przypadku nie zalecają.

Za to na zasadzie 28 przypadków ciężkich zakażeń pozajelitowych autorzy doszli do przekonania, że mleko białkowe, zmniejszając do minimum fermentacyę kiszkową, wyjątkowo dodatnio wpływa na przebieg i zejście choroby zakaźnej. Badania powyższe upoważniają do uważania mleka białkowego za środek leczniczy, który umiejętnie stosowany, może dać dobre wyniki w tych przypadkach, w których dotychczasowe metody karmienia sztucznego zawodziły. T. Mogilnicki.

Higiena.

Piesen. **Znaczenie szkolno-higieniczne białkomoczu lordotycznego.** (Wien. klin. Woch. Nr 1. 1911). Piesen przy badaniu chłopców w szkole między 9—15 rokiem życia przekonał się, że bardzo często wywołać można u nich białkomocz przez nadmierne wyprostowanie kręgosłupa ku przodowi (lordosis), np. przez założenie rąk ku tyłowi i siedzenie lub stanie w tej wyprężonej postawie czas pewien. A jednak ten sposób gimnastyki bywa nieraz stosowany w szkołach celem wypuklania klatki piersiowej i usuwania skrzywień kręgosłupa. Wobec możliwości występowania przytem białkomoczu, należy takiej gimnastyki surowo zakazać w szkołach i pouczyć o tem nauczycieli. Klęsk.

König i Splittberger. **Znaczenie mięsa rybiego jako środka spożywczego.** Ztschr. f. Untersuch. d. Nahrg. u. Genussmittel Tom 18. Z. 9. W latach 1905 i 1906, gdy zapotrzebowanie mięsa w Niemczech było zwiększone, nasuwało się niejednokrotnie pytanie, czy nie dałoby się w większym niż dotychczas stopniu zastąpić dla żywienia ludzi mięsa rybami. Praca niniejsza jest streszczeniem obszernem książki, wydanej przez autorów i zatytułowanej »Znaczenie gospodarstwa rybnego dla zaopatrywania państwa niemieckiego w mięso«. Praca ta rozpada się na trzy odrębne działy, noszące tytuły: 1) Obecne zużycie mięsa rybiego. 2) Sposoby konserwowania mięsa rybiego i ich wpływ na nie. 3) Skład i wartość odżywcza mięsa rybiego. Z pierwszych dwóch części uwzględnię fakta najistotniejsze ze względu na cel niniejszego streszczenia.

Roczne zużycie ryb wynosi w Niemczech na głowę ludności 6,8 kg. z czego przypada na ryby morskie około 6 kg. W liczbie powyższej przypada na ryby świeże około 2,23 kg., w tem na morskie 1,56 kg., zaś rzecznych, stawowych i t. d. 0,67 kg. Odliczając na części niejadalne ryby — głowę, trzewia, ości, około 40—60% wagi ryby, przyjmują autorowie roczne zużycie mięsa ryb na głowę ludności na 3,5—4 kg. Roczne zużycie mięsa zwierzęcego — bez dodatków — przyjmują autorowie na 30 kg. na głowę; zużyte przeto mięso rybie stanowi $^1/_8$—$^1/_{10}$ części całej ilości spożytego mięsa. W drugiej części pracy po omówieniu sposobów konserwowania ryb podają autorowie wyniki doświadczeń i badań nad stratą w składzie chemicznym, oraz zmianami, zachodzącemi w konserwach rybnych pod wpływem przyrządzania konserw. Dosyć znaczna ilość azotu — zwłaszcza związanego z zasadami — przechodzi do posoki, otaczającej ryby, płynu zatem niespożywanego. Litr posoki ze śledzi zawierał 0,94% azotu albuminu odpowiadającego 5,9 gr. białka surowiczego, oraz 5,27 gr. azotu zasadowego. Pod wpływem konserwowania zachodzą przeto zmiany dosyć znaczne w wartości odżywczej surowego mięsa ryb.

Z omawianego w trzeciej części pracy składu chemicznego zasługują na największą uwagę związki azotowe, za-

warte w mięsie ryb i porównanie ich ilościowe z mięsem wołowem i cielęcem, zestawione w następującej tablicy:

	wody %	całkowita ilość N %	N albuminowy %	N w postaci kleju %	N zasadowy %	N proteinowy %
Mięso wołowe	74,45	3,55	0,29	0,17	0,44	2,65
» cielęce	78,16	3,24	0,13	0,13	0,31	2,57
Sztokfisz	9,02	14,47	0,25	1,06	1,01	12,25
Szczupak	78,73	3,34	0,41	0,25	0,47	2,31
Karp	73,34	3,28	0,23	0,21	0,42	2,42
Łosoś rzeczny	67,15	3,68	0,19	0,15	0,52	2,82
Śledź marynowany	58,58	3,12	0,14	0,39	0,79	1,80
» Matjes	62,61	3,12	0,14	0,30	0,59	2,99
» w bulionie	66,07	3,10	0,07	0,18	0,79	2,06

Skład pierwiastkowy mięsa rybiego, wytrawionego z tłuszczu, odpowiada składowi mięsa innych zwierząt, jedynie zawartość węgla zdaje się być w niem większą. Temu też odpowiada większa wartość cieplikowa, stwierdzona badaniem kalorymetrycznem; mięso rybie 5700 kal., wołowe 5657 kal., cielęce 5628 kal. Skład pierwiastkowy i wartość cieplikowa tłuszczu rybiego odpowiada własnościom płynnych tłuszczów zwierzęcych. Z doświadczeń nad trawieniem mięsa rybiego wynika, że jest ono strawne na równi z mięsem zwierząt hodowlanych. Rzekomą niestrawność mięsa rybiego tłomaczyć należy tem, że wielu osobom smak jego nie odpowiada i do stałego spożywania nie zachęca. Mięso rybie, zawierające większą ilość wody w stanie świeżym, wymaga krótszego gotowania, przyczem znacznie mniej (5—15%) traci wody od mięsa bydlęcego (40—43%); pragnąc przeto dostarczyć pożywieniem z ryby równą ilość składników odżywczych, jak mięsem bydlęcem, spożyć je należy w ilości większej, nieraz blizko trzykrotnie. Spożywając ilości mniejsze odczuwa się wkrótce po jedzeniu uczucie głodu. Konserwy rybne, zawierające mniejszą ilość wody, nie wymagają naddatku. Cena ryb wód słodkich, uwzględniając w nich 40% odpadków, odpowiada w Niemczech w przybliżeniu cenie mięsa wołowego i cielęcego, gdy mięso zwykłych ryb morskich przeciętnie o połowę jest tańsze; ryby morskie przeto uważać należy za mięso najtańsze, nadające się do zaopatrzenia szerszych kół ludności. Ze strony mięsa rybiego nie grozi zdrowiu niebezpieczeństwo większe, aniżeli ze strony mięsa innych zwierząt. L. Bier.

A. v. Degen. **Nasiona lulku w maku.** (Zeitschr. f. Untersuch. d. Nahrg. u. Genussmittel T. 19). W licznych próbach maku, pochodzącego z Rosyi, stwierdzono nasiona lulku (hyoscyamus niger), którego obecność w maku należy tłomaczyć sposobem zbioru; koszenie i młócenie maku zanieczyszczonego roślinami obcemi. W jednym przypadku stwierdzono lulku wagowo 1,7%. Przyjmując w nasionach lulku zawartość hyoscyaminy na 0,52%, należałoby spodziewać się objawów zatrucia przy używaniu maku, zawierającego w 100 gr. 77,5 nasion lulku; przy 0,15% nasion byłoby ich w 100 gr. 137 sztuk. Nie można twierdzić, by olej wyciśnięty z tak zanieczyszczonego maku nie był trującym, główną ilość alkaloidu zawierać jednak będzie makuch wytłoczony. L. Bier.

Rothenfusser. **Jaką wartość dla oceny mleka posiada stwierdzenie w niem obecności kwasu azotowego.** (Zeitschr. f. Untersuch. d. Nahrgs. u. Genussmittel Tom 18. Z. 6). Za pomocą próby z difenylaminą w roztworze zgęszczonego i czystego kwasu siarkowego można w serwatce mleka, otrzymanej najlepiej sposobem Ackermana, stwierdzić 1 część azotanu potasowego(= 0,53 części N_2O_5) w 100000 mleka. To samo odnosi się i do azotynów. Doświadczenia z rozmaitemi większemi naczyniami, służącemi do przewozu mleka, opróżnianemi pospiesznie z wody opłuczynowej, stwierdziły, że na 1 litr zawartości naczynia pozostaje w niem średnio 0,84 cm^3 wody. Gdyby nawet ilość ta była 10-krotnie większa, wynosiła zatem 1 cm. wody na 1 litr mleka, to zawartość w niej kwasu azotowego, aby ujawnić się miała zapomocą powyższej bardzo czułej próby, musiałaby być bardzo znaczną, woda zaś użyta do płukania ze stanowiska zdrowotnego bardzo złą. Z obecności azotanów w serwatce mleka należy wnosić albo o znaczniejszym dodatku doń wody, albo o dodatku wody zdrowiu szkodliwej — gnojówki — w ilości większej lub mniejszej. W mleku, uzyskanem podczas próby stajennej, nie udało się stwierdzić azotanów ani azotynów, obecności ich nie można było również stwierdzić przy rozmaitym sposobie żywienia bydła nawet po podawaniu saletry, jak również przy domieszce kału krowiego. L. Bier.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Cykloform zaleca gorąco Strauss jako dzielny środek znieczulający, zwłaszcza w maści 5—10%, przy guzach krwawniczych, wrzodach goleni, oparzelinach, rozpadlinach skóry i odbytu i t. p. (Münch. med. Wochs. Nr 50, 1910). A.

Przy wstrzykiwaniu przed laparotomiami kwasu nukleinowego nie spostrzegali Aschner i Graff zupełnie wybitnych wyników co do uodpornienia ustroju. (Mitt. a. d. Grenzgeb. 22. I.), K.

Przy chirurgicznej gruźlicy, zwłaszcza przy przetokach i ropniach, poleca Wreden podane przez Calota wstrzykiwania kamfor-naftolu (2: 1), a śródmiąższowo wstrzykiwania zawiesiny glicerynowej tego środka (1 K. N: 2—5 gliceryny). (Zft. f. orthop. Chir. 21. IV.). A.

Do odosobnienia nerwu lub ścięgna po plastyce celem zapobieżenia zrostom z sąsiedztwem, poleca Wierzejewski zwykły kondom, który najpierw kładzie do 10% formaliny na 12 godzin, potem do wody, następnie gotuje 10—15 minut i przechowuje w 95% alkoholu. (Medizin. Klinik Nr 49).

Obustronne zwichnięcie obojczyków spostrzegał Riedinger po zgnieceniu barków, po jednej stronie przed mostek, po drugiej nad wyrostek barkowy (akromion). (Arch. f. Orthop. IX. I.). A.

Za dozwoloną granicę długości wycięcia jelita bez większej szkody dla operowanego uważa Denk cztery metry. Przekroczenie tej granicy przypłaca zwykle operowany (nieraz dopiero w pewien czas) śmiercią. (Mitt. a. d. Grenzgeb. 22. I.). K.

W leczeniu wynicowania pęcherza poleca Makkas następujący sposób: Wyosabnia jelito ślepe i wszywa wyrostek robaczkowy w powłoki, a na drugiem posiedzeniu odłącza pęcherz i wszczepia go razem z moczowodami do wyosobnionego jelita ślepego. Mocz odchodzi potem na zewnątrz przez wyrostek robaczkowy. Roloff poleca sposób podobny, lecz ze wszczepieniem wyrostka do odbytnicy. (Zblt. f. Chir. Nr 38 i 43).

Tymczasowe wyjaławianie kobiety (n. p. przy gruźlicy) poleca Bucura. Jajnik umieszcza się w kieszonce więzadła szerokiego, którą się zaszywa. Każdej zaś chwili można znów jajnik wydobyć i uczynić dostępnym dla plemników. (Wiener klin. Wochs. Nr 46, 1910).

Zamrażanie bezwodnikiem kwasu węglowego polecają Harman i Morton do leczenia znamion, (nieraz wystarcza jedno zamrożenie przez 40 sekund), oraz do leczenia jaglicy (raz w tydzień 15 sekund). (Sect. of Ophtal. 78. Brit. Med. As.). A.

Przewlekłe zaparcie stolca leczy Lipowski lewatywami z parafiny. Postępuje w ten sposób, że ułożywszy chorego na czworakach, wprowadza 200 cm^3 parafiny to-

pliwej przy 37—38°. Zwykle już drugiego dnia stolec bywa prawidłowy, (ew. po wlaniu rozczynu soli). W ten sposób postępuje się przez 8—10 dni, poczem zmniejsza się ilość parafiny do 100 cm^3, a po 10 dniach stosuje się lawatywy tylko co drugi dzień; zwykle w ciągu kilku tygodni następuje wylecznie. Parafina osłania błonę śluzową i zatrzymuje wessanie, a więc zagęszczanie się zbytnie stolca. (Münch. med. Wochs. Nr 50, 1910). A.

Niedowład przełyku opisują Holzknecht i Olbert. Cierpienie to, zresztą nie sprawiające większych przypadłości, cechuje pewne utrudnienie spożywania mniejszych ilości potraw papkowatych, natomiast płyny, większe ilości papki i ciała twardsze przechodzą dobrze. Sprawę wykrywa zwykle badanie rentgenowskie. (Zeitschr. f. klin. Med. 71). A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie z d. 11 listopada 1910 r.

Prezes Radca Dr Franciszek Chłapowski zagaja zebranie, poświęcając kilka słów czci dla zgasłego niedawno ś. p. ks. Patrona Wawrzyniaka, którego pamięć uczczono przez powstanie. Następnie zawiadamia, że zaprosił z odczytem: »O koloidach« p. Prof. Zawidzkiego z Dublan. Kol. Łazarewicz wspomina o jubileaszu Prof. Napoleona Cybulskiego, na którego cześć wydany zostanie osobny numer »Nowin lekarskich«.

Następnie kol. Radca Chłapowski wygłasza odczyt: **O hormonach.**

Brown-Sécquard dał pierwszy pochop do organoterapii. Znamy gruczoły, wydzielające tylko do krwi, albo takie, które wydzielają i do krwi i na zewnątrz. Pierwsze (jak nadnercze, gruczoł tarczowy) dadzą się przeszczepić. Najlepiej dotąd zbadano wpływ adrenaliny na ciśnienie krwi i wydzielanie cukru w moczu. Z drugiej strony wiemy, że na cukromocz tamująco oddziałuje sok trzustki. Ten antagonizm ustroju chromochłonnego a trzustki odnosi się także do ciał białkowatych. Również ciekawy antagonizm istnieje między adrenaliną, a pilokarpiną co do eozynofilii. Adrenalina jest hormonem, zależnym od nerwu współczulnego. Falta na mocy powyższych spostrzeżeń dochodzi do wniosku, że chodzi o przewagę wpływów sympatycznych nad autonomicznemi.

W dalszym ciągu zrobiono spostrzeżenia, że przy zachorzeniach przysadki następuje limfocytoza. Spożywanie gruczołów tarczowych wywołuje schudnięcie w niektórych postaciach otyłości. U zwierząt bez gruczołu tarczowego adrenalina nie wywołuje cukromoczu. Podczas gdy wyciąg z całego gruczołu wywołuje cukromocz, wyciąg z substancyi rdzeniowej nadnerczy nie wywiera tego działania. Bardzo ciekawe jest spostrzeżenie Frankl Hochwarta, że przy nowotworach ciała szyszkowatego objawia się przedwczesny rozrost narządów płciowych. Odwrotnie wytrzebienie przyczynia się do rozrostu przysadki. Po wyłuszczeniu gruczołu tarczowego zanikają części rodne. Ważne są stosunki wszystkich tych gruczołów do grasicy. Dochodzimy na mocy tych badań do pojęcia dyspozycyi wzgl. dyskrazyi.

Dyskusya.

Kol. Dziembowski: Nietylko gruczoły wydzielają hormony. Także każdy inny narząd (np. żołądek wydziela hormony, wpływające na ruch kiszek) wytwarza pewne pierwiastki, wpływające na inne. Wskazaniem podawania gruczołu tarczowego przy otyłości są pewne zmiany skóry i dziedziczności. Falta słusznie twierdzi, że gruczoł tarczowy ma wpływ na rozrost kości.

Kol. Fr. Zakrzewski: Zdaje się istnieć łączność gruczołów płciowych z tarczycą. U kobiet po zaniku jajników widuje się nadmierne tycie. Często mężczyźni, a także i kobiety otyłe nadmiernie, są niepłodne. Przy stosowaniu gruczołu tarczowego należy kontrolować wagę chorego.

Kol. Karwowski wspomina, że właśnie pierwszy przetwór organoterapeutyczny, t. j. spermina Brown-Secquarda, zawiódł oczekiwania pod względem działania na siłą płciową. Natomiast jest ten przetwór bardzo dobrym środkiem podniecającym w wycieńczeniach ostrych.

Kol. Łazarewicz podnosi zasługi Prof. Popielskiego, który przeprowadził bardzo mozolne badania na ten temat i stwierdził, że działanie hormonów nie jest swoiste, lecz że działają one w najróżniejszych kierunkach. Mowca wygłosi osobny referat na temat prac Popielskiego, do którego obejmuje koreferat kol. Dziembowski.

Kol. Święcicki podnosi ważność pracy Popielskiego. Niemcy chętnie ignorują polskie prace. Dopiero Włoch Luciani podniósł np. zasługi Prof. Cybulskiego. Mowca wspomina o pracy Bigla o wewnętrznem wydzielaniu oraz o rozprawie Fellnera, który postawił tezę, że macica wydziela pewien sok podrażniający jajniki, który znów oddziaływają miesiączkowaniem, by się pozbyć tego jadu. Mossini twierdzi, że rzucawka (eclampsia) polega na niedorozwoju gruczołu tarczowego. Vassale podawał przy rzucawce wyciągi gruczołu tarczowego i miał dobre wyniki. Łożysko wydziela tzw. syncytyolizynę, która we krwi matki wywołuje powstawanie niweczników.

Kol. Łazarewicz: Co do rzucawki, to wykryto, że łożysko działa jak gruczoł, wydzielając różne fermenty. Z własnego doświadczenia może mowca potwierdzić, że gruczoł tarczowy, podawany wczas przy zagrażającej rzucawce, jest środkiem znakomitym. Adam Karwowski.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

Wydział lekarski.

XIII uroczyste posiedzenie naukowe poświęcone rodakom przybyłym na V. międzynarodowy Zjazd ginekologów d. 13 (26) września 1910 r.

Obecnych, oprócz licznych gości, 90 członków. Przewodniczy prezes Prof. O. Czeczott.

1) Prezes Prof. Dr O. Czeczott otwiera posiedzenie następującem powitaniem gości:

»Wielce szanowni Koledzy, goście nasi!«

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu zaszczycił mię zleceniem, by uroczyście powitać Was tutaj przybyłych.

Związek nasz, acz zaledwie rok trzeci ma swego życia, jest jednak wynikiem dawnej dążności towarzystwa polskiego w Petersburgu do społecznego życia. Jeszcze w roku 1884, po długich staraniach Władzy kościelnej i wielu parafian, w dniu 10 stycznia została zatwierdzona przez władze rządowe Ustawa Towarzystwa Dobroczynności pod nazwą »Rzymsko-Katolickie Towarzystwo Dobroczynności przy Kościele św. Katarzyny«. Chociaż przy tej nazwie wszelkie oficyalne objawy życia tego »Towarzystwa« powinny były odbywać się w języku rosyjskim, jednak odtąd Towarzystwo polskie w Petersburgu wstąpiło już w historyczny okres swojej społecznej działalności i stosunkowo w krótkim czasie zaznaczyło się w szerokiem kole społecznego życia. Wielkie pole dla tej działalności przedstawiały choroby, najdotkliwiej ścigające biedniejsze warstwy naszego społeczeństwa między przybyłymi do stolicy Polakami, szukającymi tu na obczyźnie zarobku ciężką pracą. Owoż wśród członków Towarzystwa Dobroczynności utworzyło się »Koło lekarzy polskich«, którego działalność na początku była dobroczynno-lekarską. Towarzystwo Dobroczynności okazało wszelką życzliwość tym dążnościom i na zasadzie swej Ustawy podało szczegółową instrukcyę »Opieki lekarskiej«, co pozwoliło zorganizować »Koło lekarzy polskich« na drodze zupełnie legalnej. Chociaż głównem za-

daniem »Opieki lekarskiej« według podanej instrukcyi było tylko udzielanie bezpłatnej lekarskiej pomocy i opieki biednym chorym katolikom, jednak członkowie »Koła lekarzy polskich« wśród pilnej swej pracy względem tych biednych chorych czynili ciekawe spostrzeżenia, a te wywoływały potrzebę wspólnego ich omówienia; lekarze zbierali się dla rozpraw nad tymi przypadkami. Rychło przekonano się o wielkiej potrzebie własnego szpitala, swojej kliniki, »pracowni«, i w tym kierunku »Koło lekarzy polskich« rozpoczęło też swoje starania. Praca więc zwiększała się, liczba członków koła również wzrastała i wielu najwybitniejszych lekarzy polskich współdziałało w pracach »Koła«, jak to wreszcie można widzieć ze sprawozdań jego, ogłoszonych drukiem w »Przeglądzie lekarskim« w Krakowie. Tak więc, chociaż wśród trudnych warunków, szerzyła się i rozwijała się, nietylko praktyczna, ale i naukowa działalność »Koła lekarzy polskich«.

Potem, gdy nastały inne czasy, powiały inne prądy, »Koło lekarzy polskich« mogło już przeistoczyć się w samodzielne Stowarzyszenie. Tu, w swoim nowym rozwoju, »Koło« odczuło potrzebę nowych środków dla szerszej pracy, a więc pracy powołującej do wspólnego działania szersze koła inteligentnych warstw petersburskiej kolonii polskiej. Ztąd powstało zjednoczenie licznych przedstawicieli przyrodoznawstwa z »Kołem lekarzy polskich« i w dniu 15 maja 1907 został urzędownie uznany »Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu«, a 13 (31) stycznia 1908 Walne Zgromadzenie organizacyjne otwarło jego działalność. Myśl zrzeszenia się, przyświecająca przy utworzeniu Związku, oczywiście była myślą wielu Polaków, których zajęcia miały pewien stosunek do przyrodoznawstwa, w szerokiem znaczeniu; otóż bardzo rychło utworzył się w Związku »Wydział farmaceutyczny« dalej »Wydział odontologiczny«, niedawno zorganizował się »Wydział stosowanego przyrodoznawstwa« — techniczny.

W taki sposób »Związek polski lekarzy i przyrodników« przedstawia teraz wielką część inteligencyi polskiej w Petersburgu, jest stowarzyszeniem legalnie uznanem, korzysta ze wszystkich prerogatyw takiego bytu i dzisiaj ma zaszczyt przyjmować Was u siebie, przybyłych tu, rodaków naszych, z Królestwa, Litwy, Rusi, Ukrainy, z Galicyi i z Poznania. A więc jeszcze raz, w imieniu naszego Związku, witam Was, jako drogich naszych gości, kończąc staropolskiem »Gość w Dom — Bóg w Dom!«

2) Dr Franciszek Neugebauer (Warszawa) dziękuje za powitanie w imieniu przybyłych rodaków, poczem wygłasza rzecz p. t.: **O równoczesnej ciąży macicznej i pozamacicznej.**

3) Prof. J. Ziemacki w kilku słowach charakteryzuje działalność i rozwój »Koła lekarskiego« i wspominając jego założycieli, wita jednego z nich, Dra Maczewskiego, obecnego na posiedzeniu. Następnie wygłasza odczyt p. t.: **Hypoteza o powstawaniu ropni opadowych przy gruźlicy chirurgicznej.** (Odczyt ma być powtórzony na mającym się odbyć za kilka dni Zjeździe chirurgów polskich w Warszawie).

4) Prof. St. Zaleski, przechodząc do następnego punktu porządku dziennego (wymiana zdań w sprawie organizacyi przyszłych Zjazdów międzynarodowych), zaznacza, iż skorzystać należy z tak licznego zgromadzenia, aby rozpocząć sprawę uzyskania na każdym międzynarodowym Zjeździe stałych komitetów polskich, co po raz pierwszy nastąpiło na obecnym V. międzynarodowym Zjeździe ginekologów w Petersburgu. W tym kierunku na wniosek prezesa stałego Komitetu słowiańskiego, Prof. Wicherkiewicza (z Krakowa) odbyły się już obrady w »Związku«. Na podstawie tych obrad przedstawia mówca rezolucyę następującej treści: »Przyjmując za punkt wyjścia urzeczywistnienie na obecnym V. Zjeździe międzynarodowym położniczo-ginekologicznym dawnych dążeń naszych stowarzyszeń naukowych co do utworzenia na Zjazdach międzynarodowych osobnych komitetów polskich, dołożyć należy wszelkich starań, aby komitety te były odtąd instytucyą stałą na następnych Zjazdach«.

W dyskusyi nad wnioskiem Prof. St. Zaleskiego uczestniczyli:

Dr Jaworski (Warszawa) nadmienia, że poruszona sprawa jest nader skomplikowana i że właściwie istnieje już faktycznie stały komitet polski pod przewodnictwem Prof. Wicherkiewicza, zajmujący się specyalnie sprawą wprowadzenia na Zjazdy międzynarodowe lekarskie stałych komitetów polskich. Dr Jaworski pracuje również w tym kierunku i wydał w tej sprawie broszurę, którą nadeśle »Związkowi«. Co do rezolucyi, wniesionej przez Prof. St. Zaleskiego, to uważa ją za rzecz na dobie i zaleca ją poprzeć jak najgoręcej.

Dr Kaufmann (Łódź) zaznacza brak wprawy w komitecie, który nawet nie okazał się łącznikiem dla wzajemnego zapoznania się kolegów-rodaków, i tylko dzięki »Związkowi polskiemu lekarzy i przyrodników w Petersburgu« zbliżyliśmy się do siebie. Na przyszłych Zjazdach międzynarodowych (najbliżej za parę lat w Berlinie) wtedy tylko będą się liczyć z nami, jeżeli zorganizujemy się i zaważymy powagą naukową (szczególnie tyczy się to Niemiec). Nie zarzucając więc nic już istniejącemu komitetowi, uważa mowca za drogę najskuteczniej wiodącą do celu jak najliczniejsze przedstawianie na Zjazdy międzynarodowe referatów polskich, któreby przechodziły przez komitet.

Dr Jaworski (Warszawa) podkreśla, że 5 lat napróżno walczyliśmy o komitet i że dopiero niedawno powiodło się go uzyskać i zorganizować, a więc nie można winić komitetu co do pewnych braków.

Prof. St. Zaleski zaznacza, że dotychczas na żadnym Zjeździe międzynarodowym nie było jeszcze polskiego komitetu, choć się o to wielokrotnie starano, na obecnym zaś Zjeździe widzimy taki komitet na równi z komitetem czeskim i chorwackim, co zawdzięczać należy głównie wpływom Prof. D. Otta. Taki precedens należy bezwarunkowo wyzyskać na przyszłość.

Wniosek Prof. St. Zaleskiego jednomyślnie przyjęto, poczem prezes »Związku« Prof. Dr O. Czeczott nadmienił, że biuro »Związku« uchwałę tę zakomunikuje innym stowarzyszeniom polskim, a także Komitetowi pod przewodnictwem Prof. Wicherkiewicza.

Prof. Dr Kader (Kraków), biorąc za punkt wyjścia swoje dawne stosunki, jakie go łączyły i łączą z Prof. J. Ziemackim, podnosi w dłuższem i gorącem przemówieniu zasługi »Związku polskiego«, jako krzewiciela wiedzy i nauki na niwie ojczystej w dalekim od Polski kraju i wypowiada gorące życzenie, aby Związek i nadal pracował i działał równie skutecznie i pod kierownictwem obecnego prezesa wielce zasłużonego Prof. O. Czeczotta.

Prezes »Związku« Prof. O. Czeczott, zamykając posiedzenie naukowe, jeszcze raz dziękuje obecnym gościom za tak liczne przybycie i zaprasza ich w imieniu »Związku« na wydaną na ich cześć ucztę koleżeńską.

Sekretarz: Doc. Dr Sowiński.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

63. Ogólne Zebranie w dniu 17. grudnia 1910.

I. Na przewodniczącego Zebrania wybrany kol. Fidler.

II. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego Zebrania.

III. Kol. Przewodniczący otworzył dyskusyę nad odezwą komitetu organizacyjnego Towarzystwa lekarskiego łódzkiego z dnia 25. listopada 1910 w sprawie Zjazdu lekarzy prowincyonalnych w lecie 1911 roku. W myśl odezwy komitetu zarządził głosowanie na członków podkomitetu zjazdowego radomskiego. Po przeliczeniu głosów okazało się, że do składu podkomitetu weszli: Henryk Fidler, Józef Pełczyński i Antoni Szczepaniak, przyczem upoważniono podkomitet radomski do zwrócenia się do komitetu orga-

nizacyjnego z zapytaniem, czy może być wprowadzona na Zjazd »Sprawa organizacyi zawodowej lekarzy«.

IV. Kol. Przychodzki zwrócił się do Towarzystwa, że słyszał o utworzeniu ambulatoryum żydowskiego w Radomiu, wobec czego mniema, że pożądanemby było, aby koledzy bez porozumienia się z Towarzystwem lekarskiem nie wchodzili w żadne porozumienie z założycielami wspomnianego ambulatoryum.

Kol. Cung, Finkelsztajn i Kołodner oświadczyli, że była wprawdzie myśl utworzenia ambulatoryum żydowskiego w Radomiu, ale, jak słyszeli, sprawa ta została odłożona ad acta.

V. Kol. Przewodniczący otworzył dyskusyę nad mianowaniem członkami honorowymi Towarzystwa profesorów: Napoleona Cybulskiego z Krakowa i Ludwika Rydygiera ze Lwowa. Jednogłośnie projekt ten przyjęto i upoważniono Zarząd do zredagowania odpowiednich dyplomów.

VI. Józef Wojczyński, lekarz weterynaryi i zarządzający pracownią bakteryologiczną gubernialną, odczytał swą pracę pod tytułem: **Wyniki badania bakteryologicznego wód studziennych w Radomiu i wpływ roztworów różnej koncentracyi kwaśnego siarczanu sodu** ($NaHSO_4$ Natr. bisulfuricum) **na bakterye cholery, tyfusu brzusznego i inne, przebywające w wodzie** z (demonstracyą preparatów).

Niema wogóle na powierzchni ziemi wody, nie zawierającej bakteryi. Wodą, w której ich niema, jest jedynie ta, która jest czerpana z głębokich pokładów ziemi i przytem oddzielonych od powierzchni warstwami, stanowiącemi dobry filtr naturalny dla drobnoustrojów. W każdym razie i ta woda tylko wyjątkowo dosięga powierzchni, nie zawierając w sobie drobnoustrojów, ponieważ zawsze jest możebne jej zakażenie zapomocą przyrządów do czerpania. Ilość zarodków może być w danym wypadku bardzo znaczna, lecz nizka ciepłota czystej wody i niedostateczna ilość spożywczego materyału stanowi ważną przeszkodę dla rozwoju drobnoustrojów, przeto przy dostatecznem wypompowaniu wody ilość bakteryi może się zmniejszyć do minimum. W wodzie, branej z warstw głębokich, mogą pozostać tylko najniewybredniejsze gatunki drobnoustrojów, i to w małej ilości.

Badanie bakteryologiczne wody w tych wypadkach, gdzie wodociągi są zaopatrywane w wodę z głębokich warstw ziemi, robione od czasu do czasu, będzie wystarczającem, ponieważ idzie tu tylko o przekonanie się, czy nie zmieniła się jakość wody z tej lub innej przyczyny pod względem bakteryologicznym. Na odwrót wszelkie zbiorniki wody na powierzchni ziemi są stosunkowo bogate w drobnoustroje, ponieważ zarodki ich mają stałą możność przedostawania się do wody. Woda, czerpana z powierzchni ziemi, może przeto zawierać i zarodki chorób zakaźnych i wywoływać epidemie, jeżeli nie będzie oczyszczona przez filtry. Badanie bakteryologiczne wody po miastach, które mają w wodociągach wodę z rzek lub jezior, ma na celu przekonanie się o działalności filtrów, określając ilość drobnoustrojów w wodzie filtrowanej, czystej. Jeżeli w niej jest mało bakteryi, w wodzie zaś nie filtrowanej, wziętej z rzek lub jezior jest wielka obfitość zarodków drobnoustrojowych, to filtry są dobre. W przeciwnym razie filtry nie odpowiadają swemu przeznaczeniu i powinny być jak najspieszniej usunięte. Rzecz prosta, że badanie wody bakteryologiczne codziennie z każdego filtra byłoby najodpowiedniejszem, w praktyce jednak nie daje się wykonać z łatwością. W każdym razie po miastach ze wzorowo urządzoną organizacyą sanitarną starają się, o ile to jest możebnem, zadośćuczynić temu wymaganiu, szczególniej, jeżeli jest spodziewany wybuch jakiejś epidemii. O ile łatwo określić cel badania bakteryologicznego wody w miastach z kanalizacyą i wodociągami, o tyle trudno wybrać wskaźnik, na czem powinno polegać badanie bakteryologiczne wody w miastach, nie posiadających wodociągów, a zaopatrywanych w wodę ze studzien, znajdujących się w podwórzach domów Określenie, czy pewna woda jest czystą jedynie z punktu bakteryologicznego jest bardzo trudne, ponieważ nie posiadamy żadnej stałej miary, którąbyśmy mogli zastosować przy ocenianiu wyników badania.

Ile woda powinna zawierać zarodków, aby być uznaną za nieczystą? Lub jaka ilość różnych rodzajów drobnoustrojów wskazuje, że daną wodę zanieczyszczają brudne dopływy? Jeżelibyśmy podali pewne liczby, to one będą dowolne i niczem nieuzasadnione. Ze sprawą tą spotkałem się, badając wodę studzienną w Radomiu pod względem bakteryologicznym. Że woda radomska wogóle nie może być czysta, to można było powiedzieć: »a priori«. Ciasne podwórza, w których miejsca ustępowe, zlewy i niezbyt głębokie studnie znajdują się blizko jedne drugich, przedstawiają wszystkie warunki, sprzyjające przedostaniu się drobnoustrojów chorobotwórczych wraz z wodą ściekową, bądź z powierzchni, bądź przez warstwy niżej położone. W każdym razie, bez względu nawet na złe warunki higieniczne, jakość wody z tych studzien nie może być jednakową pod względem bakteryologicznym.

Aby wykazać tę różnicę i na tej zasadzie dojść do wniosku, czy woda z tej lub owej studni może być przy pewnych okolicznościach ogniskiem zarazy, starałem się określić taki drobnoustrój, któryby mógł być wskaźnikiem pod tym względem. Za taki wskaźnik uważam prątka okrężnicy (bac. coli), którego obecność w wodzie oznacza zanieczyszczenie jej przez brudne dopływy, gdyż w czystej wodzie nie znajdujemy nigdy tego drobnoustroju.

Z inicyatywy Dra Pełczyńskiego przystąpiłem do badania bakteryologicznego wody studzien radomskich w lipcu 1910 roku. Do 1. grudnia tegoż roku zbadałem 35 studzien w różnych dzielnicach miasta. Metoda, stosowana przezemnie dla wydzielania przebywających w wodzie drobnoustrojów, była następująca: Wodę, wziętą ze studni, mieszałem w ilości 1,0; 0,1; 0,01 sześc. cm. w probówkach z żelatyną i po dokładnem zmieszaniu wylewałem na spodki Petriego. Oprócz tego robiłem także zasiewy wody w ilości $(^1/_{10})$, $(^1/_{10})^3$, $(^1/_{10})^5$ i $(^1/_{10})^7$ cm. sześc. do probówek z bulionem. Na agar Conradi-Drygalskiego zasiewałem 10 sześc. cm wody. Codziennie robiłem przegląd kolonii, otrzymanych na żelatynie przy małem powiększeniu (30 razy), oraz preparaty drobnowidowe drobnoustrojów, które wyrastały na bulionie i na agarze. Kolonie drobnoustrojów, godne większej uwagi, przesiewałem z żelatyny do probówek z agarem. To samo robiłem i z bakteryami, wyrastającemi w bulionie i na agarze Conradi-Drygalskiego. Przy określaniu ilości drobnoustrojów w 1 ctm. sześc. wody brałem pod uwagę ilość kolonii, otrzymanych na żelatynie. Jeżeli na spodku z żelatyną, do której dodano 0,1 cm sześc. wody, po upływie 7—8 dni pokazało się n. p. 50 kolonii, to przyjmowałem za ilość drobnoustrojów w jednym cm sześc. badanej wody liczbę 10 razy większą, t. j. 500. Jeżeli zauważyłem zmętnienie bulionu w probówce, do której dodano 0,001 cm. sześc. wody, a w probówce z wysiewem $(^1/_{10})^5$ cm. sześc. wody zmętnienia nie było, to za ilość drobnoustrojów w 1 cm. sześc. badanej wody przyjmowałem liczbę do 10,000 zarodków. Agar Conradi-Drygalskiego służył za podłoże dla określenia, czy w badanej wodzie niema bakteryi tyfusu, grupy paratyfusowej, oraz prątka okrężnicy. Przeprowadziwszy w taki sposób badania wody z 35 studzien i porównując ich wyniki, doszedłem do przekonania, że w wodzie ze studzien, które nie są zanieczyszczone przez brudne dopływy, niema prątka okrężnicy, lecz że w wodzie z takich studzien jest niewiele gatunków innych czysto wodnych drobnoustrojów. Liczba ich nie przekraczała 3—4. Gatunki te należały prawie zawsze do grupy mikrokokków i rzadko kiedy do laseczników. Kolonie obydwóch tych gatunków miały zawsze na żelatynie białą barwę. Laseczniki peptonizowały żelatynę i to bardzo prędko, mikrokokki zaś nie posiadały tej własności. Ilość bakteryi w studniach z czystą wodą dosięgała nie więcej, jak 100 zarodków w 1 cm. sześc. wody,

tak w zimie, jak i w lecie. Z 35 studzien, zbadanych przezemnie, okazało się tylko 15 takich, które posiadają czystą wodę i nie są zanieczyszczone przez brudne dopływy. W 20 studniach, t. j. w 57%, znalazłem prątki okrężnicy i to w znacznej ilości. We wszystkich 20 przypadkach udało mi się otrzymać czystą hodowlę prątka okrężnicy i przesiewając ją na zwyczajny agar, żelatynę i podłoże Conradi-Drygalskiego, przekonałem się, że wyżej wspomniany lasecznik tak drobnowidowo, jak i pod względem rozwoju na różnych podłożach nie różnił się niczem od typowego prątka okrężnicy, przebywającego zwykle w kiszkach człowieka. W 20 studniach z prątkiem okrężnicy znajdowałem zawsze nadzwyczajną obfitość różnych gatunków bakteryi wodnych. W niektórych z tych studzien ilość gatunków dosięgała do 20, należących do rodzin »coccaceae, bacteriaceae et spirillaceae«. W studniach z wodą nieczystą ilość zarodków bakteryi w 1 cm. sześc. wody okazała się w lecie nieskończenie wielką, zimową zaś porą do 1000. Dane te wskazują, że w takich studniach znajduje się dostateczna ilość materyału spożywczego, sprzyjającego rozwojowi bakteryi, a także i to, że ciepłota wody zmienia się w szerokich granicach wraz z ciepłotą powietrza. Ponieważ w dobrze urządzonych i głębokich studniach ciepłota wody, tak w lecie, jak i w zimie powinna podlegać niewielkim zmianom, to jedna ta okoliczność oznacza bez wątpienia, że 20 studzien z nieczystą wodą są płytkie i źle zabezpieczone od wpływów zewnętrznych. Z wyjątkiem 15 studzien po większej części arteryjskich, w których okazała się woda czysta, wszystkie inne w liczbie 20 nie odpowiadają swemu przeznaczeniu. Wogóle w badanej wodzie znalazłem do 50 różnych gatunków drobnoustrojów, z nich udało mi się do obecnej chwili otrzymać czyste hodowle 17 gatunków. Między drobnoustrojami, znalezionymi w wodzie radomskiej, niektóre wydzielają barwniki żółty, pomarańczowy, różowy i fioletowy.

(Dok. nast.).

Korespondencye.

Petersburg, w Styczniu 1911.

Dnia 9. (22) stycznia ukończyła się w Petersburgu I konferencya w sprawie bakteryologii, epidemiologii i w sprawie trądu. Konferencya obradowała 7 dni. Wobec czasu rekreacyjnego zjechało się wielu przedstawicieli nauki z różnych miast uniwersyteckich Rosyi, jak również sfera lekarzy ziemskich, dla których walka z chorobami zakaźnemi jest najpoważniejszą działalnością zawodową.

Konferencya podzieliła swe prace na 3 wydziały: wydział bakteryologiczny, wydział epidemiologiczny i wydział dla sprawy trądu. Prócz tego sprawy, mające znaczenie ogólne, rozpatrywano na ogólnych posiedzeniach wszystkich wydziałów. Z takich spraw ogólnych największe zajęcie wzbudziły: sprawa duru wysypkowego z punktu bakteryologicznego, sprawa leczenia surowicą błonicy, sprawa stosowania szczepionek przy płonicy. Dalej, obradowano nad surowicami leczniczemi wogóle, nad ich stosowaniem, a w tej ostatniej sprawie był głównym referentem nasz rodak, dr chemii p. Szymon Dzierzgowski, który poruszył też sprawę kontroli państwowej nad surowicami leczniczemi wogóle. Na ogólnych posiedzeniach rozprawiano również o cholerze, dżumie, gruźlicy i o walce z temi klęskami. W sekcyi bakteryologicznej główną uwagę zwróciły sprawy fagocytozy i opsoninów, odczyn Wassermanna wzbudził małe już zajęcie; jeden odczyt dotyczył surowiczej anafilaksyi. Lekarze ziemscy bardzo gorąco popierali sprawę urządzenia stacyi i instytutów bakteryologicznych w Rosyi.

W sekcyi epidemiologicznej rozpatrywano sprawę oczyszczania wody ściekającej z fabryk, współczesny stan i organizacyę przytułków przez ziemstwa, miasta i koleje żelazne dla chorych zakaźnych podczas epidemii, omawiano sprawę chorób zakaźnych w szkołach i sprawę organizacyi dozoru nad środkami spożywczymi. W tej ostatniej sprawie konferencya doszła do przekonania, iż aby zapobiedz fałszowaniu środków spożywczych, należy wydać nową ustawę, nakładającą na fałszerzy znacznie surowszą odpowiedzialność niż obecnie. Wydział w sprawie trądu prócz strony doświadczalno-bakteryologicznej (przedstawiono czystą hodowlę lasecznika Hansena) zajmował się sprawą ścisłego rejestrowania chorych, odosobniania ich, współczesnym stanem walki z trądem i sprawą leprozoryów (przytulisk) w gub. Liflandzkiej, w okolicy kubańskiej, w Astrachaniu i w kraju Wojska Dońskiego. Z rozpraw wynikło, iż według urzędowych danych było w r. 1908 w całej Rosyi trędowatych zarejestrowanych 1600, według zaś obliczeń lekarzy należy przypuszczać, iż w rzeczywistości liczba ta jest znacznie większa, wynosi około 5000. W Rosyi istnieją 22 leprozorya i kilka przytulisk podrzędnych; w leprozoryach utrzymanie jednego chorego kosztuje średnio 300 rs. na rok. Najlepszą organizacyą wewnętrzną odznaczają się leprozorya w gub. liflandzkiej, gdzie najwięcej jest trędowatych (w północnej części); w innych miejscach leprozorya znajdują się w nader opłakanym stanie. Sekcya uchwaliła rezolucyę, która niewiele różni się od rezolucyi uchwalonych w Bergen (w Norwegii), dodając, iż w walce z trądem należy główną uwagę zwrócić na dostateczną ilość przytulisk i na racyonalne wypracowanie sposobów rejestrowania każdego chorego. Na uwagę zasługują rezolucye w sprawie walki z cholerą, dżumą, gruźlicą i zimnicą. Konferencya wyraziła zdanie, iż do tej walki należy powołać siły społeczne, gdyż one tylko zdołają zapobiedz szerzeniu się zarazy. Co do dżumy, to należy zwrócić baczną uwagę na Odessę, gub. astrachańską i Mandżuryę. Walka powinna polegać na szerokiej organizacyi pomocy lekarskiej i na odpowiednio urządzonej izolacyi i ewakuacyi tak chorych jako też osób, które były w zetknięciu z chorymi. Aby zapobiedz zawleczeniu dżumy do Rosyi europejskiej, należy stworzyć sieć punktów lekarsko-obserwacyjnych, zwiększyć dozór lekarski na kolejach żelaznych w Syberyi i urządzać osobne stacye epidemiczne w Mandżuryi i Zabajkalu. Prócz tego podniesiono szereg punktów ogólno-higienicznego i kulturalnego charakteru.

Zimnicę uznała konferencya za klęskę społeczną wobec znacznego szerzenia się jej na Kaukazie i w całej okolicy rzeki Wołgi. Wśród innych punktów uchwalono, iż należy znieść cło od przetworów chininy i zaopatrzyć w te przetwory »larga manu« miejscowości, dotknięte zimnicą.

Należy zaznaczyć, iż organizacya Konferencyi była wogóle słaba; zaproszenia były późno rozesłane, na posiedzeniach sekcyi brakło porządku, ponieważ program pierwotny podlegał kilkakrotnym zmianom w ciągu jednego i tegoż samego dnia, co wywoływało często zawód wśród słuchaczy. Pod względem naukowym Konferencya wypadła również dość słabo; dużo odczytów było prawie powtórzeniem tego, co już słyszano na ostatnim Zjeździe im. Pirogowa (kwiecień 1910 r.). Z góry można było to przewidzieć wobec tego, iż zaledwie temu 8 miesięcy odbył się Zjazd im. Pirogowa, a 2 tygodnie temu Zjazd Terapeutów rosyjskich.

Po przyjęciu rezolucyi zabrał głos przewodniczący rodak nasz Prof. Wysokowicz (z Kijowa), wyjaśnił znaczenie Konferencyi, zaproponował, by posłać telegram Prof. Miecznikowowi, jako nauczycielowi wielu z obecnych i wyraził nadzieję, że takie konferencye bakteryologów i higienistów będą początkiem przyszłych Zjazdów bakteryologiczno-higienicznych.

Sz.

† Dr Bolesław Skórczewski.

Z szeregu balneologów polskich ubył jeden z najstarszych i najpoważniejszych, wytrawny znawca zdrojownictwa, zwłaszcza galicyjskiego, jego stanu i potrzeb.

Urodzony 13 czerwca 1848 w Krakowie, tam też przebył szkoły średnie i studya lekarskie i uzyskał dyplom doktorski w r. 1876. Po podróży naukowej do ważniejszych zdrojowisk europejskich poświęcił się odrazu balneologii, latem w Krynicy, zimą oddając się pracy naukowej i piśmienniczej.

W Krynicy stworzył wzorowo prowadzony Zakład dyetetyczno-leczniczy, wyrabiając mu przez troskliwe i skrupulatne kierownictwo, którem się do ostatnich lat życia zajmował, zasłużone uznanie. Owocem pracy miesięcy zimowych był liczny poczet badań oryginalnych, przeglądów krytycznych i rozpraw, ogłaszanych w »Rozprawach i sprawozdaniach Wydziału matematyczno-przyrodniczego Akademii Umiejętności«, w »Pamiętniku Towarzystwa lekarskiego warszawskiego«, w »Medycynie«, »Zdrowiu«, a najczęściej w »Przeglądzie lekarskim«. Z nich wspomnieć należy przedewszystkiem o badaniach nad wpływem prądu przerywanego na śledzionę (1875), nad wpływem ciepłoty wód lekarskich na chyżość ich chłonienia w przewodzie pokarmowym (1877), nad związkiem między chłonieniem wód lekarskich a wydzielaniem moczu (1877), nad zachowaniem się tętnic i żył pod wpływem strumienia gazu kwasu węglowego (1878), nad oznaczaniem ilości krwi i ciałek krwi u ludzi w celach klinicznych (1877); z zakresu czysto klinicznego ogłosił rozprawy o zwątleniu (atonii) żołądka i jelit (1878), o bolach głowy (1881), o niektórych postaciach uporczywych biegunek (1881), o nerce wędrującej (1882), o niektórych zaburzeniach powstałych pod wpływem zimnicy (1882), o nerwowem kołataniu serca (1886), o nerwicach narządu moczowopłciowego (1885—1886), kilka przeglądów krytycznych (o białaczce, o porażaniu opuszkowem postępującem), oraz szereg spostrzeżeń kazuistycznych. Większość tych prac klinicznych poruszała zarazem zagadnienia balneoterapeutyczne; obok nich pozostawił prace wyłącznie balneologiczne (O kąpielach borowinowych 1879, Listy balneologiczne 1878, Kartki z wycieczek balneologicznych 1879), liczne artykuły, dotyczące Krynicy i innych zdrojowisk, (poczęści z dziedziny nielekarskiej), oraz dziełka popularne (Dyetetyka kąpielowa 1880, Przewodnik dla chorych udających się do Krynicy 1883). Wreszcie po dłuższej przerwie zebrał jeszcze pod koniec uwagi o zdrojowiskach galicyjskich, ich brakach i potrzebach (Przegląd lekarski 1904), — jako owoc doświadczeń i spostrzeżeń, gromadzonych w ciągu pracowitego swego żywota. Wiele z tych uwag było punktem wyjścia postulatów, podnoszonych i dziś jeszcze przez naszych balneologów.

Zacnością charakteru zdobywał sobie szacunek, a dobrocią i pogodą usposobienia wielu jednał przyjaciół, chociaż w sądach swoich nie oglądał się na względy uboczne i wypowiadał je otwarcie i stanowczo, jeśli za słuszne uważał. Nie dobijając się o zaszczyty, raczej od nich uchylając, szedł prostą drogą sumiennie pełnionego obowiązku i pracy, w nich i w szlachetnych estetycznych zamiłowaniach znajdując zadowolenie i nagrodę.

Spokój Jego popiołom! C.

Wiadomości bieżące.

Dzięki uprzejmości »Gazety lekarskiej« mają prenumeratorowie naszego pisma jeszcze i w roku bieżącym (1911) prawo do otrzymywania »Przeglądu pedyatrycznego«, wydawanego przy »Gazecie lekarskiej« za połowę ceny prenumeracyjnej, jednakże nie 2 rb. = 5 k., ale **2·40 rb. = 6 (sześć) kor.** Zamówienia na »Przegląd pedyatryczny« zechcą czytelnicy naszego pisma skierowywać do naszej Administracyi (Kraków, Dunajewskiego 2).

Kraków. »Związek lekarzy rządowych w Galicyi« odbędzie w dniu 17. i 18. lutego 1911 we Lwowie (w Instytucie technologicznym Izby handlowej) Walne Zgromadzenie, którego program oprócz przedmiotów administracyjnych i sprawy Zjazdu lekarzy rządowych z całej Austryi w r. 1912 w Galicyi, obejmuje następujące wykłady i referaty: 1) Prof. Dr A. Jurasz: Nowsze poglądy o twardzieli nosa. 2) Dr Dolnicki: O molu mącznym w młynach i sposobach jego tępienia. 3) Dr Sękiewicz: O akuszerkach i pomocy położniczej w gminach wiejskich. 4) Dr Z. Lachowicz: Uwagi i wnioski w sprawie zmiany taryfy za czynności sądowo-lekarskie. 5) Prof. Dr W. Łukasiewicz: »606« Ehrlicha z przedstawieniem chorych. 6) Dr Janikiewicz: Kilka uwag o przebiegu tyfusu brzusznego i plamistego. 7) Dr Eisenberg: O roznosicielach chorób zakaźnych. 8) Dr Czyżewicz: Lekarze rządowi, a prywatna praktyka. (Wnioski Wydziału Związku państwowego).

— Dyplom doktorski uzyskali w Krakowie pp. Sławoj Składkowski, rodem z Gombina i Bolesław Salak z Żukowa w Królestwie Polskiem.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 22. I. do 28. I. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 13 † 3 (w tem obcych 6 † 2), krztuśca 5 † 1, ospy wietrznej 1, płonicy 7 † — (2 † —), odry 31 † 1 (1 † —), gorączki połogowej 2, róży 3 † 3 (1 † 1).

Dr Janiszewski.

Warszawa. Budżet szpitali miejskich na r. 1911 wynosi 915.396 rb. dochodów i 2,122.470 rb. wydatków. Przewyżka wydatków wynosząca 1,207.074 rb. będzie pokryta z sum miejskich.

— Na zebraniu organizacyjnem »Stowarzyszenia lekarzy warszawskich« w dn. 26. I. 1911 zostali do zarządu wybrani Drowie: Szumlański, H. Nusbaum, Reutt, Winiarski, A. Przyborowski, Męczkowski, Rzętkowski, Józef Jaworski, Chełchowski, Guranowski, Korybut-Daszkiewicz i Zwejgbaum; na zastępców Drowie: Józef Zawadzki, Jakimiak, Wł. Stankiewicz, Wisłocki, L. Babiński i A. A. Puławski.

— Dr Józef Zawadzki podnosi w »Medycynie i Kronice lekarskiej« (Nr 4) potrzebę opracowania dziejów polskich czasopism lekarskich w ostatniem pięćdziesięcioleciu.

— Dr H. Dobrzycki przeznaczył ze złożonego na jego ręce funduszu jubileuszowego, wynoszącego 1000 rb., po 500 rb. na dwie nagrody za najlepsze prace balneologiczne.

— Nagrodę rb. 100 za najlepszy artykuł pedyatryczny (wykład kliniczny lub streszczenie zbiorowe), drukowany w ciągu r. 1911 w »Medycynie i Kronice lek.«, utworzył Dr W. Korybut-Daszkiewicz.

Z różnych stron. Porządek dzienny XV. ogólnego posiedzenia »Związku polskiego przyrodników i lekarzy w Petersburgu« w dn. 14/27. I. 1911 obejmował następujące wykłady: 1) Inż. Dr Szymon Dzierzgowski: »Odporność czynna przeciwko błonicy u zwierząt i człowieka«. 2) Doc. Dr Kazimierz Noiszewski: »Człowiek chory w życiu, nauce i sztuce«.

— Dnia 28. stycznia b. r. odbyło się naukowe posiedzenie sekcyi Stryjskiej Tow. lek. gal., w szpitalu powszechnym w Stryju. Obecnych było członków i gości lekarzy 23. Dr Lenartowicz, prymaryusz szpitala kraj. we Lwowie wygłosił znakomity referat, o dotychczasowych wynikach leczenia preparatem »606« (Salvarsan) podzielił się własnymi doświadczeniami, zdobytymi na swoim oddziale i przedstawił wstrzykiwania u dwóch chorych szpitalnych. Dr Turzański z Jarosławia mówił »O wynikach leczenia przymiotu w Iwoniczu«. 3) Następnie uczestnicy zwiedzili szpital, przyczem Dr Sołtysik okazywał ciekawsze wypadki chorobowe. 4) Wreszcie dokonano wyborów Zarządu w następującym składzie: Przewodniczący: Dr Wurst (Kałusz), zastępca przewodniczącego: Dr Michalski (Skole), sekretarz: Dr Sołtysik (Stryj), dwóch delegatów: Dr Dolnicki (Stryj), Dr Sołtysik (Stryj).

— »Wiener medizinische Wochenschrift«, tygodnik, cieszący się wielkiem wzięciem wśród lekarzy-praktyków niemieckich, rozpoczął w r. b. 61. rok wydawnictwa. Pismo to założył w r. 1851 Dr Wittelshöfer; w ostatniem dwudziestoleciu (1889—1909) prowadził je doskonale niedawno zmarły Dr Henryk Adler, obecnie zaś jest redaktorem Dr Adolf Kronfeld. Pod względem naukowym ma »Wiener medizinische Wochenschrift« w swojej historyi ładne karty, gdyż w niem ogłaszał m. i. Billroth pierwsze swe prace o wyłuszczeniu krtani, Moleschott o jodoformie itp. Godzi się wspomnieć, że w tym tygodniku wychodziły po niemiecku prace wielu autorów polskich.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w styczniu 1911.

Gazeta lekarska Nr 1—4. Nusbaum: Słowo wstępne. (1).— Pruszyński: O działaniu fizyologicznem jadu błoniczego. (1—2).— Biernacki: W sprawie rozpoznawania i patogenezy kamicy żółciowej. (1—2). — Janowski: Przypadek duru brzusznego z niezwykle ciężkiem zajęciem wątroby i dróg żółciowych. — Pawiński J.: Henri Huchard. (2). — Racinowski: O działaniu dioksydiamidoarsenobenzolu Ehrlicha-Hata w syfilisie. (2—4). — Erbrich: O zupełnem wyłuszczeniu migdałków podniebiennych. (3). — S. Kramsztyk: O ilości bakteryi w stolcach niemowląt. (4).

Medycyna i Kronika lek. Nr 1—4. Watraszewski: Spostrzeżenia nad działaniem dioksydiamidoarsenobenzolu w objawach przymiotu. (1). — Malinowski: Dalsze wyniki doświadczeń

z preparatem Ehrlicha »606« (1). — Kozerski: Znaki zapytania w sprawie stosowania arsenobenzolu. (1). — Eliasberg: Krytyczne uwagi w sprawie »606«. (1). — Bursche: O przepuklinie nadbrzusznej. (2—4). — Wajnert: Wartość i czułość porównawcza prób Webera i Teichmana. (3—4). — M. Biehler: O plamkach Koplika. (4).

Tygodnik lekarski Nr 1—4. Czernecki: Badania ilościowe nad kwasami oksyproteinowymi w cieczach surowiczych jam ciała oraz we krwi ludzi zdrowych i chorych. (1—3). — Zaremba: Wyniki osteoplastycznego pokrycia kikuta przy pojęciu podudzia sposobem Hafftera. (1). — Poczobut: O różnicy między ciepłotą wewnętrzną i zewnętrzną przy zapaleniu wyrostka robaczkowego. (1). — A. Wrzosek: Wykład wstępny z historyi medycyny, wygłoszony w Uniwers. Jag. 3. listopada 1910. (1).— M. Kaufmann: Logika i medycyna. (1). — Rosmarin: Kilka uwag o leczeniu czerwonki surowicą swoistą. (2). — Lateinerówna: Bakteryologiczne i histologiczne badania nad tak zwanym brodawkowo-łuseczkowym tuberkulidem osesków (3). — L. Rydygier: W sprawie pierwszeństwa co do podania objawu różnicy między ciepłotą wewnętrzną i zewnętrzną przy zapaleniu wyrostka robaczkowego. (3). — W. Ziembicki: O guzach przysadki mózgowej. (4). — Beck i Bikeles (dok. 4).

Nowiny lekarskie Nr 1. (poświęcony uczeniu 25-letniej działalności Dr Ignacego Zielewicza na stanowisku ordynatora szpitala Przemienienia Pańskiego): Kapuściński: Przemowa. — Zielewicz: Karol Marcinkowski jako chirurg. — Mieczkowski: Krótki rys postępów chirurgii od r. 1867 na tle prac Zielewicza. — Nowakowski: Postępy w leczeniu i rozpoznaniu zapalenia wyrostka robaczkowego. — Pomorski: Przeszczepienie kostne jako najnowszy zabieg chirurgiczny przy porażeniach dziecięcych. — Panieński: Obchód jubileuszowy 25-letniej pracy Zielewicza w Zakładzie Sióstr Miłosierdzia. — J. Rosenberg: Czy preparat Ehrlich-Hata 606 może mieć już dzisiaj zastosowanie w praktyce prywatnej?

Przegląd chirurgiczny i ginekologiczny Zeszyt I. Tom IV. M. W. Herman: Współczesna aseptyka i antyseptyka operacyjna. — Wł. Filipowicz: Odkażanie skóry w zabiegach operacyjnych zapomocą jodyny. — W. Chlumsky: O przegrzewaniu elektrycznem (diatermia). — L. Szuman: Wyniki operacyi doszczętnych przepukliny pachwinowej u małych dzieci, wykonanych w lecznicy własnej od początku r. 1898 do czerwca r. 1909. — Z. Monsiorski: Współistnienie różnych nowotworów w narządach płciowych kobiety. 5 spostrzeżeń własnych. — Fiedorowicz: Przyczynek do kazuistyki pierwotnej gruźlicy jajnika.

Postęp okulistyczny Nr 12. Rosenhauch: Zapalenie spojówki na tle dwoinek zapalenia płuc. — Garliński: Badanie dna ocznego zapo mocą przyrządu Bauma (oftalmofundoskop).

Zdrowie Nr 1. Michałowicz: Młodzież szkolna w okresie dojrzewania. — Inż. Bielski: W sprawie oczyszczania ścieków kanałowych przedmieścia Pragi sposobem biologicznym.

Kronika dentyst. Nr 1. Krakowski: Influenza jej wpływ dna jamę ustną.

Nasze Zdroje Nr 1—2. Gąsiorowski: Kilka uwagi na tema podniesienia ruchu turystycznego w kraju. — Bandrowski: Racyonalna i celowa reklama naszych zdrojowisk. — Praschil: Wytyczne szlaki balneologii nowoczesnej. — R. N. Z.: Furya hakaty zdrojowej. — Konwerski: Radyoczynność zdrojów wogóle a w Druskienikach w szczególności.

Głos lekarzy Nr 1—2. Mikołajski: 1) Działalność lekarzy w Radzie miejskiej i postęp sanitarny w m. Lwowie. 2) Krajowy Związek zdrojowisk i uzdrowisk. 3) Zatarg lekarzy z kasą chorych w Brodach. — Ankieta międzynarodowa w sprawie udziału lekarzy w pojedynku. — Uchwały Wiecu Izb lekarskich, odbytego w Bernie 25—26 listopada 1910.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 8. lutego 1911 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Dyskusya nad przypadkami, przedstawionymi na poprzedniem posiedzeniu. 2) Wykład Dr Blassberga: »Przetwór »606« w świetle chemoterapii Ehrlicha«.

Rok L. Kraków, dnia 11. lutego 1911. Nr. 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z zakładu fizyologicznego U. J. Prof. Cybulskiego.

Metoda elektrokardyograficzna, jej znaczenie, oraz zastosowanie kliniczne.

Podał

Dr med. Maryan Eiger.

(Rzecz, przedstawiona na posiedzeniu krakowskiego Tow. lekarskiego d. 30. grudnia 1910 r.).

Jeżeli wiek XIX słusznie może być nazwany wiekiem rozwoju i panowania w dziedzinie nauk lekarskich kierunku anatomicznego w szerokiem znaczeniu tego słowa, a więc i kierunku anatomo-patologicznego, kierunku, uwzględniającego kształt i budowę prawidłową lub zmienioną komórki, narządu lub ustroju, to dziś z pewnem prawem powiedzieć już można, że w wieku XX. obok kierunku morfologicznego musi stanąć i panować z nim współrzędnie w umysłach lekarzy kierunek fizyologiczny, kierunek badania czynności komórek i narządów, ich współczynności, czyli wzajemnego oddziaływania na siebie i czynności ustroju jako całości. Ażeby wyprowadzić umysły lekarskie z manowców panującej w zaraniu wieku XIX. t. zw. filozofii natury (Naturphilosophie), po których błądziły z początku nawet takie umysły, jak Johannes Müller i Aleksander Humboldt, niezbędnym był wpływ Meckela i Bichata w dziedzinie anatomii, Kaspra Wolffa w dziedzinie embryologii, Rokitańskiego, Virchowa i ich uczniów w dziedzinie anatomii patologicznej, a w Polsce całego szeregu morfologów, że wspomnę tu tylko Hoyera, Hirschfelda, Brodowskiego i Browicza. I dopóki medycyna ściśle naukowymi iść będzie torami, dopóty morfologia stanowić m u s i jedną z głównych podstaw myślenia lekarskiego.

Jednakże rozwój poszczególnych gałęzi fizyologii jest tak wielki, że wywarł on silny wpływ na bieg myśli lekarskiej i stwarza coraz silniejszy, coraz ściślejszy łącznik pomiędzy fizyologią, a medycyną praktyczną. Spójrzmy n. p. na tę część fizyologii krwi, która dziś znana jest pod nazwą s e r o l o g i i. Z naiwnej teoryi t. zw. humoralnej, objaśniającej wszystkie fizyologiczne i patologiczne sprawy ustroju prawidłowem lub nieprawidłowem zmieszaniem się (krasis i dyskrasis) czterech zasadniczych cieczy ustroju (krwi, żółci, żółci czarnej i flegmy), powstała olbrzymia dziedzina z całem mnóstwem takich czynników, jak surowice hemolizujące, aglutynujące, uodporniające, dalej jak agresyny, izolizyny, precypityny, czynniki anafilaktyczne i t. d. Jeżeli jednym rzutem oka postaramy się objąć całą tę dziedzinę, to zrozumiemy, dlaczego musiała się ona oderwać od łożyska macierzystego i własnemi iść drogami, z własnych korzystać środków i metod, i dlaczego zmusiła lekarzy do przejęcia się jej metodą myślenia i postępowania, że wspomnę tu tylko o odczynie aglutynacyjnym Widala lub Fickera przy durze, odczynie Calmetta, Pirqueta lub Moro przy gruźlicy, odczynie Uhlenhutha w medycynie sądowej, odczynie Wassermanna przy kile. A czyż wszystkie te czynniki, z którymi ma do czynienia serologia, nie są wytworem czynności tych lub innych komórek lub narządów, czyż nie są wynikiem oddziaływania ustroju na ten lub ów wpływ szkodliwy?

Jeżeli przejdziemy do dziedziny h o r m o n ó w, tych ciał chemicznych, powstających w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu, czyż nie musimy stwierdzić wzajemnej współczynności, współdziałania poszczególnych narządów dla prawidłowego istnienia ustroju? I świadomość o tej konieczności współdziałania narządów, nawet najmniejszych, tak głęboko wsiąkła w umysły klinicystów, że dziś już żaden chirurg bezkarnie nie odważy się na wyjęcie całkowite takich narządów, jak gruczoł tarczowy, jak maleńki narząd przytarczowy, przysadka mózgowa lub nadnercza.

To samo możemy powiedzieć o szerokiej już dzisiaj dziedzinie z a c z y n ó w. Już bowiem nie z kilkoma, lecz z obfitą liczbą zaczynów medycyna liczyć się musi i wiadomo już n. p., że zaczyny takie: amidaza, dezamidaza, zaczyn urykolityczny, zaczyn glikolityczny leukocytów i lipolityczny limfocytów i t. d. i t. d., konieczne są dla prawidłowego działania ustroju i dla prawidłowego przebiegu przemiany materyi. A właśnie w dziedzinie p r z e m i a n y m a t e r y i dyagnostyka i terapia czynnościowa zdobyła najwyraźniejsze wyniki. Wiadomo bowiem, że szkoła Naunyna, a zwłaszcza Noordena oparła cały system badania i leczenia cukrzycy na określeniu t. zw. tolerancyi ustroju względem węglowodanów; okazało się przytem, że ustrój u poszczególnych osobników niejednakową posiada zdolność zużytkowania rozmaitych gatunków cukrów i że narządy po zmniejszeniu podawania węglowodanów lub po zupełnem ich wycofaniu, czyli p o o d p o c z y n k u, nabierają znowu większej zdolności zużytkowania węglowodanów, niż p r z e d odpoczynkiem. A czyż chirurgia nie korzysta z metod określania s p r a w n o ś c i chorej lub zdrowej n e r k i?

Jeżeli wreszcie przejdziemy do najbardziej interesującej nas dziś dziedziny badań stanów serca, to wystarcza

przejrzeć roczniki dzienników klinicznych z ostatnich lat paru, aby się przekonać, że klinicyści tak silną czują potrzebę określenia czynnościowej sprawności serca, iż sami wzięli na siebie rolę jakby fizyologów i stworzyli cały szereg metod i przyrządów, aby módz rozstrzygnąć palące przy łożu chorego pytanie, jaka jest sprawność serca chorego. Wystarcza tu wspomnieć o metodzie Katzensteina, Gräupnera, o sfigmobolometrze Sahliego, turgotonometrze Straussa i t. d. i t. d.

I oto zjawia się metoda elektrokardyograficzna, posługująca się galwanometrem strunowym Einthovena. Nie zdążyła ona opracować teoretycznych wszystkich swych podstaw, gdy już się stała dobytkiem klinik, stała się treścią czasopism klinicznych, dowodząc rzeczywiście istniejącej ścisłej łączności fizyologii i kliniki i symbolizując łączność tę w postaci drutów metalicznych, łączących zakład fizyologiczny z klinikami medycyny praktycznej.

Dzięki tej metodzie ostatnia, jeżeli można się tak wyrazić, dziedzina fizyologii, najmniej znana i najbardziej zapoznana przez lekarzy, dziedzina, o której fizyologowie sami niedawno twierdzili jeszcze, że bez wielkiej szkody dla medycyny mogłaby być wyłączona z fizyologii, staje się dziś dobytkiem myśli klinicystów i wynagradza elektrofizyologów za ich żmudną i cierpliwą pracę. Okazało się bowiem, że praca elektrofizyologów nie poszła na marne, gdyż pozwala ona dziś z większą dokładnością, aniżeli kiedykolwiek, rozpoznawać stany chorobowe serca i tem samem przyczynić się musi z czasem do przyniesienia ulgi cierpiącej ludzkości w myśl zasady: »qui bene diagnoscit, bene curat«.

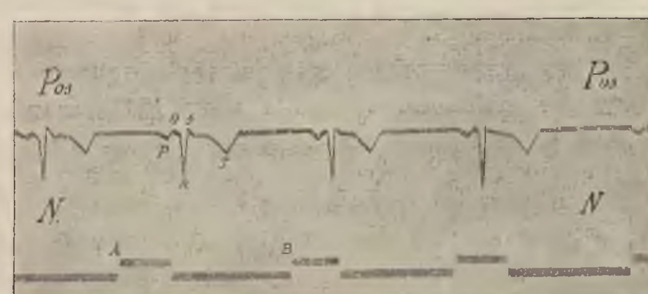
I. Czemże jest metoda elektrokardyograficzna i jak się przedstawia galwanometr strunowy Einthovena?

Przyrząd Einthovena składa się z dwóch wielkich elektromagnesów, pomiędzy którymi umieszczona jest cieniutka, niedostrzegalna prawie dla gołego oka nitka z kwarcu, pokrytego srebrem lub z platyny grubości od dwóch do trzech μ. Jeżeli przez nitkę tę przechodzi prąd elektryczny, magnesy odchylają nitkę w jedną lub drugą stronę w zależności od kierunku, natężenia i czasu trwania prądu. Te odchylenia nitki możemy obserwować na ekranie, umieszczonym poza nitką, lub też odfotografować. Możemy wreszcie badać bez przerwy na specyalnym przyrządzie, wykonanym w Zakładzie mechanicznym Prof. Edelmana.

Wiadomo, że każdemu skurczowi mięśnia, a więc i serca, towarzyszy zjawisko elektryczne, zwane prądami czynnościowymi. Jeżeli więc kurczący się mięsień lub serce połączyć z nitką galwanometru Einthovena, otrzymamy odchylenia tej nitki. Obraz tych odchyleń nitki przy skurczach serca nazywamy krzywą elektrokardyograficzną lub elektrokardyogramem. W celu otrzymania elektrokardyogramu wystarcza połączyć dwie jakiekolwiek części ciała zwierzęcia lub człowieka. n. p. obie ręce, lub rękę i nogę. W tym celu posługujemy się następującem dość prostem urządzeniem. Oto dwa gliniane naczynia, wypełnione rozczynem siarczanu cynkowego, połączone zapomocą cynku amalgowanego i drutów z galwanometrem, znajdującym się w sąsiednim pokoju. Wystarcza włożyć obie ręce do naczynia i zamknąć klucz, łączący druty z galwanometrem, by otrzymać odchylenie nitki. Oczywiście, że w dobrze urządzonych klinikach urządzenie to może być wykwintniejszem i dla badanego wygodniejszem. Możemy bowiem mieć wygodny fotel z wanienkami dla rąk i nóg, znany pod nazwą »Vierzellenbad« i zamiast siarczanu cynku możemy użyć fizyologicznego rozczynu soli w glinianem naczyniu, pogrążonem w drugiem naczyniu z siarczanem cynku. Badany, jak Panowie zobaczą, będzie się znajdywać w tej sali, a badać krzywą będą Panowie w pokoju innym. Oczywiście, że druty łączące można przedłużyć o parę kilometrów i w ten sposób otrzymać krzywą z odległości, czyli, jak to nazwał Einthoven, otrzymać telekardyogram na wzór otrzymywanych telegramów, i t. p.

A teraz przyjrzyjmy się krzywej elektrokardyograficznej, Na pierwszej kliszy widzimy elektrokardyogram człowieka, widzimy na nim trzy odchylenia, z których pierwsze, oznaczany literą P, jest przedsionkowe, dwa drugie R. i T. są komorowe. Wszystkie te załamki leżą w sferze ujemnej pod poziomem nitki. Prócz tego czasem występują wychylenia dodatnie Q. i S. Zaznaczyć należy, że załamek przedsionkowy P. i załamek komorowy R., jak to widzimy na rycinie innej (ryc. 2 B.), występują wcześniej, aniżeli skurcz mechaniczny odpowiednich części serca. Widzimy to na kliszy, gdzie oznaczono zapomocą myogramu skurcz przedsionka i komory i okres na krzywej, odpowiadający skurczowi, nazywać będziemy okresem mechanicznego skurczu. Dla porównania z tą krzywą podajemy krzywą, w której występuje wybitnie załamek S, o którym Einthoven mylnie twierdził, jakoby pochodził on z komory lewej, a który nie może wszak zawdzięczać swego powstania komorze lewej, gdyż żaba ma tylko jedną komorę; podajemy też drugą krzywą żaby bez załamka S., gdyż na obie te krzywe powoływać się będziemy później. Na dowód tego, że metoda elektrokardyograficzna pozwala nam badać wszelkiego rodzaju nieprawidłowości czynności serca, niechaj posłużą następujące krzywe:

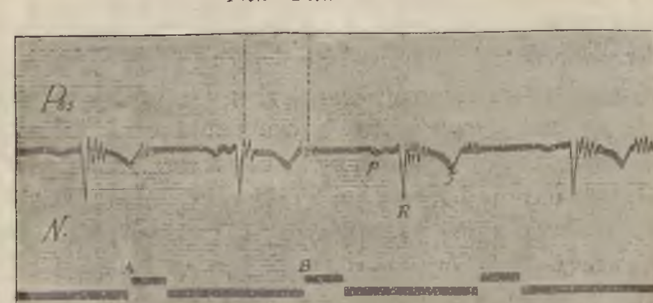
Ryc. 1.



1. Krzywa 40-letniego mężczyzny Fr. 2. sygnał czasu. *A—B* = 1 sekunda *Pos.* sfera dodatnia. *N.* sfera ujemna.
Uwaga: Oznaczenia na wszystkich kliszach podobne.

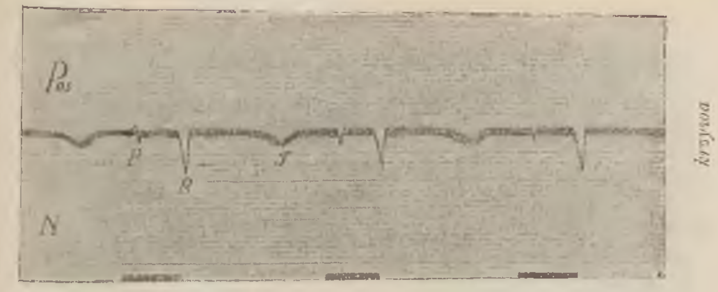
Ryc. 1 A.

1 ton 2 ton



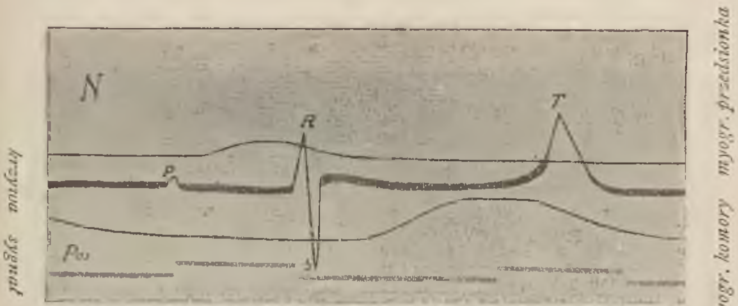
1. Krzywa tegoż mężczyzny. Na krzywej widzimy równie drgania zależnie od tonów (1—2). (patrz ryc. 15).

Ryc. 2 A.



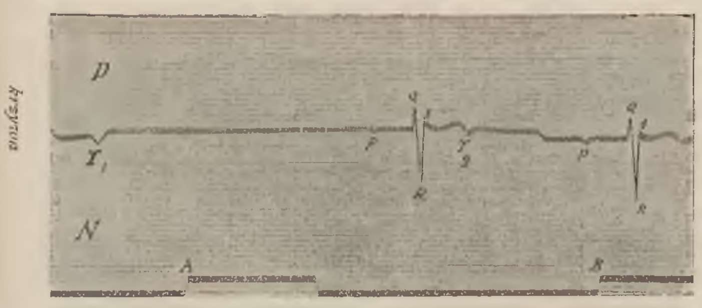
1. Krzywa jednokomorowego serca żaby (odprowadzenie: przedsionek i wierzchołek).

Ryc. 2 B.



2. Krzywa serca żaby z wybitnym załamkiem *s*. Myogramy oznaczają skurcze, mechaniczne przedsionka i komory.

Ryc. 3.



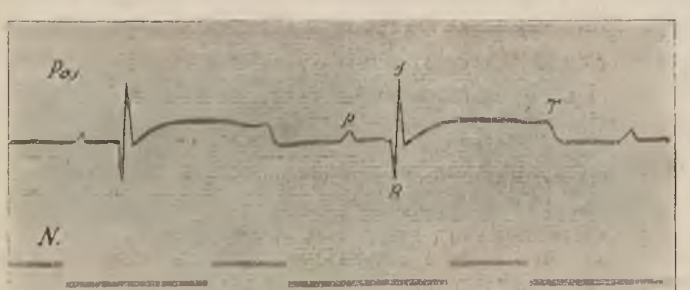
Elektrokardyogram psa ze zwykłą niemiarowością i wybitnym załamkiem *Q*.

Ryc. 4.



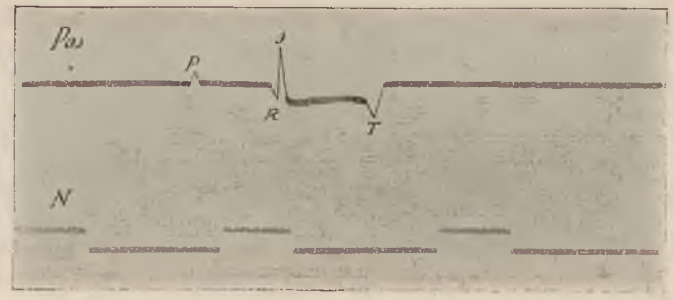
Krzywa psa z odchyleniami nieprawidłowemi po podaniu 2 cm chloroformu.

Ryc. 5.



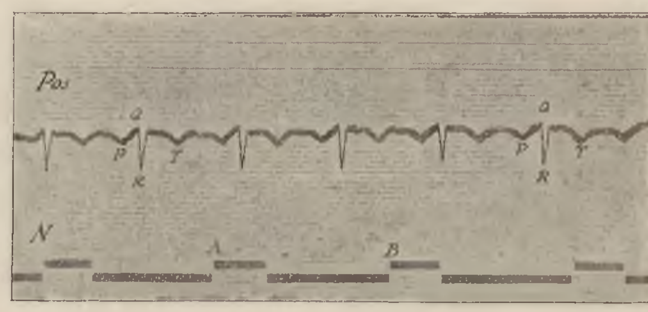
Krzywa serca żaby przed chloroformowaniem. Okres skurczu mechanicznego komory dodatni. *P* — dodatnie.

Ryc. 6.



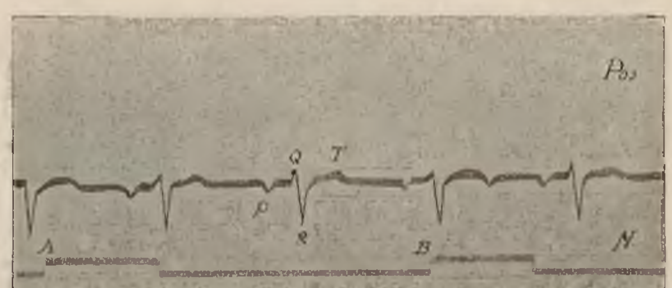
Krzywa tejże żaby po dłuższem chloroformowaniu z ujemną fazą w okresie skurczu.

Ryc. 7.



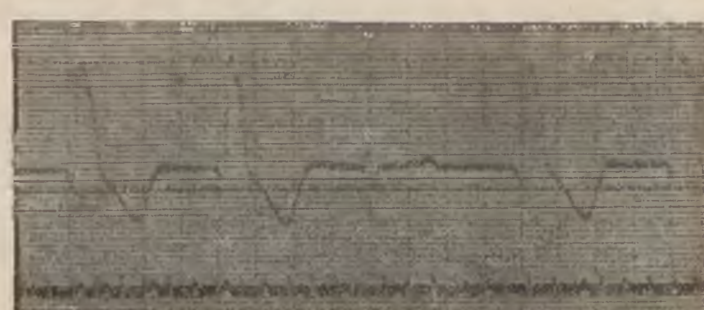
Krzywa, otrzymana u chorego ze zwężeniem zastawki dwudzielnej z wyraźnym przerostem lewego przedsionka, co stwierdzić możemy dzięki wybitnie występującemu załamkowi *P*.

Ryc. 8.



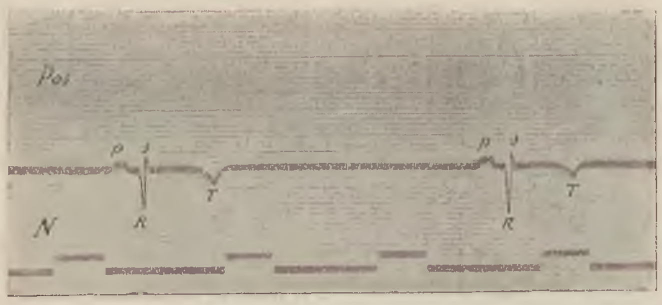
Krzywa z psa po wypuszczeniu 300 cm krwi. (Krzywa w okresie mechanicznego skurczu dodatnia).

Ryc. 9.



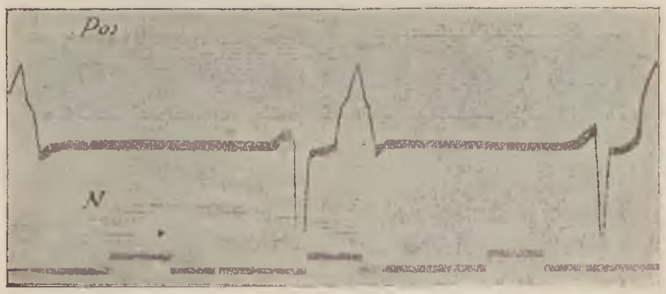
Krzywa z psa chloroformowanego po cięciu brzusznem i miesieniu serca, do którego uciec musieliśmy się skutkiem zatrzymania się działalności serca (syncope).

Ryc. 10.



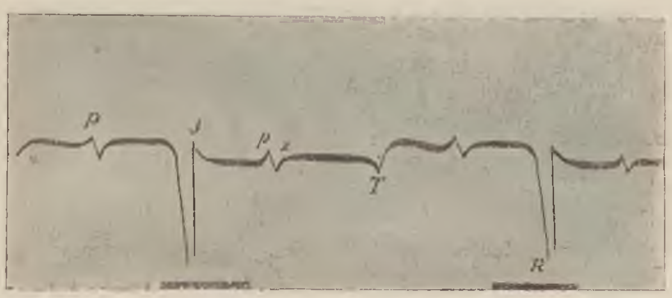
Krzywa jednokomorowego i jednoprzedsionkowego serca ryby ze wszystkiemi załamkami. Krzywa ta świadczy, że mylne jest zdanie Einthovena, jakoby załamek *S* zależał od lewej komory.

Ryc. 11.



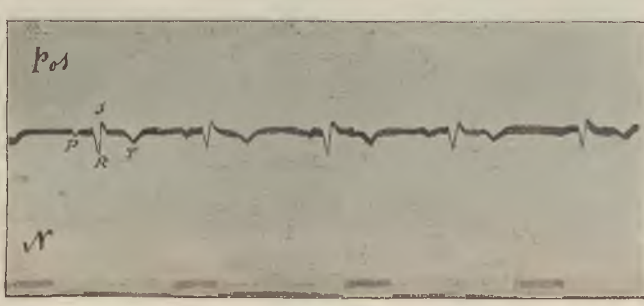
Krzywa również serca ryby z nieprawidłowymi załamkami i dowodząca wraz z poprzednią krzywą wbrew teoryi Gotcha, że serce ryby, które nie przedstawia tych zagięć, jakie się tworzą podczas zarodkowego rozwoju serca np. psa lub człowieka, daje takiesame wychylenia.

Rys. 12.



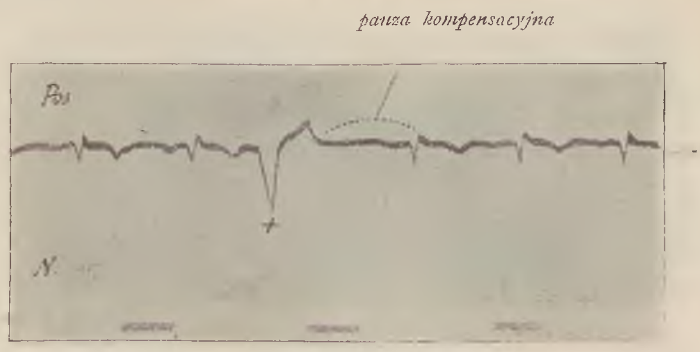
Krzywa serca żabiego. Rozkojarzenie działalności przedsionków i komory. Przedsionki biją częściej niż komora, stąd na krzywej mamy załamek *pz* (przedsionkowy) jeszcze raz między *R* i *T*, czego oczywiście przy prawidłowych skurczach przedsionków niema. (Herzblock). Dwufazowość typowa krzywej przedsionkowej.

Ryc. 13 A.



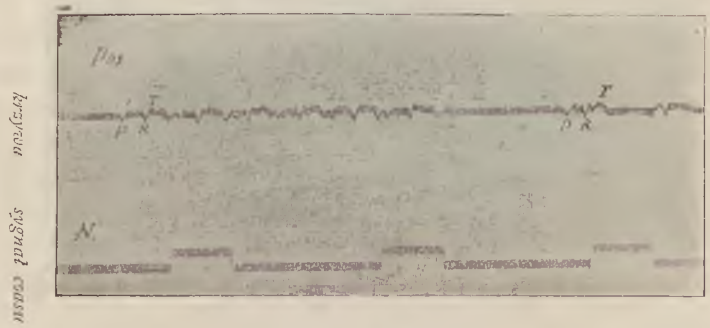
Krzywa kobiety ciężarnej (odprowadzenie: prawa ręka, prawa noga).

Ryc. 13 B.



1. Krzywa tejże kobiety (odprowadzenie: pochwa*) i prawa ręka). + extrasystole elektryczne.

Ryc. 14.



Krzywa serca zarodka kurzego.

Ryc. 15.



Krzywa tonów serca ludzkiego.
1. ton pierwszy. 2. ton drugi.

Jak widzimy, metoda elektrokardyograficzna pozwala nam badać nietylko skurcze serca, lecz i tony zapomocą specyalnego mikrofonu, przykładanego do zwykłych miejsc, w których osłuchuje się tony. Zapomocą specyalnego urządzenia można otrzymać albo tylko krzywą serca, albo krzywą tonów, albo wreszcie krzywą serca i tonów. Dzięki temu posunęliśmy się już naprzód w dziedzinie wiadomości o zależności tonów od zjawisk, zachodzących w sercu i np. Wyssowi, jak to widzimy w zeszycie 1 tomu 100 »Deutsches Archiv für klinische Medicin« udało się objaśnić powstawanie tonu t. z. przedskurczowego presystolicznego i tonu trzeciego Einthovena, zwanego protodyastolicznym, występującym w pewnej formie rytmu cwałowego (Galoprrythmus). Na tem kończę część pierwszą i przechodzę do części drugiej, mianowicie o powstawaniu poszczególnych załamków krzywej.

*) Elektroda niepolaryzująca, używana przez nas składa się ze zwykłego wziernika ginekologicznego, przedzielonego warstwą gliny na dwie części. Część górna elektrody zawiera siarczan cynku i pręcik cynku amalgowanego, przymocowanego korkiem, w części dolnej wziernika znajduje się rozczyn soli i pręcik t. zw. »Birkenpilz«. Elektroda pokryta jest sterylizowaną gazą, przepojoną rozczynem soli.

(Dok. nast.).

Uwagi o szerokości rurki tracheotomijnej.

Podał

Aleksander Baurowicz.

Opis historyi choroby w artykule Prof. Dr Kadera w »Przeglądzie lek.« Nr 49, str. 718, dotyczący chorego z rakiem krtani, u którego z powodu zwężenia krtani zmuszony byłem do przecięcia tchawicy, nastręcza mi uwagi o szerokości rurki tracheotomijnej. W opisie Prof. Dr Kader przytacza następujące słowa: »W tchawicy rurka tracheotomijna o bardzo małej średnicy Nr 4, wyłączającej możność swobodnego oddychania, a przedewszystkiem niedozwalającej na należyte wykrztuszanie« a nieco niżej zauważa: »Z początku operacyi stan chorego zupełnie dobry, oddech jednak stale mechanicznie utrudniony«.

Nie mogę się na to zgodzić, by Nr 4 (według skali wiedeńskiej) rurki tracheotomijnej przezemnie założonej, której średnica światła wynosi 10 mm., nazywać rurką o bardzo małej średnicy i jej przypisywać wyłączenie możności swobodnego oddychania czy wykrztuszania. Rurka o średnicy 10 mm. bywa najwięcej używana przy wykonaniu przecięcia tchawicy u dorosłego i aż nadto wystarcza tak do swobodnego oddychania, jak i do wykrztuszania. U rosłego, silnej budowy mężczyzny użyłbym rurki o 11 mm. średnicy, ale w danym przypadku rurka 10 mm. średnicy wystarczała zupełnie. Mam w opiece od kilkunastu lat mężczyznę, który nosi stale rurkę 10 mm., a nigdy nie zauważyliśmy ani ja, ani chory, jakiegokolwiek utrudnienia oddychania czy wykrztuszania. Niewątpliwie w przypadkach, gdzie następowo czy jednoczasowo robi się rozcięcie krtani w celu zabiegu leczniczego, by mieć ułatwiony dostęp do krtani przez przetokę tchawiczą, tam używa się rurki szerszej, u dorosłego więc osobnika o 11 mm. a nawet 12 mm. średnicy.

Wogóle gdyby w opisie przypadku obok numeru rurki była wymieniona jej średnica, to pewno niktby nie nazwał rurki o 10 mm. średnicy, rurką o bardzo małej średnicy, tembardziej, iż przypadek dotyczył osobnika o wątłej budowie, słabo rozwiniętego. Zdaje mi się, iż nieporozumienie to wynikło głównie z nieuwzględnienia różnych skali numerów rurek tracheotomijnych. U nas używane są głównie dwie skale, mianowicie skala wiedeńska i berlińska, a istnieją jeszcze skale francuska i angielska, a nawet, być może, jeszcze wiele innych. Otóż wedle skali wiedeńskiej rozróżnia się sześć numerów rurek tracheotomijnych, Nr 1 o średnicy światła wynoszącej 7 mm., Nr 2 = 8 mm., Nr 3 = 9 mm., Nr 4 = 10 mm., Nr 5 = 11 mm., i wreszcie Nr 6 = 12 mm.; dodatkowo istnieją wedle skali wiedeńskiej jeszcze dwa numery, mianowicie oznaczone 0 = $6^1/_2$ mm. i 00 = 6 mm. Wedle skali berlińskiej jest numerów rurek aż dziesięć, Nr 1 zaczyna się od 5 mm średnicy światła, Nr 2 = $5^2/_3$ mm., Nr 3 = $6^1/_3$ mm., Nr 4 = 7 mm., Nr 5 = $7^2/_3$ mm., Nr 6 = $8^1/_2$ mm., Nr 7 = 9 mm., Nr 8 = $9^2/_3$ mm., Nr 9 = $10^1/_3$ mm. wreszcie Nr 10 = 11 mm.

Nie wiem, jakiej skali odpowiadają rurki używane przez Prof. Dr Kadera, który ku końcowi operacyi do kikuta tchawicy założył szeroką rurkę »Nr 12«. Czytelnik, znający tylko skalę wiedeńską, również chyba nie mógłby zrozumieć podanej przez prof. Kadera krytyki założonej przezemnie rurki tracheotomijnej Nr 4, czytając w jego artykule niżej o Nr 12, który w tej skali nie istnieje. Ale i w skali berlińskiej, obejmującej (niepotrzebnie zresztą) dziesięć numerów, gdzie numer najwyższy wynosi tylko 11 mm., nie bardzoby znalazł czytelnik wytłómaczenie, o jakiej to średnicy był założony przezemnie Nr 4, gdyż według skali berlińskiej wynosiłby ledwo 7 mm., a więc miałby taką średnicę, jaka w skali wiedeńskiej oznaczona jest numerem 1 = 7 mm. i odpowiada rurce dla rocznego dziecka. Przypuszczam, że chyba z trudnością tylko mógłby kto myśleć, iż laryngolog robiący przecięcie tchawicy u osobnika dorosłego założył rurkę o średnicy dajmy na to 7 mm., albo nawet jeszcze mniejszą. Mówiąc o numerze 12 jakiejś skali i chcąc go przeciwstawić numerowi 4 skali wiedeńskiej, trzebaby podać, jaką to średnicę miało światło rurki użytej po przecięciu tchawicy, bo na oko, względnie według numeru, jak widzimy różnego według różnych skali, nie możemy oceniać jej szerokości. Naturalnie należy dobrać średnicę rurki odpowiednio do wieku osobnika, u którego mamy wykonać przecięcie tchawicy w przypadku zwężenia krtani i odpowiednio do miejsca, gdzie mamy wykonać tracheotomię, bo wobec różnej szerokości światła w różnych poziomach tchawicy, przy tracheotomii górnej potrzeba rurki szerszej, niż przy tracheotomii dolnej.

W przypadku zresztą, opisanym przez Prof. Dr Kadera, choć chory przed operacyą nie chciał się zgodzić na zmianę rurki na szerszą, to przecież bez pytania się chorego można było zacząć operacyę od rozszerzenia ku dołowi przetoki tchawiczej i założenia rurki, zdaniem operującego, odpowiedniej. Nie mogę się zgodzić, by oddech chorego nazywać przy operacyi »stale mechanicznie utrudnionym« i by przez to czytelnik mógł mniemać, iż wina złego przebiegu operacyi, a może i poniekąd niepomyślnego wyniku zależeć mogła od rzekomo za wązkiej rurki tracheotomijnej, mimo jej 10 mm. średnicy.

Chorym wspomnianym opiekowałem się długi czas po przecięciu tchawicy; oddychał on przez rurkę o świetle 10 mm. bardzo dobrze i wykrztuszał z łatwością.

Wreszcie podnieść należy, że przy tracheotomii nie wolno poprostu laryngologowi zakładać rurek dowolnie szerokich, bo rurka zbyt szeroka może wywołać łatwo odleżynę.

Nakoniec trzeba zaznaczyć, że rurki, które można włożyć do kikuta przeciętej poprzecznie tchawicy, z natury rzeczy mogą być znacznie szersze, niż najszersze 10—12 mm. rurki tracheotomijne.

Artykuł powyższy nadesłano Redakcyi 14. XII. 1910.

Oceny i sprawozdania.

Najnowsze biologiczne metody rozpoznawcze gruźlicy

(Przegląd krytyczny)

podał

Dr Jan Nowaczyński
demonstrator kliniki lekarskiej Uniw. Jag.

(Ciąg dalszy).

II.

1) Sero-dyagnostyka (aglutynacya) Arloing-Courmonta.

Wkrótce po ogłoszeniu przez Widala studyów klinicznych i doświadczalnych nad aglutynacyą prątka durowego przez surowicę chorych na dur. Arloing i Courmont (Compt. rend Acad. des sciences 9. 16, 31 maja 1898; kongres londyński 1902) zastosowali metodę tę i do gruźlicy z tem większem powodzeniem, iż udało im się otrzymać pewną odmianę bakteryi gruźliczych, która dała hodowlę jednolitą (t. zw. culture homogène) w pożywce płynnej, oraz dającą się łatwo aglutynować przez surowicę gruźliczą. Jak wiadomo bowiem, prątek gruźliczy w hodowlach sztucznych jest nieruchomy, tworzy dość zbitą masę i z hodowli takich nie można uzyskać jednostajnej zawiesiny. Hodowlę zaś jednolitą (homogène) otrzymuje się w ten spo-

sób, iż zasiewa się nieco zwykłej hodowli ziemniakowej bakteryi gruźliczych na pożywną płynną, składającą się z bulionu z dodatkiem około 2—6 na 100 gliceryny, którą codziennie wstrząsa się dokładnie przez 2 minuty; prątek Kocha, który zwykle w pożywkach płynnych rośnie na powierzchni w postaci błony białawej, połyskującej, tworzy w takiej pożywce jednolitą białawo-mleczną zawiesinę. Prątek z hodowli jednolitej różni się nieco od zwykłego prątka Kocha, przedewszystkiem jest ruchomy i występuje zupełnie pojedynczo, nie w grupach, co spostrzegać można w kropli wiszącej, wreszcie barwi się nieco trudniej metodą Ziehla, a więc jest mniej kwasoodporny, zwłaszcza w hodowli młodej.

Arloing i Courmont polecali z początku używać do aglutynacyi hodowli 8—12 dniowej, później znów radzili przechowywać hodowlę w cieplarce przez miesiąc i przed użyciem rozcieńczyć fizyologicznym rozczynem soli 0.8% (1 cz. hodowli + 15—20 cz. rozcz. soli fiz.) Aglutynacyę wykonuje się według polecenia Arloinga i Courmonta w ten sposób, iż nastawia się 5 probówek (rurek), do których nalewa się hodowli jednolitej w ilościach następujących: do trzech pierwszych po 10 kropli, do czwartej 15, do piątej 20 kropli. Następnie dodaje się surowicy badanej, mianowicie do drugiej rurki 2 krople, do reszty rurek po 1 kropli; do pierwszej, która służy za kontrolę, nie daje się wcale surowicy. W ten sposób uzyskuje się rozcieńczenia 1:5, 1:10, 1:15, 1:20. Wynik odczytuje się po 2—6 godzinach. Aglutynacya ujawnia się w postaci białego strątu, opadającego na dno rurki, gdy płyn ponad nim staje się zupełnie jasnym; aglutynacyę stwierdza się gołem okiem tak, że niepotrzeba się uciekać do mikroskopu. W razie wyniku ujemnego płyn w rurkach jest jednolicie mętny, jak w rurce kontrolnej.

Surowica człowieka dorosłego aglutynuje prątki gruźlicze nieznacznie w stosunku niższym, niż 1:5, dotkniętego zaś gruźlicą począwszy od 1:5 wzwyż; te też wartości są dla nas wskazówką w ocenie wyników zjawiska aglutynacyi. Surowica noworodka nie zawiera aglutynin. Ze statystyki Arloinga i Courmonta wynika, że trzecią część osób pozornie zdrowych uznać należy za dotknięte gruźlicą; z drugiej znów strony nie wszyscy chorzy na gruźlicę mają surowicę aglutynującą prątki Kocha, a odnosi się to, podobnie jak w poprzednich metodach, do przypadków gruźlicy ostrej (prosówkowej), gruźliczego zapalenia opon oraz ciężkich postaci gruźlicy. Stąd też wynik dodatni odczynu surowiczego przemawiałby raczej za sprawą gruźliczą świeżą lub łagodną, tembardziej, że spostrzeżenia kliniczne wykazują, iż aglutynacya występuje tem słabiej, im prątek gruźliczy jest jadowitszy. Wartość odczynu obniża ta okoliczność, iż surowice chorych na dur brzuszny aglutynują prątki Kocha, co dowodzi, że zakażenie prątkiem Eberta wywołuje tworzenie się aglutynin działających zarówno na prątki durowe, jak i na gruźlicze. Stąd też metoda Arloing-Courmonta nie może być użyta do gruźlicy prosówkowej, ani też do rozpoznania gruźlicy u chorych na dur. Prócz tego Arloing wykazał, że surowica zwierząt, którym podawano w pożywieniu gwajakol, kreozot, sublimat, eukaliptol i t. p. leki, nabywała własności aglutynujących; spostrzeżenie to również zacieśnia nieco zakres stosowania odczynu do celów rozpoznawczych, a więc zmniejsza wartość rozpoznawczą tej metody.

Pozatem jednak metoda Arloinga i Courmonta dać może ważne wskazówki rozpoznawcze, choćby tylko przez to, że ułatwia wykrycie sprawy gruźliczej w jej początkach, oraz wskazuje na obecność sprawy, rozwijającej się powoli, co dla klinicysty znaczną przedstawia wartość.

Zdaniem Bezançona i Philiberta (Journal med. franç. styczeń 1910) ma ujemny wynik odczynu rzeczywistą wartość rozpoznawczą i pozwala wyłączyć gruźlicę, choć niezawsze z bezwzględną pewnością, gdyż, jak wspomniano, odczyn jest ujemny w pewnych postaciach gruźlicy (i u chorych na tocznia), natomiast wynik dodatni wymaga tłómaczenia subtelniejszego, gdyż wykrywa często gruźlicę utajoną która może pozostać utajoną.

Metoda Arloing-Courmonta nie znalazła ogólnego zastosowania praktycznego, a to głównie z tego powodu, iż, jak słusznie zauważa Calmette, wymaga ona specyalnej odmiany bakteryi, którą nie każda pracownia posiadać może, pominąwszy już nawet inne powody, a z nich głównie tłómaczenie wyników, nieraz kłopotliwe.

2) Metoda precypitacyi.

Bonome (Centralbl. f. Bakter. I. Abt. Bd. XLIII Heft. 4) pierwszy zastosował metodę precypitacyi do rozpoznania gruźlicy. W doświadczeniach swych posługiwał się on jako substancyą, która ulegała precypitacyi, wyciągiem bakteryi gruźliczych lub tkanek gruźliczych (masy serowate). We wnioskach swych jest on bardzo stanowczy; twierdzi bowiem, że u człowieka lub zwierzęcia prawidłowego nigdy nie zdarza się dodatni odczyn, który przeciwnie u gruźliczych zdaniem jego następuje zawsze; co więcej Bonome przypuszcza, że odczyn ten jest ściśle swoisty, t. zn. że surowica np. gruźliczego wołu wywołuje precypitacyę tylko w wyciągach bakteryi perlicy, a nigdy nie strąca bakteryi typu ludzkiego tak, że pozwala odróżnić zakażenie prątkami typu zwierzęcego od zakażenia prątkami ludzkimi. Ruppel i Rickmann (Zeitschr. f. Immutätsfor. u. exp. Ther. 1910 Bd. VI. Heft II i III) nie mogli jednakże tego potwierdzić na podstawie swych doświadczeń, przeprowadzonych na wielką skalę.

Podobnego zdania, co Bonome, są Spengler, Kraus, oraz Stoerk (Wien. kl. Woch. 27 luty, 12 marzec 1908, 10 styczeń 1909), który stwierdza wszakże brak odczynu u chorych na tocznia.

Zarzut, który można uczynić doświadczeniom Bonomea, a który podnieśli Bezançon i H. Sorbonnes (Compt. rend. Soc. biolog. listopad 1909) w swej pracy nad precypitacyą, jest głównie ten, że Bonome przeprowadzał swe doświadczenia bardzo schematycznie, ogólnikowo i że (pomijając ten szczegół, iż na podstawie niewielkiej liczby odczynów u ludzi oraz u zwierząt, które sztucznie zakażał gruźlicą, opierał wnioski daleko idące), nie przeprowadził badań w wątpliwych przypadkach gruźlicy oraz w innych chorobach gorączkowych, które, jak wspomniano wyżej, znacznie zmniejszają wartość odczynu. Bezançon i H. de Sorbonnes którzy dokładnie sprawę precypitacyi studyowali, porównując ją z metodą aglutynacyi oraz odchylenia dopełniacza (komplementu), dodają jeszcze kilka uwag, tyczących się metody precypitacyjnej; przedewszystkiem, zdaniem ich, należy oceniać precypitacyę na podstawie ilości strątu kłaczkowatego, jaki się tworzy po 12 godzinach, następnie używać surowicy nie ogrzanej, gdyż zdolność precypitacyjna zmniejsza się w surowicy ogrzanej; wreszcie i pożywienie ma wpływ na odczyn w tem znaczeniu, iż odczyn występował silnie przy użyciu surowicy chorego przed jedzeniem, a nieznacznie po jedzeniu. O wynikach metody precypitacyjnej wyrażają się zresztą Bezançon i H. de Sorbonnes bardzo niepochlebnie, odmawiając jej poprostu wszelkiej wartości. Prawie u wszystkich badanych, czy to chorych na gruźlicę, czy zdrowych, występowała precypitacya, z wyjątkiem chorych na wady sercowe lub na zapalenie nerek przewlekłe. Odczyn precypitacyi jest tem wybitniejszy, im zakażenie jest gwałtowniejsze, a zawsze dodatni u chorych na dur i zapalenie płuc (fakt, stwierdzony badaniem anatomo-patologicznem).

Metoda Vincenta i Combesa. (Compt. rend. Soc. biolog. grudzień 1909). Autorowie ci pragnęli zużytkować metodę precypitacyi do rozpoznawania gruźliczego zapalenia opon, używając płynu mózgowo-rdzeniowego, jako precypityny; postępowali zaś w ten sposób, iż mieszali jedną kroplę starej tuberkuliny Kocha ze 100 kroplami płynu mózgowo-rdzeniowego i wstawiali tę mieszaninę do cieplarki przy 37° C; strąt pojawiał się po 6—12 godz. Sposób ten nie rokuje jednak wielkich nadziei dla rozpoznawania gruźlicy, gdyż, jak się okazuje, odczyn ten pojawia się także u chorych na kiłę i dur.

Metoda Jousseta (Compt. rend. Soc. biol. listopad

1909). Jousset przeciwnie, niż wszyscy autorowie, usiłuje zapomocą odczynu precypitynowego wykrywać obecność tuberkuliny we krwi chorych, posługując się surowicą precypitującą. Surowicę tę zaś otrzymuje, wstrzykując bakterye gruźlicze ludzkie zwierzętom (królik, koza, osioł). Zapomocą tej metody można podobno wykryć bardzo małe ilości tuberkuliny we krwi lub sokach osób, u których przypuszcza się gruźlicę; sam autor podaje 52 przypadków odczynu dodatniego bądź to w surowicach krwi, bądź też w płynie mózgowo-rdzeniowym z gruźliczego zapalenia opon, oraz w wysięku opłucnym.

Tej nowej, bądź co bądź ciekawej metody nie sprawdzono jednakże dotochczas, o wartości jej nie można też jeszcze wypowiadać zdania.

(Ciąg dalszy nastąpi).

P. Ehrlich. **Abhandlungen über Salvarsan.** (Lehmann's Verlag). München 1911. Cena 6 Mk.

Na wezwanie wydawcy »Münchener med. Wochenschrift« zebrał autor wszystkie prace, wyszłe w tym tygodniku o arsenobenzolu, a uzupełniając je wybranemi i z innych czasopism lekarskich, ułożył w osobne ustępy, jak: technika, zachowanie się przetworu w ustroju, doświadczenia kliniczne, objawy uboczne, działanie w kiłowych schorzeniach narządów i t. d. Na końcu dodaje Ehrlich własną ocenę dotychczas otrzymanych wyników i widoki na przyszłość. Polemizując z zarzutami Hallopeau, Fingera i in. i oceniając niepomyślne przypadki, dochodzi do wniosku, że przeciwwskazanie stanowią obok dawniej wymienionych (nerwic lub wad serca, zmian naczyniowych i wieku) jeszcze choroby nerek, cukrzyca i wrzód żołądka. Na mocy szczegółowego rozbioru przebiegu dotychczasowych doświadczeń wyraża Ehrlich zaufanie w przyszły rozwój leczenia tym przetworem. Zbiór prac wybitnych autorów, a szczególnie ocena samego Ehrlicha, jego zapatrywania i uzasadnienie jego wiary w rozwój tej od początku tak głośnej metody,— musi budzić zaciekawienie nietylko u zajmujących się specyalnie tym przedmiotem, ale i u ogółu lekarzy.

F. Krzyształowicz.

Franz Mraček. **Atlas u. Grundriss der Hautkrankheiten,** III. Auflage herausgeg. von Prof. A. Jesionek, (Lehmann's Verlag). München, 1911. Cena 18 Mk.

Z ruchliwej księgarni wydawniczej Lehmanna (Monachium) wyszło w seryi atlasów trzecie wydanie atlasu chorób skórnych, znacznie rozszerzone, bo uzupełnione anatomią i fizyologią skóry obok powiększenia tekstu, dającego krótki, ale jasny zarys chorób skórnych, i obok pomnożenia ilości tablic. Do przypadków rzadszych, odtworzonych w barwnym druku, dodano nawet historye choroby. Całość obejmuje prócz 408 stron druku, 109 barwnych, a 96 czarnych tablic, wykonanych bardzo starannie i dających dobre wyobrażenie o wielopostaciowości tych chorób. Uwzględnienie w szerokim zakresie leczenia, a w chorobach częstych nawet różnych postaci tej samej choroby, połączenie atlasu z podręcznikiem, tak ważne w tym dziale nauki, nadają temu wydaniu znamię podręcznika, który przez swe zalety tekstu i zewnętrzną postać ma warunki do rozpowszechnienia się w najszerszych kołach nietylko specyalistów, ale lekarzy praktyków i uczącej się młodzieży.

F. Krzyształowicz.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Prof. Waldvogel. **O skurczu żołądka** (gastrospasmus). (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 2). Skurcz żołądka jest cierpieniem mało znanem, a jednak nie rzadkiem. W pedyatryi uznano już skurcz odźwiernika jako cierpienie typowe, także uznano już skurcz wpustu, a tylko skurcz żołądka nie może uzyskać obywatelstwa, a to z powodu twierdzenia, iż brak jest w dnie żołądka włókien mięsnych tak ułożonych, by mogły zamykać światło. A jednak, jak wykazał Kaufmann, nieraz światło żołądka zostaje zamknięte i to w różny sposób: przez przewężenie, rynny podłużne, lub wreszcie skręcenie się obu połów żołądka względem siebie. Przez drażnienie nerwu błędnego nieraz można to wywołać u zwierząt, a u ludzi wykazał to rentgenologicznie Bräuning. Granica dolna żołądka prawidłowego leżeć powinna podług W. przy pępku. Granicę tę, a zarazem pojemność żołądka oznacza W. zapomocą rozdymania CO_2. W. przyjmuje stan kurczowy, gdy po podaniu 4,0 sody i 4,0 acid. tartaricum opukiwanie stwierdzi dolną granicę 2—3 palce, lub wyżej ponad pępkiem, a istnieją typowe przypady kurczu, t. j. bole, odbijania powietrza, objawy ucisku i pełności przy dobrej sprawności żołądka pod względem chemicznym i mechanicznym. Przyczynami cierpienia są: zatrucie ołowiem, nikotyną, zwapnienie tętnic i nerwice. Chorzy zwykle skarżą się przytem na brak snu, drżączkę, niepokój i t. p. Leczenie zwykle bardzo wdzięczne, mianowicie atropina w pigułkach po 0.0005 dwa razy dnia, ew. wspólnie z nalewką makowca (3 razy dnia po 3—5 kropli), gorące okłady w razie bolu, letnie kąpiele na noc, zakaz palenia nadmiernej ilości tytoniu, przy stwardnieniu tętnic jod, przy zatruciu ołowiem zmiana zajęcia i t. p. K.

Lieblein. **W sprawie rokowania przy rozległych wycięciach jelit cienkich.** (Tow. lek. niem. Praga, XII. 1910). Prócz długości wyciętego jelita wchodzą jeszcze w rachubę inne szczegóły, a zwłaszcza, którą część jelita usunięto. Jedni twierdzą, że gorzej jest usuwać jelito czcze, inni znów, że biodrowe. Na podstawie swych badań na zwierzętach twierdzi L. stanowczo, że gorszą stratą dla ustroju jest wycięcie jelita biodrowego, niż czczego, albowiem w biodrowem ulegają znacznie lepiej wessaniu tłuszcz i peptony. Po rozległych wycięciach jelit należy chorych odpowiednio żywić, t. j. podawać im białko rozpuszczalne, a unikać tłuszczów, albowiem wtedy tłuszcze ulegają trudno wessaniu, wywołują zaś nieraz biegunki. Nie należy natomiast ograniczać węglowodanów, które wpływają na zaoszczędzenie białka. Tłuszcze podawać można ewentualnie podskórnie lub jako wlewania rozczynów lipanin-mydła do kiszki grubej. K.

Prof. Kelling. **O mechanicznych sposobach tamowania groźnych krwotoków żołądkowych i jelitowych.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 51). Właściwie wobec krwotoku z żołądka wszystko, co obecnie zazwyczaj się stosuje, ma za zadanie zapobiedz groźniejszemu krwawieniu, nie działa jednak wprost przeciw krwotokowi. To też konieczne są sposoby mechaniczne. W niektórych przypadkach udaje się zatrzymać krwawienie przez ucisk od zewnątrz, zwłaszcza gdy wrzód jest wyczuwalny. K. zakłada wtedy odpowiednią pelotkę, ew. improwizuje ją z bielizny. Krwawienie przy wpuście tamuje się w ten sposób, że przez nos wsuwa się do żołądka zgłębnik z przywiązanym na końcu palcem (balonikiem) gumowym, w żołądku wydyma się balonik i pociąga z powrotem, przez co balonik tamponuje silnie wpust. Zwłaszcza jest ta tamponada nieocenioną przy krwotokach z żylaków wpustu przy marskości wątroby. Środki chemiczne, podane do żołądka, działają bardzo niepewnie. Bardzo wreszcie energicznym środkiem, zapomocą którego uratował K. 3 chorych, jest ucisk żołądka, ew. jelit zapomocą wpędzania do jamy otrzewnej tlenu pod wielkiem ciśnieniem. Tlen albo wypuszcza się odrazu trójgrańcem, gdy krwotok ustanie, albo pozostawia się go w jamie brzusznej, poczem ulega on zwolna wessaniu. Podobnie, lecz mniej pewnie działa wydymanie kiszki grubej od strony odbytu. Pamiętać należy, że obecnie 5% chorych ginie wprost z krwotoku, lekarz więc praktyczny nieraz

przez zastosowanie powyższych sposobów mieć będzie wdzięczne zadanie. Klęsk.

Schanz. **Ortopedyczne leczenie gruźlicy stopy.** (Münch. med. Wochs. 1910. Nr 48). Utarło się zapatrywanie, że w wieku młodym leczenie zachowawcze, czyli inaczej ortopedyczne gruźlicy stawu kolanowego i biodrowego daje dobre wyniki, natomiast przy gruźlicy stopy zwykle zawodzi. Schanz zaś jest zdania, że różnica ta pochodzi tylko z mylnego stosowania leczenia. O ile bowiem przy gruźlicy stawu biodrowego i kolanowego prócz ustalenia, staramy się także o usunięcie obciążenia chorego stawu, to na stopie zadowalniamy się jedynie opatrunkiem ustalającym. Od czasu, kiedy stosuje przy gruźlicy stopy przyrządy Hessinga i prócz ustalenia usuwa obciążenie stawu, osiąga S. także i przy gruźlicy stopy zupełnie dobre wyniki leczeniem czysto ortopedycznem, a wcale nie gorsze, niż przy ortopedycznem leczeniu gruźlicy stawu biodrowego i kolanowego. K.

Muskat. **Stopa płaska w obrazie rentgenowskim.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 46). M. zaleca badać szczegółowo każdą stopę płaską, (a raczej przy przypadłościach stopy płaskiej) promieniami Röntgena, gdyż nieraz przy tem wychodzi na jaw, że nie sama stopa płaska jako taka wywołuje przypadłości, lecz inne cierpienie. Często spotykamy na obrazie rentgenowskim »stawy ziejące«, co odnosić należy do rozluźnienia więzadeł. Nieraz wykrywamy zapomocą rentgenoskopii różne narośle kostne, zwłaszcza t. zw. ostrogę piętową, sprawiające wielkie dolegliwości. Nierzadko znów przypadłości, rzekomo wywołane przez »stopy płaskie«, są skutkiem zmian w tętnicach i jednym z objawów »chromania przestankowego«. W podobnych przypadkach leczenie rzekomej »stopy płaskiej« wkładkami i t. p. nie odnosi oczywiście skutku. K.

Dermatologia i syfilidologia.

Tomaszewski. **O leczeniu poronnem wiewióra u mężczyzn.** (Charité-Annalen XXXIV. r.). Po krótkiem zestawieniu historyi poronnego leczenia wiewióra podaje T. swoją metodę, polegającą na tem, iż choremu leżącemu, po dokładnem oczyszczeniu i rozwarciu ujścia cewki, wkrapla do cewki 2—3% rozczyn azotanu srebra, albo 10—20% protargol; po kilkakrotnem powtórzeniu tego zabiegu wyciera T. ujście cewki wacikiem, nawiniętym na cienki pręcik, zwilżony tym samym płynem, poczem przepłukuje przednią część cewki azotanem srebra 1: 10,000—5000, albo albarginą 1: 3000, w ilości 1—1½ litra. Po zabiegu chory nie oddaje moczu przez 4—6 godzin. Sam zabieg powtarza T. dnia 2-go i 3-go. Podczas tych 3 dni chory zażywa gonosan 3 razy dnia po 3 kapsułki. W powyższy sposób udało się autorowi uleczyć 11 przypadków świeżego wiewióra (dwoinki Neissera stwierdzone z całą pewnością), a raz jeden tylko zabieg nie przyniósł pożądanego skutku. Zabieg powyższy wykonywał T. tylko wtedy, jeżeli objawy wiewióra wskazywały na sprawę świeżą (mocz oddany do szklanki w ilości 20 cm³ był przeźroczysty z kłaczkami). H. L. Weber.

Eichhorn. **W sprawie wiewióra odbytu.** (Derm. Zeitschrift, 1909). Wyniki badania, przeprowadzonego na 235 chorych, przekonały autora, iż wiewiór odbytu u kobiet jest bardzo częstem powikłaniem wiewióra narządu moczowo-płciowego; i tak odsetek tego powikłania wynosił 30·6. Znaczna część chorych, bo przeszło ⅔, o swej dolegliwości wcale nie wiedziała, reszta odczuwała tylko nieznaczne dolegliwości; stosunkowo silne bole towarzyszyły cierpieniu tylko w jednym przypadku. Rokowanie z powodu częstych nawrotów jest złe. Leczeniem najstosowniejszem wydało się autorowi przepłukiwanie albarginą 3‰ i równoczesne podawanie czopków ichtyolowych lub protargolowych. H. L. Weber.

Lesser. **Leczenie kiły przetworem Ehrlicha „606“.** (Derm. Zeitschrift, 1910). Na podstawie stosowania przetworu Ehrlicha w 287 przypadkach nabrał autor przekonania, iż przetwór ten, szczególnie w kile trzeciorzędnej, złośliwej i wrodzonej, przewyższa o wiele przetwory przeciwkiłowe dotychczas znane; w leczenie jednak, zwane »therapia sterilisans magna«, przynajmniej przy dzisiejszym sposobie stosowania salwarsanu, nie wierzy autor, mając, jak zresztą i inni, wczesne i dość liczne nawroty choroby. Odczyn Wassermanna, badany w 66 przypadkach, był w 49 w miesiąc po wstrzykiwaniu przetworu Ehrlicha jeszcze dodatni. Co do ubocznego działania przetworu, to prócz kilku przypadków martwicy arszenikowej z przebiciem na zewnątrz, (jedynie zresztą przy metodzie Wechselmanna i Michaelisa, nigdy przy metodzie Alta), spostrzegał L. dwa przypadki z cięższym przebiegiem; w jednym gorączka ciągła 39—39·4° utrzymywała się przez tydzień, w drugim 10-go dnia po wstrzyknięciu wystąpiła silna gorączka, dochodząca do 40·5°, zapalenie migdałków z nalotami biało-żółtawymi, 13-go dnia wysypka podobna do płoniczej, wymioty i biegunka, które to jednak objawy 15-go dnia ustąpiły w zupełności. Podrażnienia nerek lub nerwu wzrokowego, jak wogóle i inni autorowie, L. nie spostrzegał. Za najlepszą metodę wstrzykiwania salwarsanu uważa L. metodę Alta; wstrzykuje zawsze śródmiąższowo 0·5—0·6 przetworu, rozpuszczonego w 10—12 cm³ gorącej wody z dodatkiem ½ cm³ ługu sodowego 1/10 normalnego na decygram przetworu. H. L. Weber.

Duhot. **Technika rozpuszczalnych wstrzykiwań Ehrlicha „606“.** (Münch. med. Wochs. 1910, 42). Duhot miesza dawkę proszku (do 1·0) z ½ cm alkoholu metylowego, rozcierając mieszankę, dodaje odpowiednio do dawki 4—6 cm³ fizyologicznego rozczynu soli kuchennej. Wstrzykuje bardzo wysoko w pośladki w zewnętrzną okolicę biodrową. Wstrzykiwania te można wykonać w godzinie ordynacyjnej, gdyż są niebolesne. Nie tworzą się ani ropienia. ani nacieki, jak przy płynach nierozpuszczalnych, a skutek zdaje się być szybszy i wydatniejszy. Fels.

Dreyer. **Wykazanie krętka bladego.** (Derm. Zeitschr. 1910). Na podstawie badania 205 przypadków zmian kiłowych twierdzi D., iż ilość krętków bladych w zmianach kiłowych zależy w pewnym stopniu od siedziby danej zmiany. I tak n. p., badając dwa wrzody pierwotne na mosznach, nie zdołał w nich D. znaleźć krętków, natomiast w owrzodzeniach, usadowionych na skórze owłosionej, znalazł ogromne ich ilości. Leczenie swoiste zmniejsza znacznie ilość krętków, ujemny jednak odczyn Wassermanna wcale nie dowodzi, iż krętki nie istnieją, podejrzane zmiany zatem, mimo ujemnego odczynu Wassermanna, należy badać w tym kierunku. Kiłę, w której krętków wykazać nie można, uważa D. za łagodną; w tych przypadkach albo niema wznowień choroby, albo są one tylko nieznaczne; przeciwnie zaś, jeżeli krętki dają się wykazać w znacznej ilości. Wreszcie omawia D. sprawę leczenia poronnego kiły i na podstawie 11 przypadków (w okresie, gdzie dopiero tylko wrzód twardy był oznaką kiły, stosował D. średnio około 12 wstrzyknięć Hydrargyr. oleinic.) sądzi, iż zapomocą energicznego leczenia można bezsprzecznie kiłę wyleczyć, t. zn. iż zmiany drugorzędne nigdy się nie pojawią, a odczyn Wassermanna zawsze pozostanie ujemnym. H. Weber.

Björling. **Z czego składają się ciałka gruczołu krokowego?** (Archiv f. Derm. und Syph. T. 103, 1910). W pracy swej twierdzi autor, iż w każdej wydzielinie wyciśniętej z gruczołów krokowych, znajdował w większej lub mniejszej ilości żywe leukocyty, i że one, nawet w większej ilości w wydzielinie znalezione, nie dowodzą »prawdopodobnie« schorzenia gruczołu. — Co do ciałek (t. zw. skrobiowatych) gruczołu krokowego, to autor sądzi, iż pochodzą z rozpadu leukocytów i że — jak dotychczas ogólnie sądzono — z pewnością nie składają się z lecytyny, a to z tego powodu, iż nie rozpuszczają się w alkoholu, eterze i chloroformie, nie czernieją pod wpływem kwasu osmo-

wego, wreszcie nie barwią się czerwienią szkarłatną, przeciwnie jak lecytyna, — składają się zaś, przynajmniej w większej części, prawdopodobnie z tłuszczu. H. L. Weber.

Spietschka. **O oparzeniach i przyczynie śmierci stąd powstałej.** (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 103, 1910). Autor opisuje doświadczenia, jakie przeprowadzał na zwierzętach, wstrzykując im mocz poparzonych. Z doświadczeń tych wynika, iż ciała, wydalane w tych przypadkach z moczem z ustroju, działają silnie trująco na zwierzęta i to tem silniej, im poparzenia są rozleglejsze i objawy samozatrucia większe, w końcu, że wyciągi wodne ze skóry poparzonej działają również trująco na zwierzęta. — Śmierć z poparzenia polega na samozatruciu ustroju ciałami, które zostają wessane z miejsc chorych. Leczenie oprócz objawowego — powinno polegać na wydaleniu z ustroju substancyi trujących drogą nerek, a to przy pomocy wstrzykiwań podskórnych 1% dwuwęglanu sodowego w rozczynie soli kuchennej 0·6% w ilości 100—300 gr., w razie, jeżeli chory okazuje objawy senności, czkawkę, czy wymioty, gdyż rozczyn ten wzmaga silnie wydzielanie moczu. H. L. Weber.

Bohač. **O wskazaniach do leczenia światłem chorób skórnych.** (Tow. lek. niem. Praga, 7. X. 1910). Światło Finsena znajduje obecnie zastosowanie głównie przy toczniu, łysieniu, płomyku i liszaju rumieniowatym. Lampę kwarcową Kromayera stosuje się przy leczeniu uciskowem tocznia, naczyniaków płaskich, trądzika i nabłoniaków. — Promienie Röntgena znajdują rozliczne zastosowania, szczególnie przy grzybicy guzowatej, twardzieli i chorobach włosów. W rakach skórnych osiąga się nieraz również dobry skutek, o ile sprawa nie sięga już zbyt głęboko, bo wtedy nieraz osiąga się skutek odwrotny i guzy zaczynają szybko z głębi rosnąć. Także w toczniu osiąga się nieraz promieniami X. dobre skutki. Z innych chorób skórnych skutecznie działają promienie Röntgena na łuszczycę, przewlekłe wypryski i cierpienia swędzące. — Rad znajduje zastosowanie przy powierzchownych rakach, znamionach i toczniu na błonach śluzowych. A.

Ehrlich. **Leczenie salvarsanem — rzut oka wstecz i naprzód.** (Münch. med. Woch. 1911 Nr 1). W pracy swojej zbiera Ehrlich wszystkie dotychczasowe dane co do swego przetworu, uwzględniając zdania tak zwolenników, jak i przeciwników tego środka. Że salvarsan jest trujący, zaprzeczyć się nie da, lecz taksamo trujące są i inne środki; trudno żądać, by na 30.000 przypadków leczonych, tu i ówdzie nie wydarzyło się jakieś niemiłe powikłanie; przecież tak samo rzecz ma się z chloroformem i t. p. Natomiast nie jest prawdą, by salvarsan miał źle działać na wzrok, słuch lub pęcherz. Spostrzegane objawy były skutkiem złej techniki, rozłożonego przetworu lub też leżały już w naturze choroby. Z leczenia jednak należy wyłączyć ludzi z wadami serca, nerek, naczyń, dalej z cukrzycą, wrzodami żołądka, starców i po udarach mózgu. Dotąd spostrzegano 5 przypadków śmierci po wstrzyknięciu salvarsanu, ale 4 dotyczyły ludzi już ciężko ogólnie schorzałych. Unikać należy wstrzykiwań zawiesiny i wstrzykiwań podskórnych, a najlepiej wstrzykiwać śródżylnie. Salvarsan działa także znakomicie przy innych schorzeniach krętkowych, jak: durze powrotnym, framboezyi i t. p. Przy kile działanie jest nieraz zdumiewające. Szybko znikają wrzody pierwotne, wysypki, kłykciny sączące, zmiany na błonach śluzowych, zmiany kostne, oczne i t. p. Zwłaszcza w ciężkich trzeciorzędnych formach skutek jest nieraz nadzwyczajny. Nieraz wydzielają się martwaki, a nabłonek szybko pokrywa powierzchnie ziarninowe. Również wdzięcznem polem dla leczenia salvarsanem jest kiła dziedziczna, nieraz ratuje on dzieci wprost od śmierci. Salvarsan działa nieraz skutecznie tam, gdzie jod i rtęć były bezsilne, usuwa uporczywe bóle kostne, bóle głowy, zmiany w nerwach i t. p.

Co do pytania, czy salvarsan jest środkiem leczącym kiłę doszczętnie, zdania są jeszcze podzielone.

Odczyn Wassermanna znika po leczeniu salvarsanem w przeważnej liczbie przypadków, a spostrzegano już także powtórne zakażenie po wyleczeniu salvarsanem.

Niekiedy po leczeniu salvarsanem występują nawroty cierpienia, zwłaszcza przy postaciach bardzo złośliwych. Ehrlich jest tego zdania, że i nadal należy stosować prócz salvarsanu i inne środki, jak rtęć i jod, albowiem każdego wroga zwalczy się rychlej, napadając go z kilku stron. Nie należy jednak stosować dawek salvarsanu zbyt małych i ufać w bezwzględną skuteczność jednorazowego wstrzyknięcia. Jedno wstrzyknięcie może rzeczywiście wyleczyć, ale tylko tam, gdzie zakażenie jest świeże, gdzie nie ma jeszcze obrzmienia gruczołów i odczyn Wassermanna jest ujemny. Leczenie salvarsanem jest wskazane przy kile gwałtownej (»galoppirende Syphilis« Unny), przy zajęciu błon śluzowych ust, nosa i gardła, przy drugo- i trzeciorzędnych skłonnych do rozpadu cierpieniach skóry, przy kile wrodzonej, a wreszcie wszędzie tam, gdzie rtęć nie skutkuje, a jodu chory nie znosi. Sprawy dawki środka nie można jeszcze uważać za ostatecznie zamkniętą. K.

Strauss. **Technika leczenia cierpień skórnych śniegiem bezwodnika kwasu węglowego.**

Fründ. **Przyczynek do techniki leczenia śniegiem bezwodnika kwasu węglowego.** (Münch. med. Woch. 1911 Nr 1).

Leczenie śniegiem bezwodnika kwasu węglowego (80°) znajduje obecnie coraz to szersze zastosowanie, zwłaszcza przy znamionach, brodawkach, nadmiernej pigmentacyi, usuwaniu tatuowania, a także przy toczniu zwykłym i rumieniowym (lupus erythematosus), a nawet przy rakach skórnych. Technika jest prostą i może ją stosować każdy lekarz praktyczny. Bomby z bezwodnikiem kwasu węglowego są dziś wszędzie u szynkarzy (kosztują 3 marki). Po odkręceniu kurka zbiera się wypływający bezwodnik do woreczka skórzanego, gdzie tworzy on śnieg, z którego formuje się szpatułką odpowiednio wielkie bryłki. Strauss i Fründ podają dla dermatologa i chirurga odpowiednie przyrządy. — Siła zadziałania zależy od ucisku, długości zastosowania i jego rozmiarów. Zadziałanie 5-sekundowe przy średnim ucisku wywołuje jedynie zaczerwienienie skóry — 10-sekundowe i silniejszy ucisk wywołują już obrzęk i powierzchowne obumarcie tkanki, przy 20—30 sekundach tworzą się już potem pęcherze, a powyżej 30 sekund powstaje głębsza martwica, kończąca się zbliznowaceniem. Lepiej stosować CO_2 częściej a krócej, t. j. poniżej 30 sekund. U dzieci ze względu na wielką drażliwość skóry należy być bardzo ostrożnym. Przy znamionach i naczyniakach daje się przedtem $^4/_5$ (Erythemdosis) dawki rentgenowskiej, celem ułatwienia działania (uczulenie skóry — sensibilisatio). Klęsk.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Przy ciężkim udarze mózgowym doradza Franke operacyę, t. j. przynajmniej nakłucie mózgu i aspiracyę krwi, ewentualnie trepanacyę większą i sączkowanie. (Tow. lek. Brunszwik). A.

Za bardzo pewny objaw, poprzedzający wystąpienie pooperacyjnego zakrzepu lub zatoru, uważa Michaelis podniesienie się ciepłoty w 3—4. dniu po operacyi o kilka dziesiątych stopnia. Mierzyć jednak należy ciepłotę przeszło 15 minut i kilka razy dnia. (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 2). A.

Przy ciężkich zatorach powietrznych, grożących śmiercią, zalecają Blair i Guigan na podstawie doświadczeń

na zwierzętach, jako bardzo energiczny, a doskonały środek wstrzyknięcie do prawej komory serca 2 cm^3 roztworu adrenaliny 1: 1000, nawet i kilka razy. Wstrzyknięcie to, zresztą podobno nie przedstawiające niebezpieczeństw, robi się w 3. lub 4. międzyżebrzu przy mostku po stronie prawej. (Ann. of. Surg. 52. IV.). A

Nowy materyał na bieliznę, chustki i t. p. wynalazła Marya Latwesen z Kassel. Materyał ten ma być tak tani, że kosztuje tyle, co pranie zwykłego płótna, nadaje się też znakomicie do użytku chorych, zwłaszcza zakaźnych, dalej dla niemowląt, na chustki do nosa dla gruźliczych, do podróży i t. p. Cena n. p. chustki wypada podobno około 5 fenigów. K.

Za operacyjnem leczeniem choroby Basedowa przemawia gorąco Sudeck na podstawie swego doświadczenia (38 przypadków). Prawie w 75% osiągać się ma wyleczenie, a przy ostrożnem postępowaniu śmiertelność nie przekracza 5%. (Tow. lek. Hamburg, 20. XII.). A.

Przy niedrożności jelit na tle zapalenia otrzewnej zachwala Kappis stałe opróżnianie żołądka zapomocą systemu lewarowego, t. j. drenika, wprowadzonego przez nos do żołądka (drugi koniec w naczyniu pod łóżkiem). Chorzy mogą przez to używać napojów w dowolnej ilości. (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 1). A.

Zamykanie wrót przepuklinowych siatką z drutu srebrnego daje podług Riema wprawdzie w 89% zrazu dobre wyniki, ale z czasem drut pęka i tworzą się z siatki poplątane kłęby, które mogą ostrymi końcami zranić który z ważnych narządów. Drut jako ciało obce drażni otoczenie, a tworząca się przez to tkanka łączna zamyka wrota przepuklinowe ostatecznie. (Arch. für klin. Chir. 93. IV.). A.

Śmiertelne zranienie i przebicie odbytnicy po masturbacyi »per rectum« 20 cm. długim kawałkiem tyki u 50-letniego mężczyzny spostrzegał Roloff. (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 1). A.

Wrodzone obustronne zwichnięcie rzepki, i to dziedzicznie występujące u ojca i dwojga dzieci, spostrzegał Wrede. Prócz tego istniały i inne zniekształcenia (palców, klatki piersiowej, kończyn i t. p.). (Med. Klinik 1911, Nr 1). K.

Do usuwania przesunięć bocznych przy złamaniach i do odprowadzania niektórych zwichnięć podał Payr przyrząd, działający na zasadzie dźwigni nierównoramiennej. (Zentrbl. f. Chir. Nr 52). K.

Odróżnić kamienie żółciowe od nerkowych na płycie rentgenowskiej można najlepiej (podług Maragliano), stosując sposób Béclerea, t. j. zdjęcie w dwóch postawach: wyprostowanej i silnie zgiętej. Przy silnem zgięciu kamienie żółciowe przybliżają się do płyty i są wyraźniejsze. Wogóle zaś ze względu na skład jest regułą, że kamienie widoczne na płycie są częściej kamieniami prawej nerki, niż żółciowymi, które są zwykle złożone z części organicznych i mniej widoczne. (Gaz. d. Osp. 1910, Nr 101) A.

Kamienie moczowe mogą czasem na płycie rentgenowskiej być niewidzialne, (jak to podaje Teleman), gdy zdjęcie robi się przy pęcherzu wypełnionym moczem. Zarówno skład kamieni, jak i środowisko, w którem są kamienie, odgrywa ważną rolę. N. p. kamienie ksantynowe i cystynowe są niewidoczne w eterze etylowym, a wyraźne w chloroformie. (Tow. lek. Królewiec. XI. 1910). A.

Badanie czynności nerek zapomocą podskórnych wstrzykiwań 1 cm^3 0·6% roztworu fenolsulfoftaleiny polecają Rowntrel i Geraghty. Środek ten daje w roztworach zasadowych jeszcze czerwieńsze zabarwienie, niż sama fenolftaleina. U człowieka zdrowego ukazuje się w moczu w 5—10 minut, a w pierwszej godzinie wydziela się połowa substancyi, w drugiej zaś 15—25%. Na obliczeniu ilości wydzielonego środka w pierwszych dwóch godzinach polega rzeczona próba. (Journ. of Pharmac. I. Nr 6). A.

Dogodną pokojową wagę dla chorych (20 × 28 × 18,5), ważącą 7 kg., podał inżynier Koch. Zarazem nadaje się ona do gospodarstwa i można ważyć na niej 2½ cetnara. Kosztuje 15 marek. (Deutsche med. Wochs. 1910, Nr 52). A.

Przysadkę mózgową przeszczepiał Exner ze szczurów starych na młode i zauważył przy tem czasowe przyspieszenie wzrostu i tycie. (Deut. Zeitschr. f. Chir. 107). A.

Powiększenie gruczołu tarczowego u dzieci uważa Clemens za bardzo pewny i wczesny objaw gośćca. (Brit. med. Journ. 15. X. 1910). A.

Palce pałeczkowate na jednej ręce przy tętniaku tętnicy podobojczykowej i zmianach trofoneurotycznych z ucisku spostrzegał Ebstein. (Mitth. a. d. Grenzgeb. 22. III.). A.

Przy krztuścu zaleca Abrams t. zw. spondyloterapię, t. j. silne opukiwanie siódmego kręgu zapomocą młotka i plesymetru trzy razy dnia po 5 minut. (Med. Rec. 1910. 77). A.

U dzieci karmionych piersią ma występować podług Engla i Turnaua następujący typowy odczyn w moczu: Po dodaniu 1 cm^3 2% azotanu srebra do 5 cm^3 moczu zjawia się u osesków karmionych piersią wybitne czarne zabarwienie osadu, u innych zaś białe lub szare. (Berl. klin. Wochs. 1911, Nr 1). A.

Ciekawe badania nad mlekiem kobiecem i zwierząt przeprowadzili Kreidl i Lenk. Bibuła do filtrowania zanurzona w mleko, wsysa płyn do różnej wysokości, zależnie od ilości kazeiny. Mleko krowie wsysa się znacznie niżej, niż kobiece, końskie podobnie, jak kobiece, a psie i kocie prawie zupełnie się nie wsysa. Druga próba polega na śledzeniu kół współśrodkowych przy puszczeniu kropli mleka na bibułę, przyczem tworzą się koła, pochodzące od kazeiny, tłuszczu i wody. Dozwalają one dość dokładnie rozróżniać gatunek mleka. (Tow. morf.-fizyol. w Wiedniu. XII. 1910). A.

Dla położników poleca Döderlein rękawiczki o 2 palcach. Są one tanie, bo kosztują 60 fenigów, a więc można nową parę do każdego porodu (wyjałowioną wprost z fabryki) używać, a potem wyrzucać. (82. Zjazd lek. niem. Królewiec). A.

Plastykę sutka u 17-letniej dziewczyny wykonał Stieda. W miejsce usuniętego z sutka guza wielkości pięści (fibroadenoma) wszczepił on z dobrym skutkiem tkankę tłuszczową z brzucha chorej. (Tow. lek. Halle). A.

Zatrucie dermatolem (bizmutem) przy stosowaniu maści dermatolowej na rozległej przestrzeni skóry przy oparzeniach spostrzegał w kilku przypadkach Dorn i ostrzega o tem niebezpieczeństwie, radząc zaprzestać stosowania dermatolu w razie objawów w ustach (czarna obwódka dziąseł, nieżyt błony śluzowej). (Beitr. zur klin. Chir. 70. I.). K.

Przy uporczywych czyrakach odbytu poleca Prof. Schüle na mocy doświadczenia na sobie samym i u chorych gorąco sposób Unny, t. j. wypalenie środka czyraka Paquelinem lub elektrycznie. Zapobiega to odrazu dalszemu rozwojowi czyraka. (Therap. Monatsh. XXV. 1). A.

Przy zgrubieniu nosa (rhinophyma) zaleca Pels-Leusden zabieg, podany swego czasu przez Stromeiera, t. j. dekortykacyę nosa. Znieczula się nos 1% nowokainą, zamraża skórę w całości i ścina ją nożem, jak skórkę z owocu (Therap. Monatsh. XXV. 1). A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie z d. 9. stycznia 1911 r.

Sekretarz przedstawia wydane przez Wydział historyczno-filozoficzny Akademii dzieło członka korespondenta prof. Dra J. Talko-Hryncewicza p. t: **Materyały do etnologii i antropologii ludów Azyi środkowej. Mongołowie, Buriaci i Tungusi.** Kraków 1910, 8-o, str. 96.

(Następnie przedstawiono 7 prac, których treść przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Sekretarz zawiadamia, że dnia 19 grudnia 1910 odbyło się posiedzenie Komisyi antropologicznej. Na posiedzeniu tem:

1) Dr Fr. Chłapowski z Poznania przedstawił urodzonego w Wieliczce i tamże żebrzącego, czterdziestoletniego Antoniego Mikę, urodzonego całkiem bez ramion i ze zmniejszoną, koszlawą i sztywną nogą lewą, której tylko palcami mógł poruszać i porównał zdjęte z niego w klinice chirurgicznej krakowskiej rentgenogramy z rentgenogramami kośćca obserwowanego (latem w Kissingen) dwudziestoletniego Iwana Rodakowa, z Wiazemskiej gubernii, obecnie w Chełmie żyjącego, tak samo pozbawionego od urodzenia ramion i o zmniejszonej, zesztywniałej i skoszlawionej nodze prawej, a więc używającego tylko nogi lewej do skakania i do zastępowania rąk. W tem wyręczaniu rąk większą ma wprawę Rodakow, jako młodszy i wykształceńszy, podczas gdy Mika dłużej na jednej nodze może skakać, nawet na gołoledzi. Opisawszy szczegółowo anomalie kośćca obu tych dziwolągów, tak do siebie podobnych, a zarazem sposoby, jakimi umieją wyrównać brak kończyn górnych, Dr Chłapowski zastanawiał się szczególniej nad zauważonem przezeń poraz pierwszy poruszaniem dobrowolnem żeber rzekomych (dolnych), czego w żadnym opisie podobnych kilkunastu przypadków w literaturze teratologicznej dotychczas nie znalazł, a co pomaga znacznie w pełzaniu po ziemi i podnoszeniu się na nogę zdrową z pozycyi leżącej. Następnie prelegent podał pogląd na zmieniające się z biegiem czasu teorye teratogenezy czyli powstawania dziwolągów wogóle, na podziały przypadków teratologicznych dawniejsze i na obecny podział, oparty na embryologii i patologii samego płodu, a zwłaszcza błony zwanej owodnią (amnion); szczególniej zaś tłómaczył, jak te choroby płodu mogą wpłynąć na zniekształcenie kośćca już w pierwszych tygodniach życia płodowego, w przeciwstawieniu do zniekształceń wtórnych, które dopiero później powstają. Szczególnie interesująca jest zauważona we wszystkich podobnych przypadkach zniekształcenia kośćca (braku kończyn) energia dążenia do wyrównania tego braku i nadzwyczajna ułomnych tych ludzi inteligencya, rozwijająca się zwłaszcza przy umiejętnem ich kształceniu. W związku z tem twierdzeniem autor przedstawiał odlewy gipsowe zdrowych stóp obu obserwowanych przypadków, mianowicie w stanie spoczynku i zgięcia palców; a także i odciski listewek skórnych zdrowej stopy jednego i drugiego. Nawiązując do badania tych linii na stopie (Loth) i do sposobu stosowania ich jako dowodu filogenii stopy ludzkiej, wystąpił przeciw teoryi Klaatscha wywodzenia człowieka od małpozwierzy (prosimiae), a następnie przeciwko nowej jego teoryi o podwójnem pochodzeniu człowieka, a więc o dwóch pierwotnych, całkiem od siebie odrębnych gatunkach »Homo«: »H. mestrinensis« i »H. arignacensis«, jedynie z powodu zauważonych przezeń różnic budowy czaszki i kości długich. Patologia dostarczyła dowodów, że niedorozwój jednego gruczołka o wydzielaniu wewnętrznem może wywołać daleko wybitniejsze różnice w kośćcu, niż podnoszone przez Klaatscha różnice w szczątkach czaszki i długich kości, jakie w jaskiniach ów badacz znajdował. Wiadomo, że niedorozwój taki może być dziedziczny. Wiadomo też, że nawet i wśród ludności obecnie żyjącej w Polsce oba te typy się znajdują. Postęp patologii płodów przyczyni się zdaniem prelegenta do obalenia tej ostatniej teoryi Klaatscha, tak jak postęp biologii odjął podstawę przypuszczeniu samorodztwa. a postęp teratologii obalił teoryę hybrydyzmu jako przyczyny powstawania dziwolągów. Tak samo i teorya atawizmu w teratogenezie upadła. Jedynie polymastyę, t. j. ślady licznych brodawek mlecznych w pewnej linii (sutkowej) przytaczają jeszcze poplecznicy tej teoryi na jej obronę. Wykład swój zakończył prelegent wezwaniem do szczególnego opiekowania się kalekami od urodzenia, wykazawszy na przykładach, co może w tej mierze zdziałać odpowiednia opieka, połączona z umiejętnem kształceniem fizycznych i umysłowych zdolności, nawet w przypadkach, uważanych przez ogół za całkiem niezdolne do jakiegokolwiek rozwoju.

2) Prof. Talko-Hryncewicz zdał sprawę z podróży, przedsięwziętej w celu zbadania ludności polskiej Zachodnich Beskidów pod względem antropologicznym. W ciągu dwóch letnich miesięcy dokonał spostrzeżeń na 650 osobnikach (♂ 429, ♀ 221). Na każdym osobniku wykonano 80 spostrzeżeń.

Pośród badanej ludności beskidowej autor rozpoznaje trzy bardziej zasadnicze typy:

1) Pierwszy, górali zamieszkałych na wyniosłościach beskidowych, najbardziej jest odrębny. Są oni wyższego wzrostu, wysmukli i zgrabni, bardziej krótkogłowi, o długiej z boków spłaszczonej twarzy, o bardzo wysokiem wtył pochylonem czole, z pięknie zarysowanem, w profilu wydatnem nadnosiem i łukami nadczołowymi, o wielkim jastrzębim nosie i silnym prognatyzmie nosowym, oczach głęboko osadzonych w oczodołach, spłaszczonych skroniach, mało rozwiniętej potylicy i uszach przypłaszczonych. Budowa ta, połączona z ciemnym typem, dobrze zachowana w swej czystości, występuje w grupie Zawojskiej, w Jeleśniańskiej i Wiślańskiej zdaje się być przemieszana z typem bardziej jasnym niższego wzrostu, krępym, mniej nieco krótkogłowym, o twarzy okrągłej, tylko w Istebnie typ Zawojski staje się czystszy, lecz występuje już jako jasny. Jabłonkowanie przedstawiają ludność zupełnie mieszaną z przeważającą cechą ludności górskiej blondynów, przypominających Istebnian. Wśród $2^1/_2$ tysięcznej ludności autorowi udało się odszukać według ścisłych obliczeń samych mieszkańców niespełna 50 osób i to przeważnie starych, uważanych za aborygenów, mogących wyprowadzić siebie od »dawnych jabłonkowian«, tak zw. »jacków«. Rasę tę wymierającą autor zmierzył w liczbie 31. Byli oni niższego wzrostu, niż ich otoczenie, słabej i wątłej budowy, źle odżywieni; oprócz starców, z młodszych był jeden z gruźlicą płucną, dwóch z gruźliczem zapaleniem stawów, jeden garbaty, dwóch głuchych. Budowa czaszek ich nieco mniej krótkogłowa, niż u górali, o nizkiem czole, mniej wydatnych łukach nadczołowych, natomiast z większym rozwojem potylicy i guzowatością, u paru (ojca i syna) głowa w skroniach zwężona tworzyła kształt łódkowaty (scaphocephalia), u dwóch braci silnie wydatna, zniekształtniona potylica (rachitis), u jednej z kobiet znaczny prognatyzm szczękowy. Oczy w oczodołach głęboko osadzone i zapadłe, skóra na twarzy napięta, pozbawiona tłuszczowej podściółki, kontury nosa zaokrąglone, kształt nosa płaski i szeroki, jak i usta. Jarzma dosyć wydatne, twarz szeroka, odległości między kątami żuchwy znaczne. Włosy miękkie, cienkie i rzadkie, wielu łysych i siwych. Chociaż trudno było z badanych ludzi starych i chorych ściśle określić typ rasy dawnych jabłonkowian, w każdym razie wyróżniają się oni zasadniczo od górali.

2) Wałasi, noszący to miano etnograficzne, a zaludniający północno-zachodnie pochyłości Beskidów. w kierunku południowym od Cieszyna w Wędryni, Końskiej, Bystrzycy, Ligotce i innych wsiach przyległych. Typ wałachów jest odmienny od górali. Są oni niższego wzrostu,

krępi, barczyści i mocno zbudowani, nieco mniej krótkogłowi, o twarzy owalnej lub okrągłej, o jarzmach wydatnych, kątach żuchwy daleko odstających, które niekiedy czynią twarz czworokątną, czoło niższe w tył odchylone, nos mniejszy, prosty i szeroki, nadnosie i łuki nadoczodołowe słabo rozwinięte, twarz odwrotnie niż u górali raczej ortognatyczna, potylica i jej wzgórkowatość wydatne, typ ich jaśniejszy, przeważnie blond lub szatyn. Odstępstwo od tego typu wskazuje większą lub mniejszą przymieszkę typu górskiego. Odśrodkowo od Cieszyna typ góralski wciąż się wzmaga i coraz bardziej jest przemieszany z wałaskim.

3) Na zachód od Cieszyna klinem od Frydka wciska się do wałaskiej ludność lacka, zamieszkująca wsie Błędowice, Cierlicko i Olbrachtowice, ciągnąc dalej na północ na pruski Śląsk i równiny dawnego Księstwa Opolskiego. Pomimo znacznego stopnia zmieszania, na który oddawna skazana jest ludzkość lacka, z góralską i wałaską, oraz z ludnością Morawy czeskiej, autor mógł wyróżnić pewne cechy właściwe lachom. Wzrost ich nieco wyższy niż wałachów, budowa mniej krępa, typ nieco ciemniejszy od wałachów i jaśniejszy od górali, krótkogłowość mniejsza niż u górali, czoło niższe, prostsze, mniej w tył uciekające niż u wałachów, twarz owalna, lub okrągła, mniej wydatne nadnosie i łuki nadczołowe, kąty żuchwy nie tak znacznie odległe, oczy głębiej w oczodołach osadzone niż u wałachów, potylica wydatna; typ lachów jest jakby pośredni pomiędzy góralami i wałachami. Widziani przez autora sprawiają wrażenie źle odżywionych, być może z powodu ciężkiej pracy w kopalniach, w których ludność ta od młodu pracuje. Mimo to są bardziej uzdolnieni; z pośród nich wyszli na Śląsku najdzielniejsi działacze społeczni i narodowi.

W Zachodnich Beskidach, według autora, powiat Cieszyński jest jakby ośrodkiem etnograficznym; kotlinę tę dzięki jej geograficznemu położeniu zaludniają przeważnie wałasi, lecz są na tem terytoryum również lasi i górale. Typy te wciąż się zlewają, szczególnie we wsiach bliżej gór położonych. Ludność wałaska bardziej jest kulturalna, lecz mniej rozradza się; trudni się ona uprawą roli, handlem, przemysłem i jak wiadomo nie objawia dążności do wychodźtwa. O wiele znaczniejsza rozrodczość ludności góralskiej, przy braku dobrej pod uprawę ziemi i ubóstwie, zmusza ją do szukania zarobków po za krajem, w Ameryce, oraz na niższych miejscowościach Śląska. — Każdy zwiedzający Beskidy musi zwrócić na to uwagę, że góral schodzi ze swych wyżyn na pochyłości i osiada pomiędzy wałachami i lachami i typ ich pomiędzy nimi daje poważny procent. Ten prawdopodobnie starszy typ górski jest wyższego wzrostu i bardziej krótkogłowy, o długich twarzach, ma więcej zasobów do życia i rozrodczości, przeto pochłania niższy o krępszej budowie typ, bardziej jasnego o okrągłej twarzy wałacha. — Autor przypuszcza, że górale zaludnią w przyszłości całe Beskidy i typ ich stanie się dominujący.

Na żądanie wreszcie Wydziału matem.-przyrodniczego Akademii zastanawiano się nad wnioskiem Prof. Dra J. Talko-Hryncewicza (o odstąpienie zbioru kości ludzkich, znajdujących się w Muzeum antropologiczno-archeologicznem Akademii Zakładowi antropologicznemu Uniwersytetu Jagiellońskiego w depozyt) i uchwalono przedstawić w tej sprawie osobny memoryał Wydziałowi matem.-przyrodniczemu Akademii Umiejętności.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 25. października 1910 r.

Anastazy Landau wygłosił wykład p. t.: **Kwas moczowy, dna i artretyzm**, który podzielić można na 3 części. W części pierwszej prelegent zastanawia się nad genezą pojęcia »artretyzm« i szczegółowo omawia poglądy, panujące w literaturze francuskiej, angielskiej, niemieckiej i naszej. Część drugą odczytu poświęcił prelegent sprawie zachowania się kwasu moczowego w warunkach prawidłowych i w dnie; uwzględnił najnowsze zdobycze w tej gałęzi wiedzy, począwszy od budowy chemicznej kwasu moczowego, podziału jego na U endo- i egzogeniczny, skończywszy na wpływie radu na zachowanie się kwasu moczowego w ustroju. W trzeciej części prelegent poddaje szczegółowej analizie przypadki, zaliczane u nas do kategoryi artretyzmu i dochodzi do wniosku, iż zazwyczaj nie mają one nic wspólnego z prawdziwą dną, ani nawet z usposobieniem dnawem.

Dyskusyę nad odczytem odłożono do następnego posiedzenia.

Posiedzenie kliniczne dnia 8. listopada 1910 r.

Dyskusya nad odczytem An. Landaua: **Kwas moczowy, dna i artretyzm.**

Hewelke zastanawia się nad przemianą ciał purynowych, jako źródłem pochodzenia kwasu moczowego i dochodzi do wniosku, że w obecnym stanie wiedzy dną nazywać się będą mogły tylko te stany nadmiaru kwasu moczowego we krwi, które związane są z anormalną przemianą ciał purynowych. W sprawie dyety porusza sprawę mięsa ciemnego i białego. Badania nad zawartością ciał wyciągowych nie wykazują specyalnych różnic między mięsem białem, a czarnem.

Stanisław Mutermilch omawia pewne szczegóły, dotyczące zaczynu urykolitycznego.

Alfred Sokołowski nie zgadza się z prelegentem, aby pojęcie »artretyzm« ograniczyć jedynie do typowej »podagry«. Mówca przytacza liczne fakty kliniczne, świadczące, że istnieje pewna grupa zjawisk. chorobowych, związana w większości przypadków z usposobieniem dziedzicznem artretycznem, których dziś jeszcze ściśle naukowo nie możemy sformułować.

Winiarski podziela wypowiedziane przez Sokołowskiego poglądy i podkreśla pewne cierpienia skóry, oraz dróg oddechowych, które powstają na tle artretyzmu. Wreszcie zwraca uwagę, że niektóre cierpienia obwodowego układu nerwowego stoją w niewątpliwym związku z artretyzmem, mianowicie istnieją na tem tle przypadki rwy kulszowej.

Janowski zaznacza, iż sprawa kwasu moczowego ma bardzo mało wspólności ze sprawą artretyzmu, pojmowanego w szerokim zakresie, a będącego niewątpliwie wielopostaciowem przejawieniem się jakiejś skłonności wrodzonej, dziedzicznej.

Brudziński zabiera głos w sprawie skazy wysiękowej u dzieci. Są to niemowlęta, skłonne do schorzeń błon śluzowych, obarczone wypryskiem, źle znoszące nawet pokarm kobiety i t. d. Wszyscy autorzy, traktujący o tej sprawie, zaznaczają prawie zgodnie, że nie chodzi tu zupełnie o kwas moczowy, a jak podnosi Stoeltzner, u niemowląt karmionych sztucznie chodzi przeważnie o zatrucie kwasem fosforowym, a wogóle i przedewszystkiem o niedostateczny dowóz zasad stałych w pokarmie.

Polikier podziela zdanie, że istota dny do tej pory nie została ostatecznie wyjaśniona; mówca podkreśla, że nietylko w Niemczech lekarze do niedawna uważali dnę za bardzo rzadką postać chorobową u dzieci, ale i najlepsi znawcy dny w Anglii, jak Sydenham, Garrod i. inni, nie wierzyli w istnienie tej choroby w wieku dziecięcym.

Bełkowski zwraca uwagę na produkty rozpadu, otrzymywane przy utlenianiu kwasu moczowego »in vitro«. Możliwem jest, że przy pewnych warunkach patologicznych, przy rozpadzie kwasu moczowego powstaje większa ilość kwasu szczawiowego, że więc kwas szczawiowy może być pochodzenia endogenicznego, a nie wyłącznie tylko ze spożywanych pokarmów roślinnych.

Pawiński mówi o postaci neurastenii, wyodrębnionej przez Francuzów, jako »neuro-arthritisme«, oraz podkreśla związek pomiędzy artretyzmem a cierpieniem naczyń. Czem

jest gościec (reumatyzm) dla serca, tem artretyzm dla naczyń. Według Haiga źródłem wzmożonego ciśnienia tętniczego, towarzyszącego stanom artrytycznym, jest zatkanie naczyń włoskowatych solami kwasu moczowego (collaemia).

Rzętkowski stwierdza, że istnieją trzy zupełnie ściśle wyodrębnione choroby »przemiany materyi« — otyłość, dna i moczówka cukrowa, które przebiegają typowo i polegają na dokładnie poznanych i scharakteryzowanych zaburzeniach przemiany materyi. Takich zaburzeń nie znajdujemy wcale w tych stanach chorobowych, które oznaczamy mianem »artrytyzmu«, »herpetyzmu«, »neuroartrytyzmu«. Ani jeden z badaczów nie stwierdził, aby w tych stanach występowały jakiekolwiekbądź zaburzenia w przemianie purynowej ew. w wydalaniu kwasu moczowego. Nie w kwasie moczowym przeto szukać należy przyczyny, czy przyczyn t. zw. dolegliwości »artrytycznych«. Być może, że polegają one nie na zatruciu kwasem moczowym, lecz że dałyby się objaśnić na zasadzie zjawisk anafilaksyi, czy autointoksykacyi ze strony kanału pokarmowego przez obce białko, czy zaczyny jakieś, które w stanie prawidłowym przez zdrową ścianę kiszek nie mogą się do ustroju przedostać, a które dostają się do krwi z chwilą uszkodzenia ściany jelit. Za tem przemawiałaby bardzo analogia pomiędzy wysypkami t. zw. »artrytycznemi«, a objawami skórnymi idyosynkrazyi (np. po poziomkach, po rakach) u niektórych osób, lub też objawami skórnymi t. zw. posurowiczymi.

Anastazy Landau w kwestyi zasadniczej zaznaczył, iż bynajmniej pojęcia skazy (diathesis) nie odrzuca, ale z drugiej strony nie może się zgodzić, by stan niestałej równowagi ustroju, skłonności do rozmaitych chorób, utożsamiać z zaburzeniami w zachowaniu się kwasu moczowego w ustroju. Bełkowskiemu odpowiada, iż kwas szczawiowy dawno już przestał być miernikiem spraw oksydacyjnych w ustroju, albowiem sam on w ustroju nie spala się zupełnie.

Tadeusz Wilczyński.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

63. Ogólne Zebranie w d. 17. grudnia 1910 r.

(Dokończenie).

Bakteryi tyfusowych i paratyfusowych nie znalazłem w badanej przezemnie wodzie. Wszystkie, znalezione przezemnie wodne bakterye są znane i ich ogólne gatunkowe różnice są opisane mniej więcej przez różnych badaczy. Chociaż nigdy nie zauważono, aby wodne bakterye były szkodliwe dla zdrowia ludzi, jednakowoż znaczna ilość różnych gatunków drobnoustrojów w pewnej studni wskazuje zawsze, że znajdująca się w nich woda nie jest czystą, ponieważ, jak to już wspomniałem, w czystej wodzie mogą przebywać tylko niektóre najniewybredniejsze drobnoustroje i przytem w niewielkiej ilości. Większa część bakteryi wodnych potrzebuje pewnej ilości organicznych i nieorganicznych części dla swojego rozwoju. Z tego wszystkiego wynika, że woda w większej części studzien radomskich jest zanieczyszczona przez brudne dopływy w większym lub mniejszym stopniu. Przy pewnych okolicznościach woda ta może być bardzo łatwo zakażona i stać się ogniskiem zarazy przez pewien czas. Niektóre przedsięwzięte obecnie środki dla zabezpieczenia studzien od wpływów zewnętrznych, niewiele mogą temu zaradzić. Najodpowiedniejsze byłoby urządzenie wierconych studzien we wszystkich posesyach m. Radomia. Jednakowoż urządzenie takich studzien z powodu wysokich kosztów nie jest dostępne dla wszystkich właścicieli. Jedynym środkiem dla dostarczenia miastu dobrej wody będzie jak najspieszniejsze przeprowadzenie wodociągów i urządzenie zbiorników z czystą dobrą wodą.

Liczne przypadki tyfusu, które zdarzyły się w czerwcu 1910 w domu Skorżyńskiego przy ulicy Szerokiej i którego przyczyną bezwątpienia było zakażenie wody w studni tegoż domu przez przedostanie się do niej wody ściekowej z miejsc ustępowych, zwróciły uwagę komisyi sanitarnej na urządzenia kanalizacyjne w tym domu i na sposób, w jaki mogłoby być dokonane ich odkażenie. W tej sprawie zwrócił się Dr Pełczyński z prośbą o radę do Warszawskiego Towarzystwa higienicznego, które listem z 2. września 1910 roku zawiadomiło, że dla odkażenia urządzeń wodociągowych trzeba uważać za pożyteczne użycie rozczynu dwusiarczanu sodu (Natr. bisulfuricum) $NaHSO_4$ w stosunku 1: 1000 o działaniu kilkogodzinnem (5—6 godzin).

Chcąc się przekonać o sile odkażającej rozczynu 1: 1000 tego środka, zwrócił się Dr P. z prośbą do mnie, czy nie mógłbym przeprowadzić badań w celu przekonania się, jakie znaczenie ma wogóle dwusiarczan sodu, jako środek odkażający. Spełniając tę prośbę, przystąpiłem do badań nad roztworami $NaHSO_4$ o zgęszczeniu 1%, 4‰, 2‰ i 1‰, przyczem przeprowadziłem siedm seryi tych badań. Z protokółów zajęć w pracowni widać, co następuje:

1) 21. IX. Zaszczepiłem na 5 spodkach Petriego ze zwyczajnym agarem prątek okrężnicy, micrococcus roseus i jeden gatunek bakteryi wodnej. Do czterech spodków dodałem rozczynu o koncentracyi 1%, 4‰, 2‰, 1‰. Do jednego spodka nie dodałem rozczynu $NaHSO_4$. Rozczynów dodawałem w takiej ilości, żeby cała powierzchnia agaru była pokryta płynem (wystarczało zwykle 3 cm. sześc.) 24. IX. Po wyschnięciu rozczynów $NaHSO_4$ z powierzchni agaru na wszystkich spodkach z zasiewami wyżej wymienionych bakteryi otrzymałem dobrze rozwinięte kolonie tych drobnoustrojów.

2) 5. XI. Zrobiłem zasiewy prątka tyfusowego na pięciu spodkach Petriego ze zwyczajnym agarem. Do czterech spodków dodałem rozczynu $NaHSO_4$ o koncentracyi 1%, 4‰, 2‰ i 1‰. Jeden zostawiłem bez dodania rozczynu $NaHSO_4$. 15. XI. Po wyschnięciu rozczynów $NaHSO_4$ z powierzchni agaru otrzymałem na wszystkich spodkach dobrze rozwinięte kolonie prątka durowego.

3) 19. XI. Do pięciu probówek z 5 cm. sześc. bulionu zaszczepiłem przecinkowce cholery: Do czterech dodałem rozczynu $NaHSO_4$ o koncentracyi 1%, 4‰, 2‰ i 1‰ w ilości 5 cm. sześc. Do jednej probówki nie dodałem rozczynu $NaHSO_4$. 25. XI. W probówkach z dodanym rozczynem $NaHSO_4$ o koncentracyi 1‰, 2% (odczyn zasadowy) i w probówce bez roztworu $NaHSO_4$ silne zmętnienie; probówki z dodaniem rozczynów o koncentracyi 1%, 4% (odczyn kwaśny) bez zmętnienia. 25. XI. Zrobiłem zasiewy na spodkach Petriego ze zwyczajnym agarem $^1/_{100}$, $^1/_{250}$, $^2/_{500}$. 30. XI. Spodki z zasiewami z probówek $^1/_{100}$, $^1/_{250}$ jałowe; na spodku z zasiewami z probówek $^1/_{500}$ otrzymałem kolonie przecinkowca cholery.

4) 23 XI. Zaszczepiłem bakterye cholery i duru do probówek, zawierających po 5 cm. sześc. bulionu; każdy z tych drobnoustrojów do pięciu probówek. Z dodaniem rozczynów $NaHSO_4$ postąpiłem w taki sam sposób, jak w poprzednich przypadkach. 30. XI. w probówkach z przecinkowcem cholery bez dodania rozczynu $NaHSO_4$ i $^1/_{1000}$, $^1/_{500}$, $^1/_{100}$ zmętnienie, w probówce $^1/_{250}$ zmętnienia niema (odczyn kwaśny). 30. XI. Zaszczepiłem przecinkowce cholery do dwóch probówek z bulionem po 5 cm. sześc. w każdej; do jednej z nich dodałem 5 cm. sześc. rozczynu 1%. I. XII. W probówkach z dnia 30. XI. zmętnienie (odczyn zasadowy). XII. I. Zaszczepiłem przecinkowce cholery do 2 probówek z bulionem (5 cm. sześc.); do jednej z nich dodałem 5 cm. sześc. rozczynu $^1/_{250}$. 2. XII. W probówce bez dodania rozczynu $NaHSO_4$ zmętnienie; w probówce $^1/_{250}$ zmętnienia niema (odczyn kwaśny). 2. XII. W probówkach bez dodania $NaHSO_4$ i $^1/_{100}$, $^1/_{500}$, $^1/_{1000}$ z zasiewami prątka durowego z dnia 23. XI. zmętnienie (odczyn

zasadowy); w probówce $^1/_{250}$ zmętnienia niema (odczyn kwaśny).

5) 29. XI. Zaszczepiłem prątki okrężnicy i 2 gatunki bakteryi wodnych do probówek z bulionem (5 cm sześć.). Każdy z tych drobnoustrojów zaszczepiałem do pięciu probówek. Z dodaniem rozczynu $NaHSO_4$ różnej koncentracyi postąpiłem jak wyżej. 1. XII. Zrobiłem zasiewy jednego gatunku bakteryi wodnej i przecinkowca cholery na spodkach Petriego ze zwyczajnym agarem. Każda z tych bakteryi na pięciu spodkach. Do ośmiu spodków dodałem rozczynu $NaHSO_4$ różnej koncentracyi, dwa spodki zostawiłem bez dodania $NaHSO_4$. 2. XII. W probówkach bez dodania $NaHSO_4$ rozczyn $^1/_{100}$, $^1/_{50}$, $^1/_{1000}$ z zasiewami prątka okrężnicy i jednego gatunku wodnej bakteryi widać zmętowanie (odczyn zasadowy); w próbówkach $^1/_{250}$ zmętnienia nie ma (odczyn kwaśny). 3. XII. Na wszystkich spodkach z zasiewami bakteryi wodnej otrzymałem dobrze rozwinięte kolonie; w spodkach z zasiewami przecinkowca cholery ukazały się kolonie na spodkach, $^1/_{1000}$ i $^1/_{100}$, spodki $^1/_{250}$ i $^1/_{500}$ jałowe.

6) 8. XII. Zaszczepiłem przecinkowce cholery do 5 probówek, zawierających po 5 cm. sześć. bulionu. Z dodaniem rozczynu $NaHSO_4$ o różnej koncentracyi postąpiłem jak w poprzednich przypadkach. 11. XII. W próbówkach bez dodania $NaHSO_3$ i w próbówkach $^1/_{100}$ otrzymałem hodowle cholery (odczyn zasadowy); w próbówkach $^1/_{1000}$, $^1/_{500}$ i $^1/_{250}$ nie otrzymałem hodowli (odczyn kwaśny).

7) 14. XII. Do czterech próbówek, z których każda zawierała po 5 cm. sześć. sterylizowanego rozczynu 1‰ $NaHSO_4$ (odczyn słabo kwaśny) dodałem świeże 24 god. agarowe hodowle cholery, duru, prątka okrężnicy i jednego gatunku bakteryi wodnej, zmyte ze swego podłoża 5 cm. sześć. wyjałowionego rozczynu 1‰ $NaHSO_4$. W taki sam sposób zasiałem wymienione bakterye do 4 próbówek, zawierających po 5 cm. sześć. wyjałowionego rozczynu 4‰ $NaHSO_4$ (odczyn silnie kwaśny). Po upływie 8 godzin zaszczepiłem bakterye ze wszystkich próbówek na spodki ze zwyczajnym agarem. 15. XII. Po upływie 24 godzin zaszczepiłem ze wszystkich próbówek na spodki ze zwyczajnym agarem. 16. XII. Na spodkach z wysiewami prątków duru okrężnicy i jednego gatunku bakteryi wodnej, na które działały rozczyny $NaHSO_4$ $^1/_{1000}$ i $^1/_{250}$ w przeciągu 8 i 24 godzin, otrzymałem ich hodowle. Przecinkowiec cholery nie rozwinął się. 18. XII. W próbówkach z dnia 14. XII. z prątkiem duru, okrężnicy i jednym gatunkiem wodnej bakteryi osad i znaczne zmętnienie, w próbówce z cholerą znaczny osad bez śladów zmętnienia. W kilku preparatach w wiszącej kropli probówek z bakteryi okrężnicy i duru zauważyłem oprócz bakteryi, zbitych w kupki i podległych zwyrodnieniu znaczną ilość prątków duru i okrężnicy z ożywionym ruchem.

Wyniki wszystkich badań można skreślić w następujący sposób. Rozczyny $NaHSO_4$ o koncentracyi 1%, 4%, 2‰ i 1‰ wstrzymują rozwój bakteryi, przebywających w płynnych podłożach tylko wtenczas, jeżeli odczyn rozczynu $NaHSO_4$ jest o tyle kwaśny, iż zdoła zobojętnić zasadowy odczyn płynnego podłoża i zmienia go w silnie kwaśny. Ponieważ wiele gatunków bakteryi rozwija się dobrze na podłożach o słabo kwaśnym odczynie, przeto przy stosowaniu rozczynu $NaHSO_4$ o różnej koncentracyi, jako środka odkażającego przy zarazkach przebywających w płynnych podłożach, trudno jest określić rozczyn o takiej koncentracyi, któryby mógł działać odkażająco w dostatecznym stopniu w każdym przypadku. O rozwoju bakteryi i przebywających na stałych podłożach i podległych wpływowi wodnych roztworów $NaHSO_4$, o różnej koncentracyi w przeciągu kilku dni można wywnioskować, jak to widać z kilku badań, zrobionych w tym kierunku, że wszystkie bakterye, nie zbyt czułe na odczyn kwaśny rozczynów $NaHSO_4$, rozwijały się dobrze; wyjątek w badaniach, przezemnie wykonanych, przedstawia przecinkowiec cholery, który rozwijał się tylko wtenczas na stałem podłożu, jeżeli ono było pokryte rozczynem $NaHSO_4$ o słabo kwaśnym odczynie. Prątki duru, okrężnicy i bakterye wodne, przebywające w wyjałowionych rozczynach $NaHSO_4$ z odczynem kwaśnym w ciągu 8 do 24 godzin, rozwijały się dobrze, będąc przesiane na zwyczajny agar. Przecinkowiec cholery nie rozwijał się w tych warunkach. Nawet przy 4-dniowym wpływie rozczynów $NaHSO_4$ na prątki duru i okrężnicy można było zauważyć przy badaniu drobnowidowem w wiszącej kropli znaczną ich ilość z ożywionym ruchem. Zważywszy to wszystko, nie można uznać kwaśnego siarczanu sodu (Natr. bisulfuricum) o koncentracyi 1%, 4‰, 2‰ i 1‰ za środek odkażający, ponieważ te rozczyny mogą działać wstrzymująco i to w niewielkim stopniu na rozwój jedynie tylko tych bakteryi, które mogą rosnąć na podłożach z odczynem zasadowym.

Kol. Ryl sądzi, że odpowiedniejszem byłoby »Natrium bisulfuricum« ($NaHSO_3$), jako środek silnie redukujący.

Kol. Pełczyński pokazuje i odczytuje list Warsz. Tow. higienicznego i oświadcza się za wydrukowaniem pracy p. Wojczyńskiego oraz za przesłaniem odbitki wspomnianemu Towarzystwu.

Postanowiono pracę p. Wojczyńskiego wydrukować w »Przeglądzie Lekarskim« w Krakowie i odbitkę przesłać Warszawskiemu Tow. higienicznemu.

VII. Otwarto dyskusyę nad Organizacyą zawodową lekarzy. Rozpatrzono i uchwalono »co do punktu drugiego, dotyczącego bytu materyalnego lekarzy« § 20 jako § 14. »Wywiesić w poczekalniach u siebie minimalną taksę wynagrodzenia, której się trzymać obowiązujemy według następującego wzoru: A) Zmienić na »za poradę w dzień w gabinecie lekarza honoraryum wynosi najmniej« 1 rb., w nocy 2 rb Uwagę I. wykreślić. B) Wykreślić. C) Zmienić na: »za poradę w mieszkaniu chorego płaci się w dzień minimum 1 rb. 50 kop„ w nocy zaś minimum rb. 3. Uwagę I. zachować, brzmi ona: »za nocną uważa się wizytę w czasie od godziny 10 wieczorem do 8 rano«.

Członek Zarządu sekretarz: T. Rakowski.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie z dnia 25 listopada 1910 r.

1) Prezes Radca Dr Chłapowski wspomina o zgonie kolegi ś. p. Dr J. Szostakowskiego, który w r. 1889 napisał rozprawę o miażdżycy. Pamięć zmarłego uczczono przez powstanie.

2) Kol. Łazarewicz wygłasza odczyt: **O idyosynkrazyi.** Mowca nawiązuje do przypadku, opisanego mu przez kol. Wlazłowskiego, a dotyczącego dziewczyny, która po spożyciu poziomek dostawała ciężkich objawów porażenia i t. p. Sam kol. Wlazłowski także poziomek nie znosi, dostaje wymiotów i objawów omdlenia.

Co do sprawy idyosynkrazyi, to istnieją różne zapatrywania. Część autorów tłomaczy ją wpływami nerwowymi. Idyosynkrazye właściwe są neurastenikom i ujawniają się najczęściej np. u kobiet podczas miesiączkowania. Hartowanie zmniejsza, pieszczenie się zwiększa idyosynkrazyę. Pochodzące z dzieciństwa nadwrażliwości mogą z czasem zniknąć.

Nadwrażliwość może być 1) zwykła 2) swoista. Pierwsza znów może być ogólną lub szczególną. Pod wpływem pokarmu (np. u owiec od gryki) może powstać nadwrażliwość skóry na promienie słoneczne. Bywają przypadki, że ustrój przez czas dłuższy pewien środek znosi, a potem staje się nań wrażliwym. Zachodzi też kumulacya czynnościowa tkanek (Levin), np. przy chininie. U rzemieślników można spostrzegać niekiedy, że przez dłuższy czas znoszą pewne środki chemiczne, aż nastąpi podrażnienie, które potem może być wywołane także innymi pierwiastkami. Z drugiej strony wrażliwość może też zniknąć z czasem.

Nadwrażliwość (anafilaksya) stoi w ścisłym związku z nauką o odporności. Richet postawił tezę: Niema uodpornienia bez anafilaksyi. Mowca omawia teoryę Ehrlicha o niwecznikach i t. d. Jad ma powinowactwo bardzo silne do komórek nerwowych, dla tego działa daleko silniej, wstrzyknięty do tkanki nerwowej. Zawiesina mózgu świnek morskich z jadem tężcowym nie działa przy wstrzyknięciu, ponieważ jad jest związany.

Richet wykonał próby z jadem, wyciągniętym z tenakuli aktiniów, który wstrzykiwał psom i zauważył, że zwierzęta ginęły szybciej, jeżeli odpowiednio dobrał czas nowej dawki. Choroba surowicza po pierwszem wstrzyknięciu ma dłuższy okres wylęgania, po drugiem następuje znacznie szybciej. Wreszcie wspomina mowca o doświadczeniach Artusa i Smitha. (Dalszy ciąg bardzo ciekawego wykładu odłożono do następnego posiedzenia).

Dyskusya. Radca Chłapowski dziękuje za bardzo pilnie opracowany wykład i wspomina o trujących własnościach krwi węgorza, o »primula obconica« i t. p. — Kol. Jankowski wspomina że w Nauheim pewien rabin cudotwórca, który nie chciał jeść poziomek, pokazał mu, że w wielu poziomkach były żywe robaki, (o czem rabin w talmudzie znalazł wzmiankę). — Kol. Kapuściński widział u Kaposiego chorego, nie znoszącego poziomek, co uważano za objaw nerwowy. — Kol. Zakrzewski: Ludwig uważał za pierwiastek działający przy jadach owocowych muskarynę. — Kol. Pomorski zapytuje, dlaczego dzieci przy błonicy, jeśli mają zapalenie nerek, są tak wrażliwe na surowicę. — Kol. Łazarewicz: Na zapytanie kol. Pomorskiego możnaby odpowiedzieć, gdyby można wytłomaczyć działanie surowicy 8 dni po wstrzyknięciu. — Radca Chłapowski radzi w takich razach stosować wapno, które działa przeciw wszystkim wysypkom, albo mleko, zawierające wapno. Wspomina o książce Dr Dziarkowskiego' wydanej przed 100 laty: »O poziomce jadalnej« w której autor opisuje różne złe skutki poziomek. — Kol. Karwowski: Pod wpływem pożywienia widzimy nadwrażliwość na światło przy rumieniu lombardzkim (pellagra), powstającym jak wiadomo u ludzi używających zepsutej kukurydzy. — Kol. Zakrzewski wspomina o synku swym, który ma nadwrażliwość na owoce, a co, co do swojej osoby, także potwierdza kol. Kapuściński.

3) Jako delegata na jubileusz Prof. N. Cybulskiego wybrano kol. Łazarewicza, wzgl. Chłapowskiego (pojechał kol. Szulczewski).

4) Kol. Gantkowski przedstawia projekt stałego komitetu zjazdowego na zabór pruski. Komitet ten ma się zajmować organizacyą wycieczek lekarzy wielkopolskich na zjazdy lekarskie polskie. Do komitetu tego wybrano kol. Franciszka Zakrzewskiego jako prezesa, Gantkowskiego jako sekretarza, Karwowskiego jako skarbnika oraz kol. Mieczkowskiego, Dembińskiego, Wróblewskiego z Buku, Rostha ze Śląska, Wilczewskiego z Inowrocławia oraz Karasiewicza z Tucholi.

5) Kol. Gantkowski zaleca zapisywać wyroby poznańsko-śląskiego związku aptekarzy, które dzięki zachodom aptekarza p. Jasińskiego mają także etykiety polskie.

6) Kol. Karwowski przedstawia przyrząd do podtrzymywania wzwodu, który dla pewnego zupełnie płciowo niezdolnego chorego sprowadził z firmy »Kassler Triumphwerk«. Przyrząd umożliwia choremu (niedawno żonatemu) spółkowanie. Adam Karwowski.

XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Prace nad organizacyą XI. Zjazdu znajdują się w pełnym toku. Przed paru dniami odbyło się posiedzenie komitetów przyrodniczo-naukowych Sekcyi XI. Zjazdu, a mianowicie sekcyi filozoficznej, nauk ścisłych; mineralogii, geologii i geografii, sekcyi zoologiczno-anatomicznej, botanicznej, rolniczej, farmaceutycznej. Komitety zdały sprawę z dotychczasowych prac i starań około organizacyi odczytów w tychże sekcyach. Jak dotychczas można na pewno wnosić, że naukowo-przyrodnicza część XI. Zjazdu da poważne wyniki. Między innemi postanowiły sekcye zająć się na Zjeździe sprawą nauczania nauk przyrodniczych w naszych szkołach wyższych. Uchwaliły też, aby przynajmniej jedno posiedzenie, któreby mogło zgromadzić większą ilość sekcyi, poświęcone zostało tej doniosłej sprawie dydaktycznej. Dyskutowano też nad sprawą odczytów na ogólnem posiedzeniu inauguracyjnem i przy zamknięciu Zjazdu.

Na posiedzeniu Komitetów sekcyjnych lekarskich zdano sprawę z przebiegu dotychczasowych prac i zajmowano się wyborem prelegenta do wygłoszenia odczytu na końcowem ogólnem posiedzeniu Zjazdu. Liczne tematy, zgłoszone przez wybitnych uczonych polskich z zakresu nauk lekarskich, dotykają najważniejszych zagadnień z dziedziny medycyny, a omówienie ich fachowe na Zjeździe przynieść musi nietylko czysto naukowy, ale także i praktyczny rezultat. Dyskusye i odczyty, jakie na Zjeździe odbyć się mają, są już przeważnie ustalone i zapowiadają się bardzo poważnie.

Komitet gospodarczy XI. Zjazdu podaje nadto do wiadomości, iż podczas obecnego Zjazdu nie będzie wystawy lekarskiej.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dn. 8. II. posiedzenie, na którem Prof. Kader i prym. Dr Borzęcki przedstawiali przypadki chorobowe, poczem Dr Blassberg miał wykład: »Przetwór »606« w świetle chemoterapii Ehrlicha«. W dyskusyach przemawiali: prym. Dr Borzęcki, Dr H. Hirsch, Dr Eisenberg, Prof. Krzyształowicz, Prof. Reiss, Dr Rydel, Dr Steuermark i Prof. Wicherkiewicz.

— Miasto Oświęcim mianowało swym obywatelem honorowym Dra Antoniego Ślósarczyka, który swą wieloletnią dzia-

łalnością lekarską i pracą na stanowisku radcy miejskiego położył wielkie zasługi.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 29. I. do 4. II. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 14 † 3 (w tem obcych 6 † 2), krztuśca 22, ospy wietrznej 1, płonicy 6, odry 16 † 1 (1 † 1), duru brzusznego 2, czerwonki 1 † 1, gorączki połogowej † 1, róży 2 † 2 (1 † 1).

Dr Janiszewski.

Warszawa. W »Stowarzyszeniu lekarzy warszawskich« wybrany został prezesem Dr Nusbaum, wiceprezesem Dr Chełchowski, skarbnikiem Dr Przyborowski, gospodarzem Dr Reutt, sekretarzem Dr Winiarski.

— Sekcya ginekologiczna Towarzystwa lekarskiego warszawskiego wybrała 27. I. 1911 swym prezesem Dr Neugebauera, wiceprezesami Dr Stankiewicza i Zweigbauma, sekretarzem Dr Szybowskiego.

Z różnych stron. W preliminarzu budżetu austryackiego ministerstwa spraw wewnętrznych na r. 1911 przewidywane są wydatki na płace personalu sanitarnego w kwocie 1,906.807 k., na dotacyę Najwyższej i Krajowych Rad Zdrowia i »różne wydatki sanitarne« 898.320 k. (w porównaniu z r. 1910 więcej o 96.300 k., które przeznaczono na kształcenie lekarzy urzędowych przez przydzielanie ich do zakładów naukowych lub do dyrekcyi większych szpitali). Na 7 państwowych zakładów badania środków spożywczych przeznaczono 334.484 (zakład w Krakowie znajduje się z kwotą 52.362 kor. na drugiem miejscu zaraz po wiedeńskim). W wydatkach nadzwyczajnych przeznaczono 150.000 kor. na koszta obesłania międzynarodowej wystawy higienicznej w Dreznie.

— Prezesem Towarzystwa lekarskiego polskiego w Kijowie został obrany Dr S. Trzebiński.

— Przed paru dniami ukazał się z druku pierwszy zeszyt czasopisma, które jest w swoim rodzaju nowością, gdyż przeznaczone jest wyłącznie dla spraw szpitalnictwa. Pismo to p. t. »Zeitschrift für Kranken- u. Humanitätsanstalten« wychodzi w Opawie na Sląsku austr. pod redakcyą Gustawa Kürmera, rządcy krajowego zakładu dla obłąkanych, wybitnego znawcy szpitalnictwa, a przy współpracownictwie licznych lekarzy i urzędników szpitalnych, techników i prawników. W pierwszym zeszycie oprócz słowa wstępnego znajdują się artykuły: o historycznym rozwoju szpitali i zakładów humanitarnych, o budowie szpitali pod względem techniczno-higienicznym i administracyjnym, o urządzaniu łazienek w szpitalach, o zabezpieczeniu od pożarów, wreszcie bardzo obfita kronika, obejmująca wiadomości o budowie szpitali i zakładów w różnych krajach austryackich, o nowych ustawach i rozporządzeniach i t. p.

Mianowani: Dr Michaelis, współpracownik Instytutu badania chorób zakaźnych w Berlinie, profesorem.

Zmarli: Dr Józef Spielrein, lekarz szpitala starozakonnych na Czystem, w 44 r. ż. w Warszawie.

Redakcya otrzymała: K. Majewski: 1) Poprawa wzroku wskutek urazu. »Nowiny lek.« 1910. 2) Ciąża, a oko. Kraków 1910. 3) Punctum lacrymale quadruplex. »Postęp okulist.« 1910. — Biernacki: Kochsalz und Kaliumsalz. »Zeitschr. f. exp. Path.« 1911.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung. (J. F. Lehmann-Monachium). 1911. Zeszyt 1. (Cena 2·25 M.).

Tegoroczny pierwszy zeszyt pomysłowego tego wydawnictwa jest, stosownie do programu, poświęcony biologii i patologii. Zawiera on pracę Prof. Müllera o ogólnej fizyologii serca i artykuły Prof. Lubarscha: o patologii serca, o tkance chromochłonnej i o patologii cukrzycy, wreszcie krótkie uwagi tegoż samego autora o znaczeniu odczynu Wassermanna w anatomii patologicznej. Szczególniej rozprawki Prof. Lubarscha w tym zeszycie zawarte, mogą obudzić zajęcie, ponieważ dotyczą spraw, będących właśnie na porządku dziennym.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok L. Kraków, dnia 18. lutego 1911. Nr. 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki dermatologicznej Uniw. Jagiell.

O znaczeniu leczniczem arsenobenzolu (606)

skreślili

Prof. Dr Wład. Reiss i **Dr Fr. Krzyształowicz**

Dyrektor kliniki. Prof. nadzw. dermatologii.

Leczenie przetworem Ehrlicha zastosowano w tutejszej klinice dermatologicznej aż do tego czasu ogółem u 74 chorych, których starano się o ile możności zatrzymywać w klinice aż do ustąpienia wszystkich objawów. Nie we wszystkich przypadkach jednak było to możliwe, dlatego dążyliśmy przynajmniej do tego, aby chorzy opuszczali klinikę wtedy, gdy widoczne objawy kliniczne znikały. Prócz tego jednak staraliśmy się czuwać nad dalszym przebiegiem leczenia, ewentualnie nad pojawianiem się nawrotów przez częste przyzywanie chorych do kliniki celem kontroli. Wszystkich chorych badano we wszystkich szczegółach bardzo dokładnie i w całym przebiegu leczenia zapisywano dokładnie wszystkie spostrzeżenia.

Rozczyn przetworu robiliśmy zawsze w prawie jednakowy sposób z małemi tylko odmianami. Przedewszystkiem wsypany do moździerzyka proszek zwilżaliśmy wyskokiem etylowym w ilości 1 cm³, następnie dodawaliśmy 10 do 20 kropli $^1/_{10}$ rozcz. normalnego ługu sodowego i 3—4 cm³ fizyologicznego rozczynu soli kuchennej, wyjałowionego bezpośrednio przed użyciem i jeszcze ciepłego. Przy rozcieraniu przez parę minut powstawał rozczyn czysty w ilości 4—5 cm³ w całości i taką ilość płynu wstrzykiwaliśmy zazwyczaj strzykawką »Record«.

Dla wstrzykiwań śródżylnych rozczyn robiliśmy w podobny sposób z tą małą różnicą, że dodawaliśmy nieco więcej ługu i już w moździerzu więcej rozczynu soli kuchennej i całą tę ilość wlewaliśmy do wyjałowionej flaszki z rozczynem soli kuchennej, przygotowanej do wstrzykiwania do żył.

Takiego sposobu rozpuszczania używaliśmy w zasadzie, kilka tylko wstrzykiwań zrobiliśmy z rozczynu przetworu w soli kuchennej po zwilżeniu wyskokiem bez dodania ługu sodowego. Przyszedłszy jednak do przekonania że rozczyny choćby lekko zasadowe działają silniej, dodawaliśmy zawsze ługu. Podobnie z początku staraliśmy się otrzymywać przez dodawanie naprzemian kwasu octowego i ługu sodowego, badając rozczynem fenolftaleiny, rozczyn obojętny, — przekonawszy się jednak, że niema różnicy ani w rozpuszczalności przetworu, ani w bolesności samego wstrzykiwania, rozpuszczaliśmy przetwór w ługu sodowym i rozczynie soli kuchennej.

Jednolicie również postępowaliśmy w technice wstrzykiwania. Prócz wstrzykiwań śródżylnych wstrzykiwaliśmy zawsze w mięśnie pośladkowe, podobnie jak przetwory rtęciowe i w ilości, jak to wspomnieliśmy, prawie bez wyjątku 4—5 cm³ płynu. (Wyjątkowy przypadek wstrzyknięcia znacznie większej ilości opiszemy poniżej). Bezpośrednio po wstrzykiwaniu dokonywano zawsze mięsienia pośladka dłonią, wykonywając równocześnie ruchy bierne w stawie biodrowym, poczem zakładano okład z octanu glinowego, stosowany i później w ciągu kilku dni. W kilka dni po wstrzykiwaniu zalecano zazwyczaj ciepłą kąpiel, która łagodziła bole utrzymujące się czasami w pośladku i czas dłuższy.

Wstrzykiwania śródżylne robiono w jedną z żył przegubu łokciowego wedle znanych prawideł zapomocą flaszki z dwiema rurkami w korku, z których jedna połączona jest rurką gumową z igłą, przeznaczoną do wkłucia w żyłę. Niepodobna opisywać wszystkich drobnych trudności i niedogodności samej techniki tego rodzaju wstrzykiwań, — trudności, które czynią je niemożliwemi w praktyce codziennej; to też tylko w dobrze urządzonych klinikach i szpitalach sposób ten nadaje się do użycia. Już ienkość żył u danego osobnika, igła niezbyt ostra, przeszkadzają wejściu igły do żyły, albo doprowadzają do jej przebicia na wylot i do przykrych następstw powstającego nacieku, który wytwarza się również łatwo, gdy choć parę kropel płynu dostaje się do tkanki otaczającej. To też niejednokrotnie trzeba żyłę odsłonić, aby dostać się do niej a technika zabiegu wymaga stanowczo więcej asysty, niż zwyczajne wstrzykiwanie. Przyszłość pokaże, o ile wstrzykiwania śródżylne mają znaczenie w sile i jakości działania tego przetworu, zwłaszcza, że już dziś wiemy, iż po nich następować muszą w bardzo krótkim czasie (2—3 dni) wstrzykiwania miąższowe; — z biegiem czasu zatem dopiero będzie można ocenić, o ile wstrzykiwania śródżylne okażą się niezbędne.

Dawki stosowanego przez nas arsenobenzolu wahały w dość obszernych granicach u poszczególnych chorych, bo między 0,3—1,30 gr. Najwyższa dawka, naraz wstrzyknięta miąższowo, wynosiła 0,8, najmniejsza 0,30 gr., ponieważ jednak robiono w niektórych przypadkach dwa, a nawet trzy wstrzyknięcia miąższowe, ilość przetworu dochodziła do 1,30 gr. W jednym przypadku nacieku pierwo-

tnego wstrzyknięto wyjątkowo 1,40 gr., w dwóch dawkach po 0,7 gr. w przeciągu 8 tygodni. Wstrzykiwania śródżylne wynosiły 0,4—0.6 gr. przetworu, po nich zaś następowały zazwyczaj w 2—3 dni wstrzykiwania miąższowe w dawkach 0,5 gr.- 0,6 gr., razem zatem otrzymywali chorzy 0,9—1,0 —1, 1 gr. arsenobenzolu. W jednym przypadku zrobiono dwa wstrzykiwania śródżylne z przerwą 48 godzin w dawkach po 0,4 gr.

W przeważnej liczbie przypadków (50) robiliśmy jedno wstrzykiwanie (0,4—0,8 gr.) w mięśnie pośladkowe, w 11 przypadkach dwa miąższowe, w jednym po dwóch wstrzykiwaniach w mięśnie (0,5 + 0,5 gr.) trzecie (0,3 gr.) do żyły łokciowej. Wreszcie w 9 przypadkach wstrzykiwaliśmy najpierw do żyły, a w 2—3 dni później miąższowo w pośladek, a w jednym, już wspomnianym, dwa razy do żyły.

Zaznaczyliśmy już powyżej, że po wstrzykiwaniach śródżylnych następowały w bardzo krótkim czasie wstrzykiwania miąższowe, — między miąższowemi zaś, gdy je wykonywano dwa lub trzy razy, przerwy były znacznie dłuższe. W tych przypadkach, w których pierwsze dawki były małe (0,3—0,4) powtarzano wstrzykiwania po 9—10 dniach, trzeci raz wstrzykiwano w 3—4 tygodni po drugiem wstrzykiwaniu. Po pierwszych większych dawkach robiono wstrzykiwania drugie zazwyczaj po 3—5 tygodniach. W jednym przypadku, już wspomnianym, czas między wstrzykiwaniami wynosił 8 tygodni, gdyż drugie wykonano wtedy, gdy chory powrócił z rozpadliną w zabliźnionym po pierwszem wstrzykiwaniu nacieku pierwotnym, z której wyciśnięta surowica zawierała wyraźne krętki blade. U chorego (lues maligna) zaś, który otrzymał dwa wstrzykiwania miąższowe (0,5 + 0,50) z przerwą trzech tygodni, wstrzyknięto do żyły małą dawkę (0,3) już po dwóch tygodniach.

M a t e r y a ł n a s z stanowili głównie chorzy, znajdujący się w okresie drugorzędnym kiły (między nimi większość dotąd nieleczonych), w małej części przypadki kiły późnej z mniej lub więcej złośliwym przebiegiem, prócz tego kilka przypadków pierwotnych nacieków kiłowych, nawet bardzo początkowych, tak, że działanie przetworu widzieliśmy u c h o r y c h w r ó ż n y c h o k r e s a c h t e j c h o r o b y. W niektórych przypadkach nacieków pierwotnych odczyn Wassermanna był jeszcze ujemny — to też takie przypadki budziły najwięcej zainteresowania i wymagały najściślejszych spostrzeżeń i po leczeniu.

P r z y p a d y m i e j s c o w e po wstrzykiwaniu przetworu występowały niejednokrotnie zaraz po zabiegu, czasami nieco później, w 1—2 godzin. Chorzy skarżyli się zazwyczaj albo na silny ucisk albo na uciążliwe bóle o znamieniu neuralgicznem, które rozpromieniały się nierzadko w okolicy krzyżowej i wzdłuż nerwu kulszowego. Sposób i siła odczucia bólu zależy w znacznej mierze od stanu nerwowego chorych lub też od jakichś czynników ustrojowych. U niektórych chorych wystąpiły dolegliwości dosyć późno np. dopiero drugiego lub trzeciego dnia po wstrzyknięciu, i wtedy były silne i długotrwałe. Czasami te miejscowe dolegliwości trwały bardzo krótko, w innych przypadkach spostrzegano je przez szereg dni, a nawet tygodni. W tych ostatnich przypadkach ból bywał więcej ograniczony i dotyczył miejsca wstrzykiwania nie rozpromieniając się ku górze i ku dołowi. W przeważnej ilości przypadków powstawał po kilku godzinach lub dniach mniej lub więcej bolesny obrzęk w miejscu wstrzykiwania, który utrudniał w mniejszym lub większym stopniu leżenie, chodzenie, stanie i siedzenie. Te obrzęki zapalne dochodziły w niektórych przypadkach do dość znacznej wielkości; skóra pośladka była wtedy zaczerwieniona, ciepłota miejscowa nieco podniesiona, nigdy jednak nie było chełbotania. Po kilku dniach naciek przybierał pewną stałą postać, w nierzadkich przypadkach mianowicie wyczuwało się w głębi pośladka guz długi, kiełbasowaty, ciągnący się zazwyczaj od kości krzyżowej skośnie aż do krętarza (trochanter). W przeważnej ilości przypadków naciek ten powoli ustępował w przeciągu kilku tygodni. niejednokrotnie jednak trwał znacznie dłużej i nawet po 8—10 tygodniach wyczuć można było naciek, wprawdzie niebolesny, ale utrudniający więcej skomplikowane ruchy.

Tylko w niewielu przypadkach towarzyszyły wstrzykiwaniu tylko nieznaczne dolegliwości w okolicy pośladka, tak że chorzy wkrótce po zabiegu mogli swobodnie chodzić. Znamienne jest, że byli to właśnie ci chorzy, u których ciepłota podnosiła się tylko bardzo nieznacznie i dochodziła wysokości zwyczajnie spostrzeganej (do 38° C). U dwóch młodych chorych przebiegało całe leczenie bez śladu bólu, mimo że wstrzyknięta ilość i odczyn płynu nie różniły się od używanych do innych wstrzykiwań, wywołujących wybitniejszy odczyn. Zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości, że ilość wstrzykniętego płynu jakoteż zasadowość jego są najważniejszymi czynnikami w wywoływaniu przypadłości miejscowych. Szereg tego rodzaju przypadków potwierdził to spostrzeżenie. W ogólności jednak można stwierdzić, że chorzy znosili wstrzykiwania arsenobenzolu wcale nieźle.

Niewątpliwie najwybitniejszym objawem, spostrzeganym po wstrzykiwaniach, jest p o d n i e s i e n i e c i e p ł o t y, które utrzymywało się w naszych przypadkach zazwyczaj tylko krótki czas, bo 6—8 dni. Nierzadko w dniu wstrzykiwania ciepłota podnosiła się niewiele ponad 37° C, a dopiero drugiego, trzeciego lub czwartego dnia dochodziła do maksimum, które zazwyczaj przekraczało niewiele 38° C. W wielu przypadkach już pierwszego dnia gorączka dochodziła do 38° C lub nieco powyżej, w największej jednak ilości przypadków najwyższe wzniesienie przypadało na trzecią lub czwartą dobę po wstrzykiwaniu miąższowem. Wogóle powiedzieć można, że zachowanie się gorączki było bardzo osobnicze, tak co do czasu trwania, jak i jej wysokości. Podniesienia jednak po wstrzykiwaniach miąższowych nie były znaczne, rzadko dochodziły do 39° C, a wyjątkowo przechodziły tę granicę. Czas trwania gorączki był, jak wspomnieliśmy, krótki, czasami już 5-go lub 6-go dnia był stan bezgorączkowy, w niektórych przypadkach jednak podniesienie ciepłoty utrzymywało się dłużej, bo do 10-go, a nawet do kilkunastu dni, chociaż tylko w małej wysokości (między 37—38° C).

Trudno rozstrzygać napewno, co w tych ostatnich przypadkach było przyczyną utrzymywania się gorączki ponad zwyczajny przeciąg czasu, jednakże zauważyć można pewien związek między tym odczynem, a utrzymującymi się naciekami w mięśniach. Przypuszczać zatem można, że d ł u ż e j t r w a j ą c a g o r ą c z k a m a z a p r z y c z y n ę o d c z y n m i e j s c o w y w miejscu wstrzykiwania — uszkodzenie tkanek i wsysanie się produktów, powstałych przez zniszczenie tkanki wstrzykniętym płynem.

Po drugiem wstrzykiwaniu gorączka dochodziła mniej więcej do tej samej wysokości i trwała tak samo długo, jak po pierwszem wstrzykiwaniu — czasami była wyższa, znacznie częściej niższa i krócej trwająca. Nieco wyższe gorączki spostrzegaliśmy po wstrzykiwaniu w przypadkach kiły złośliwej, chociaż po drugiem wstrzykiwaniu odczyn był zazwyczaj nieco słabszy. Objaw ten tłomaczyćby można ogólnem osłabieniem ustroju, który w czasie drugiego wstrzykiwania zdołał się skrzepić.

Znacznie wyższe podniesienia ciepłoty zaznaczaliśmy po wstrzykiwaniach śródżylnych, ale zazwyczaj tylko krótkotrwałe. Już w godzinę po wstrzykiwaniu ciepłota podnosiła się nawet do 40° C, a raz nawet powyżej, ale najczęściej już po paru godzinach opadała, jeżeli niezupełnie do stanu prawidłowego, to przynajmniej o 1° C niżej. Drugiego dnia po wstrzykiwaniu ciepłota albo podnosiła się jeszcze, chociaż rzadko do 38° C, albo pozostawała prawidłową. W niektórych przypadkach utrzymywała się dłużej, co by trudno było odnosić do działania leku, a raczej tłomaczyć należy powstawaniem nacieków po niezupełnie udałych wstrzykiwaniach w miejscu wstrzyknięcia, a zatem wtedy, gdy dostało się choćby parę kropli wstrzykiwanego płynu do tkanki otaczającej żyłę, czego czasami, jak wspomnieliśmy, nie podobna prawie uniknąć ze względu na samą technikę wstrzykiwania.

Podniesienia ciepłoty po wstrzykiwaniach miąższowych, robionych w parę dni po śródżylnych, nie były również wysokie, czasami nawet niższe niż bez poprzedzających śródżylnych.

Dalej wspomnieć trzeba, że nie zauważyliśmy wpływu wielkości dawki na podniesienie się ciepłoty po wstrzykiwaniu. W jednych przypadkach dawka 0,40 gr. wywoływała gorączkę powyżej 38° C., w innych po dawce prawie podwójnej (0,7) ciepłota zwiększała się tylko nieznacznie i trwała krótko.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Z kliniki chirurgicznej U. J. (Dyrektor Prof. Dr B. Kader).

Umocowanie wątroby sposobem Haaslera.

Podał

Dr Z. Radliński.

W r. 1907 podał Haasler sposób umocowywania opadniętej wątroby (hepatopexia), polegający na wytworzeniu nowego więzadła z powłoki surowiczej pęcherzyka żółciowego. W odpowiednich przypadkach, a więc tam, gdzie istnieje wskazanie do wycięcia pęcherzyka, gdzie stan ściany pęcherzyka na to pozwala i gdzie jest częściowe opadnięcie wątroby (hepatoptosis), wykonuje Haasler naprzód podsurowicze wycięcie pęcherzyka sposobem podanym przez Witzla. Witzel robił to w celu nieobnażania miąższu wątrobnego przy wycięciu pęcherzyka; Haasler z tem się nie liczy, jak zresztą większość chirurgów, i ma na celu z pozostałej powłoki pęcherzyka uzyskać mocną taśmę łącznotkankową. Taśmę tę przeciąga on przez otwór, umyślnie zrobiony na tępo w miąższu przedniego brzegu wątroby, na jej górną powierzchnię i tam jej koniec umocowuje szwami do tylnej powierzchni VIII. żebra ku zewnątrz od tętnicy sutkowej wewnętrznej (a. mammaria int.). Haasler operował w ten sposób 7 przypadków z wynikiem pomyślnym.

Poniżej daję opis przypadku, który operowałem 12. grudnia r. z. i w którym wyzyskałem pomysł Haaslera do umocowania wątroby, nie trzymając się jednak ściśle podanej przez niego metody.

Chora l. 48. Osiem lat temu przeszła dur brzuszny W tymże roku rozpoczęły się napady bólów w podżebrzu prawem, które występowały początkowo rzadko, a w ostatnim roku nasiliły się znacznie i stały tak częste, że skłoniły chorą do zgłoszenia się do kliniki. Sześć lat temu prócz bolów — żółtaczka, trwająca kilka tygodni. Bóle rozpromieniają się między łopatki, towarzyszą im nudności i wymioty. Wywiady zupełnie typowe dla napadów kamicy żółciowej, nie pozwalające jednak na wnioski o przebyciu stanów zakaźnych i ostrozapalnych w drogach żółciowych.

Badanie chorej wykazuje, co następuje: osobnik miernie zbudowany i odżywiony. Powłoki brzuszne wiotkie, skóra pomarszczona, zwłaszcza w dolnej połowie brzucha, gdzie są również liczne pręgi po przebytych 5 ciążach. Prawostronna przepuklina udowa wielkości jaja kurzego. Narządy oddychania, krążenia — bez zmian, mocz prawidłowy.

W jamie brzusznej nie stwierdza się zmian innych, prócz ze strony wątroby. Wątroba ma duży płat sznurówkowy, wytworzony z prawego płata wątroby i opuszczający się aż do talerza biodrowego. Ostry przedni brzeg płata odsznurowanego wyczuwa się wyraźnie; przebiega on pionowo cokolwiek na zewnątrz od linii sutkowej. Ku górze płat odsznurowany łączy się z resztą wątroby, której brzeg przedni jest obniżony i wyczuwalny wyraźnie cokolwiek ponad poziomem pępka (anteflexio hepatis). Tworu, któryby odpowiadał pęcherzykowi żółciowemu wymacywaniem stwierdzić nie można. Jedynie większa wrażliwość przy dotyku miejsca, odpowiadającego połączeniu płata odsznurowanego z resztą wątroby, nasuwa przypuszczenie o znajdującym się tu schorzałym pęcherzyku.

R o z p o z n a n i e: Kamica żółciowa (?), częściowe opadnięcie wątroby, płat sznurówkowy.

W znieczuleniu zapomocą dwukrotnego wstrzyknięcia po 0,02 pantoponu (Roche) i 0·00035 skopolaminy z dodatkiem na chwilę przed rozpoczęciem zabiegu nieznacznej ilości chloroformu do wdychania, otworzyłem jamę brzuszną cięciem skośnem, przebiegającem o szerokość palca poniżej łuku żebrowego w linii sutkowej, a dochodzącem do linii środkowej ku wewnątrz, a ku zewnątrz do linii pachowej średniej. W całej linii cięcia ukazała się naprzód górna powierzchnia wątroby. Po uniesieniu ku górze jej przedniego brzegu znalazłem pęcherzyk żółciowy, pokryty licznymi zrostami, łączącymi go zarówno z przednią ścianą odźwiernikowej części żołądka, jak i z okrężnicą poprzeczną. Po rozcięciu wszystkich zrostów między podwiązkami i obmacaniu pęcherzyka i dróg żółciowych przekonałem się o nieobecności kamieni. Zrosty świadczyły o przebytych stanach zapalnych pęcherzyka. Za tem również przemawiała zgrubiała ściana niepowiększonego pęcherzyka.

Płat sznurówkowy stanowił mniej więcej $^1/_3$ ogólnej wielkości wątroby, oddzielony był od niej bruzdą, przebiegającą mniej więcej strzałkowo i rozpoczynającą się o szerokość 2 palców ku zewnątrz od wcięcia pęcherzykowego. Dno bruzdy wysłane szarawą tkanką łączną. Odpowiednio do bruzdy grubość wątroby zmniejszona tak, iż można wykonać ruchy wahadłowe płatem odsznurowanym, jakby na zawiasie.

Naprzód wykonałem oddzielenie pęcherzyka żółciowego od wątroby i wyosobnienie przewodu pęcherzykowego aż do przewodu żółciowego wspólnego. Wzdłuż dolnej po-

wierzchni pęcherzyka naciąłem jego powłokę surowiczą i odpreparowałem ją od mięśniówki stopniowo naokoło całego pęcherzyka. Szło to dość łatwo; w paru tylko miejscach na powłoce powstały nieznaczne naddarcia. Wyosobniwszy »miąższ« pęcherzyka aż do przewodu pęcherzykowego i na samym przewodzie również odpreparowawszy błonę surowiczą od mięśniowej, zgniotłem mięśniową część przewodu blizko przewodu wspólnego, nie ujmując w zgniatacz błony surowiczej. Podwiązka z katgutu na bruzdę ze zgniecenia powstałą, odcięcie pęcherzyka jednem cięciem nożyczek. Miałem teraz powłokę surowiczą pęcherzyka w postaci mocnej taśmy z tkanki łącznej. Umocowanie wątroby na tej jednej taśmie wydało mi się za mało pewne, a przytem obawiałem się przez zawieszenie na niej całego ciężaru wątroby wywołać kątowe przegięcie przewodu wątrobnego i wspólnego i możliwość ich zaciśnięcia na miejscu ich połączenia przez zbyt silne pociąganie ku przodowi za przewód pęcherzykowy. Dla tego postanowiłem dodatkowo umocować płat odsznurowany do wewnętrznej powierzchni łuku żebrowego. Wycięcia płatu zaniechałem ze względu na jego wielkość i prawidłowe wejrzenie. Założyłem 3 szwy z najgrubszego katgutu (Nr 8) ujmujące otrzewnę i warstwę mięśniową (przeponę) na łuku żebrowym i przechodzące przez miąższ brzegu płata odsznurowanego. Szwy założyłem w odległości około 2 cm. jeden od drugiego. Górną powierzchnię płata na znacznej powierzchni oskrobałem zlekka nożem, (nie wywołując krwawienia), a prócz tego stosownie do rady Rovsinga, zrobiłem liczne drobne nakłucia (skaryfikacye) aby uzyskać mocniejszy zrost z dolną powierzchnią przepony. Szwy zawiązałem na dolnej powierzchni wątroby, poczem płat odsznurowany stanął w miejscu prawidłowem, a zwisał tylko przedni brzeg wątroby bliżej ku linii środkowej. Przy pociąganiu ku górze wiązadła, uzyskanego z pęcherzyka, i ta część wątroby zajmowała miejsce prawidłowe. Teraz dwoma szwami z katgutu średniej grubości przyszyłem nowe wiązadło do przedniej ściany brzusznej i nadmiar jego, około 2 cm. obciąłem. Tampon z gazy na okolicę przeciętego przewodu pęcherzykowego, dwa wązkie paski gazy pomiędzy szwy katgutowe na płacie odsznurowanym pomiędzy wątrobą a przeponą. Typowy piętrowy szew rany brzusznej z wyjątkiem otworu dla wypuszczenia tamponu z pod wątroby i małej szczeliny, przepuszczającej paski gazy w linii pachowej przedniej.

Od sposobu Haaslera odstąpiłem tu, nie prowadząc nowego wiązadła przez otwór w wątrobie na jej górną powierzchnię i dodając do pomocy nowemu więzadłu jeszcze 3 szwy katgutowe na płacie odsznurowanym.

Już zaraz po zawiązaniu szwów odniosło się wrażenie że umocowanie wątroby jest pewne i mocne, odpowiada jej wadze, i że wątroba leży w miejscu zupełnie prawidłowem.

Korzystając ze znieczulenia, które od połowy mniej więcej zabiegu utrzymywało się zupełnie bez dodawania chloroformu, (nieznaczne zaburzenie w oddychaniu opanowane zostało kilkunastu rytmami sztucznego oddychania) wykonał kol. Warzeszkiewicz prócz tego doszczętną operacyę przepukliny udowej sposobem prof. Kadera z moją odmianą.

Przebieg pooperacyjny zupełnie gładki. Chorą pozostawiłem w łóżku przez 4 tygodnie; rany zagoiły się doraźnie z wyjątkiem otworów tamponowanych, które szybko wypełniły się ziarniną.

W sześć tygodni po operacyi przedstawiłem chorą w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem. Można było wówczas stwierdzić, że wątroba zajmuje miejsce prawidłowe, jest niemacalna. Bóle ustąpiły zupełnie.

Przy opisanem postępowaniu, zarówno jak przy sposobie Haaslera wydaje mi się, że nie zupełnie jest wyłączoną możliwość przegięcia i zaciśnięcia przewodów żółciowych przez pociąganie za przewód pęcherzykowy. Wobec tego w następnym odpowiednim przypadku zamierzam przewód pęcherzykowy przeciąć zupełnie tuż przy przewodzie wspólnym i pociągając go ku przodowi wraz z nim oddzielić od dolnej powierzchni wątroby tylną $1/2 - 2/3$ pęcherzyka, pozostawiając przednią część w związku z wątrobą. Teraz dopiero nastąpiłoby nacięcie błony surowiczej pęcherzyka, wyosobnienie i usunięcie »miąższu« pęcherzyka. Uzyskana taśma łącznotkankowa pozostaje w związku z dolną powierzchnią wątroby, a nie ma żadnej łączności z przewodami. Uwzględniam tu mocniejszy jak wiemy związek pęcherzyka żółciowego z wątrobą w przedniej jego części w porównaniu z luźnym przeważnie związkiem w tylnej. Wolny koniec taśmy, wiązadła, odpowiadający przewodowi pęcherzykowemu da się teraz umocować wprost szwami do tylnej powierzchni łuku żebrowego, albo też po przeprowadzeniu przez kanał, zrobiony na tępo w miąższu wątroby ku jej górnej powierzchni. W razie potrzeby dodać można prócz tego szwy z katgutu przez miąższ brzegu wątroby na płacie odsznurowanym, jak w opisanym przypadku.

Piśmiennictwo. 1) Bergmann, Bruns, Mikulicz. Podręcznik chir. szczegół. Wyd. II. 1902. T. 3 str. 490. Hepatoptosis. — 2) Haasler. Ueber Cholecystectomie. Obrady 36 Zjazdu Chirurgów w Berlinie 1907. Str. 481. II. — 3) Pels-Leusden. Chirurgische Operationslehre 1910. Str. 618.

Z zakładu fizyologicznego U. J. Prof. Cybulskiego.

Metoda elektrokardyograficzna, jej znaczenie, oraz zastosowanie kliniczne.

Podał

Dr med. Maryan Eiger.

(Rzecz, przedstawiona na posiedzeniu krakowskiego Tow. lekarskiego d. 30. grudnia 1910 r.).

(Dokończenie).

II. Galwanometr strunowy dzięki swej czułości i dokładności przedstawił oczom badaczy tyle szczegółów, chociażby w postaci załamków krzywej, że trzeba było odpowiedzieć na pytanie, dlaczego powstają takie załamki, a nie inne, i od czego zależy kierunek tych odchyleń. Ponieważ wyjaśnienie zjawisk tych wymagało z jednej strony znajomości najbardziej subtelnych zjawisk elektrofizyologii, a z drugiej strony dokładnej znajomości patologii chorób sercowych, które przedstawiają całe mnóstwo najrozmaitszych stanów serca i nieraz niezwykle trudno dających się wytłómaczyć kombinacyi tych stanów, więc nic dziwnego, że początkowe teorye, objaśniające powstawanie krzywej prawidłowej i patologicznej, nie mogły odrazu być tak ścisłe, ażeby ująć wszystkie zjawiska elektrokardyograficzne i kliniczne w jednolitą jakąś całość. Einthoven, łącząc słusznie przesuwanie się elektrycznego stanu czynnego z falą mechanicznego skurczu mięśnia, zupełnie jednakże dowolnie uzależnił powstawanie załamka R od prawej komory, załamka S od wierzchołka lewej komory, a powstawanie T ujemnego lub dodatniego od stanu pobudzenia prawej lub lewej połowy serca, bo jak widzieliśmy, wszystkie te załamki powstają w sercu jednokomorowem żaby i ryby. Einthoven, rozwijając swą teoryę, doszedł do przekonania, że pauza pomiędzy S i T świadczy jakoby o tem, iż wszystkie włókna komór są jednakowo czynne i skutkiem tego nie otrzymujemy żadnego odchylenia; jeżeli ten skurcz całej masy ko-

mór kończy się jednocześnie, to załamek T nie występuje. T więc zdaniem Einthovena świadczy o końcu nierównomiernym tego ogólnego skurczu mięśnia. Teorya Einthovena, na szczęście niesłuszna, doprowadziła go nawet do tego, że załamki S, R i T odpowiadają niezawsze jednakowym okresom skurczów sercowych. Nie uświadomił sobie genialny twórca galwanometru strunowego, że tą swoją teoryą mógł zniszczyć całą wartość metody elektrokardyograficznej, gdyż jeżeliby jeden i ten sam załamek odpowiadał różnym okresom skurczu serca, to nie mielibyśmy możności skontrolowania, z czem właściwie w każdym poszczególnym przypadku mieliśmy do czynienia?

Z innych teoryi wspomnimy tu pokrótce o teoryi Nicolaia i Krausa, podług której wzniesienie się załamka R do góry zależy od tego, że najpierw pobudzona jest podstawa komory, a jej załamek ku dołowi S zależny jest od tego, że stan czynny elektryczny przeszedł do wierzchołka, a załamek T, zwrócony w tę samą stronę, co załamek R, zależny jest od tego, że stan czynny pojawił się znowu u podstawy komory. Całą krzywą elektrokardyograficzną Nicolai i Kraus uważają za algebraiczną sumę prądów najrozmaitszych, które płyną po części w przeciwnych jakoby kierunkach. Podobną do teoryi Nicolaia i Krausa jest teorya embryologiczna Gotcha, która objaśnia kierunek załamków kierunkiem włókien serca w zależności od zagięć komory, powstających w komorze w okresie rozwoju zarodkowego, podczas którego, jak wiadomo, u zwierząt wyższych serce z rury naczyniowej mniej więcej prostej przechodzi w formę, zbliżoną do odwróconej litery S. Wreszcie Rothberger i Eppinger zapatrują się na elektrokardyogram, jako na wynik dwóch sił działających antagonistycznie we włóknach komory podłużnych i kolistych. Podłużne włókna wywołują jakoby podnoszenie się, a koliste opadanie struny, a przeto i linii załamków. Wszystkie te teorye nie wytrzymują krytyki anatomo-porównawczej, gdyż w sercach zarówno składających się z jednej komory, jak i nieposiadających mięśni brodawkowych, (odgrywających wielką rolę w teoryi Nicolaia), jak n. p. u żab zarówno, jak u ryb, u których przedsionek i komora leżą na jednej linii, otrzymujemy takiesame załamki, jak n. p. u psa i człowieka.

Wreszcie zarówno Einthoven, Nicolai, jak Kraus i Gotch i inni autorowie twierdzą, jakoby cała część krzywej od R do końca T świadczyła o tem, iż kurczą się wprawdzie wszystkie mięśnie, lecz że prądy w sumie dają O i nie wywołują drgań struny. Jeżelibyśmy na chwilę przyjęli ich teorye, to musielibyśmy dojść na zasadzie obliczeń, że przestrzeń od podstawy komory serca żabiego do wierzchołka, przechodzi stan czynny elektryczny od $^1/_{60}$ do $^2/_{60}$ sekundy, co odpowiada rzeczywistej długości komory u żaby (5—10 mm.), podczas gdy odwrotną drogę tęsamą od wierzchołka do podstawy komory stan czynny przebywa w ciągu całej niemal sekundy, co odpowiada drodze wielokroć dłuższej.

Ponieważ prąd elektryczny idzie zawsze drogą najmniejszego oporu, ponieważ włókna mięśniowe w sercu, każde poszczególne, połączone są mostkami, opisanymi przez Przewoskiego, a wszystkie systemy włókien sercowych są również połączone z sobą, jak to wynika z opisów Ludwiga, Hisa, Albrechta i t. d., to niezrozumiałym byłby fakt, dlaczego stan elektryczny miałby się przesuwać pomiędzy dwoma tymi samymi punktami, raz drogą mającą przeciętnie 7 milimetrów, a drugą mającą aż trzy metry niemal.

Odmiennie zapatruje się na zjawiska te Cybulski. Doszedł on do przekonania na zasadzie swych doświadczeń, że na mięsień nawet nieuszkodzony, względnie włókienko nerwowe, zapatrywać się należy, jako na szereg bateryi elektrycznych, w której wbrew twierdzeniu Hermana, a zgodnie ze zdaniem Du Bois Reymonda, stale wytwarza się prąd. Przekonał się on, że w mięśniu właściwie mamy do czynienia ze zwykłemi zjawiskami elektrochemicznemi, zależnemi od przemiany materyi w tkankach żywych. Wiadomo bowiem, że cały szereg związków chemicznych, jak n. p. kwasy, sole i zasady, rozpuszczone w wodzie, rozkładają się na dwie części, z których jedna posiada w sobie ładunek dodatni, druga ujemny. Te dwie części nazywami jonami. Otóż te dwa jony ulegają dyfuzyi i osmozie, gdy się znajdują w rozczynach o różnych zgęszczeniach, przyczem każdy jon posiada sobie właściwą ruchliwość. Dzięki tej różnicy ruchliwości jonów powstają także różnice potencyału elektrycznego, które rzeczywiście są powodem powstawania prądu. Dodatnie jony, przesuwają się szybciej i są zawsze na przodzie, ujemne pozostają nieco w tyle. Oto, jak twierdzi Cybulski, jest najprawdopodobniejsze źródło prądów, które spostrzegamy w tkankach, a więc w mięśniu i sercu. I w istocie w każdej tkance żywej odróżniamy dwa zasadnicze procesy; jeden polega na syntezie, na asymilacyi, drugi proces polega na dezasymilacyi, na rozkładzie żywej materyi. Oczywiście, że w obu procesach muszą powstawać nowe substancye. Te substancye jako jony ulegają dyfuzyi i w ten sposób wywołują różnicę potencyału, a więc powstawanie prądów. Gdy mięsień jest w spoczynku, dowodzi Cybulski, i odbywa się w nim asymilacya, prąd ma kierunek od dołu ku górze, jest przeto w mięśniu wstępujący, gdy zaś mięsień się kurczy, jest czynny, to prąd staje się odwrotnym i jest zstępujący. Jest to najważniejszy, podstawowy punkt całej elektrofizyologii mięśni i fakt ten pozwala w zupełności, bez uciekania się do rozmaitych odwoływań, jak to uczynił Einthoven w sprawie załamka Q, albo Nicolai w sprawie lewej i prawej połowy serca, ująć zjawisko krzywej elektrokardyograficznej w ściśle określone ramy i objaśnić wszystkie zdaje się bez wyjątku dotychczas znane w piśmiennictwie krzywe i ich załamki zapomocą stałych, dających się określić faktów.

Jeżeli bowiem spojrzymy na krzywą jednokomorowego serca żabiego, otrzymaną w ten sposób, że jedna elektroda była na przedsionku, a druga na środku komory, to występują w niej wszystkie znane załamki, przyczem załamek S występuje bardzo wyraźnie. (Patrz ryc. 5 i 2 B).

Jeżeli porównamy tę krzywą z krzywą tegosamego serca żabiego z tą różnicą, że elektrodę dolną ustawimy nie na środku komory, lecz na koniuszku, to otrzymujemy zawsze krzywą bez załamka S (ryc. 2 A). Że załamek S stanowczo nie zależy od lewej lub prawej komory, wynika z tego, że żaba zarówno, jak i ryby, mają jedną tylko komorę, musimy więc dojść do przekonania, że powstanie załamka S zależne jest od tego, cośmy uczynili, t. j. od przesunięcia elektrody ku koniuszkowi serca. I w istocie na krzywej

pierwszej, gdy elektroda umieszczona jest na środku komory, spostrzegamy następujące zjawisko. Gdy zaczynają przesuwać się jony, przesuwają się one w ten sposób w mięśniu, że posiadające większą szybkość jony dodatnie są na przodzie, jony zaś ujemne pozostają w tyle. Skutkiem tego górna elektroda jest ujemną, a stojąca w pośrodku komory jest dodatnią i otrzymujemy wychylenia R, idące ku górze. Gdy jednakże stan czynny elektryczny przesunie się ku koniuszkowi, wtedy elektroda, na środku komory będąca, pozostaje w tyle jonów, czyli zbiera jony ujemne. Elektroda ta staje się ujemną, musimy przeto otrzymać kierunek prądu odwrotny, a więc i załamek S odwrotny do poprzedniego R. Wystarcza jednak przesunąć elektrodę na koniuszek, by otrzymać jedno tylko zjawisko, mianowicie: że elektroda górna jest ujemną, elektroda zaś na koniuszku serca jest dodatnią i wystąpi tylko załamek R, a załamek S w takich warunkach już powstać nie może. To doświadczenie możemy powtórzyć na temsamem kurczącem się sercu żaby dowolną ilość razy.

To co powiedzieliśmy o komorze, to samo oczywiście musi stosować się i do przedsionka, bo właściwie różnicy zasadniczej pod względem występowania zjawisk elektrycznych w komorach i przedsionkach być nie może. I rzeczywiście na krzywych, otrzymywanych z serc żab*), psów, a nieraz i ludzkich, **otrzymujemy takiesame w zasadzie zjawiska**, takąsamą dwufazowość odchylenia, jakie spostrzegamy w komorze. Różnica polega tylko na tem, że gdy w komorach stan czynny, równie jak fala skurczu, zaczyna się od bruzdy poprzecznej i idzie ku koniuszkowi (właściwie więc od góry ku dołowi) i daje odchylenie R, to, jak wiadomo, w przedsionkach zaczyna się fala skurczu i stan czynny u wpustu żyły głównej dolnej i musi przejść jeszcze przeto drogę dodatkowo najprzód ku górze i dlatego w krzywej przedsionka spostrzegamy pierwszą fazę odwrotną do R, a później dopiero drugą, idącą w tymsamym kierunku, co załamek R.

Na zasadzie krzywych naszych moglibyśmy się nawet posunąć tak daleko, że i przedsionki dają odchylenie T; lecz o załamku T będę mówić za chwilę.

Tymczasem pragnę, korzystając z krzywych Einthovena, dowieść, że wszystkie niemal zjawiska, występujące w krzywej przy przerostach serca, dają się wytłómaczyć łatwo zapomocą teoryi, tutaj dziś bronionej. Einthoven doszedł dziś do przekonania, jakoby zawsze przy przerostach prawego serca występowało charakterystycznie bardzo wybitne R, a przy przerostach lewego serca R nie występowało wcale lub tylko bardzo słabo, natomiast występowało tylko wybitne S. I Einthoven uzależnia te rzeczywiście często powstające zmiany krzywej przy przerostach od zmiany stanu pobudzenia, stanu czynnego w różnych miejscach mięśnia sercowego. Że tłómaczenie jego jest niesłuszne, postaramy się dowieść na jego własnych dwóch krzywych. Na pierwszej krzywej**) przy przeroście lewego serca widzimy rzeczywiście bardzo małe R, a bardzo wybitne S. Jednakże krzywa druga, u tegosamego chorego otrzymana niezwłocznie po pierwszej, wykazuje naodwrót wybitne R, a S zaledwie dostrzegalne. Skąd mogła powstać różnica w tych dwóch krzywych, otrzymanych prawie jednocześnie u tegosamego chorego? Wszak nie zmienił się sam chory, ani kierunek włókien jego serca, ani miejsce powstawania stanu czynnego, ani bieg jego, ani kierunek fali skurczu. Różnica powstała stąd, że krzywą pierwszą otrzymał Einthoven z lewej ręki i z lewej nogi, natomiast drugą krzywą otrzymał przy odprowadzaniu prądu od obydwu rąk. Zamiast więc mówić o zmianie miejsca powstawania stanu czynnego w rozmaitych jakoby miejscach mięśnia sercowego tegosamego chorego, powinien był Einthoven dojść do wniosku, że tylko odprowadzenie wpłynęło na obraz krzywej, a nie zmiana stanu podrażnienia serca. Jeżeli przypomną sobie Panowie to, co mówiliśmy o powstawaniu załamka S w sercu żaby, to zrozumieją Panowie, dlaczego przy odprowadzeniu od obojga rąk otrzymał Einthoven przy przeroście lewego serca u tegosamego chorego wysokie R, gdy przy odprowadzaniu od ręki i nogi otrzymał małe R, a duże S. Ta zmiana krzywej u tegosamego chorego zależy rzeczywiście tylko od sposobu odprowadzania prądu. I w istocie wiemy, że przy przeroście lewego serca, wywołanym np. wadami zastawkowemi aorty, koniec serca leży niżej, niż zwykle. Ta więc linia ubocznego zamknięcia, która u zdrowego odprowadzała prąd od końca serca do nogi, odprowadzać będzie od serca przerosłego już nie od koniuszka, lecz od środka komory. I mamy tesame przenoszenia się jonów, jakie spostrzegaliśmy u żaby, gdyśmy odprowadzali prąd od środka komory, t. j. wybitne S. Przy odprowadzaniu od obu rąk nie otrzymujemy tego, bo przerosła komora lewa nie przesuwa się ku górze, lub przesuwa się bardzo nieznacznie. Natomiast jeżeli Einthoven nie spostrzegał przy przerostach prawego serca wzrastania S, a natomiast wzrastanie tylko zwykłego R, to jest to zupełnie zrozumiałe i wynika z anatomicznego położenia serca.

Jak Panom wiadomo, serce leży tak, że przy przerostach prawego serca nie wyciąga się ono zwykle ku dołowi, lecz tylko rozszerza lub podnosi się ku górze. A że przerosłe serce daje wogóle wychylenie wybitniejsze, wynika to stąd, że przerosły mięsień, jako szerszy, stwarza lepsze stosunki przewodnictwa, a skutkiem rozrostu często tkanki mięsnej serca powiększa się w myśl teoryi Cybulskiego ilość bateryi elektrycznych, co wpływa na zwiększania się prądu, a przeto i na większe wychylenia struny. Lecz klinicysta nie powinien zapominać, że przemieszczenie serca zależy nietylko od samego przerostu, lecz i od całego szeregu czynników innych, jak od stanu przepony, od oddychania, od stanu płuc, od zrostów, obecności płynu etc., co zresztą bardzo dokładnie opisał Sahli. Z tego więc widzą Panowie, że strunowy galwanometr pozwoli stwierdzać przerosty serca i związać przerosty te z topograficznem położeniem przerosłej części. Opukiwanie i rentgenografia serca połączone być muszą z metodą Kautenberga i Minkowskiego określania stanu lewego przedsionka, metodą określania żylnego tętna i metodą elektrokardyograficzną.

W podobny sposób objaśnić możemy fakt, spostrzeżony przez Heubnera i Nicolaia, fakt otrzymania załamka S u oseskόw i dzieci. Wiadomo bowiem, że u noworodków i dzieci małych koniuszek serca leży na zewnątrz od linii sutkowej. Zwykła więc linia ubocznego zamknięcia poprzez

---

*) Dokładny opis załamków przedsionkowych i krzywej serc limfatycznych pojawi się wkrótce w druku wraz z opisem doświadczeń.

**) Einthoven. Pflüger's Archiv. für die ges. Physiologie T. 122, 1908, str. 569, fig. 30 i fig. 31.

rękę i nogę przypada nie na koniuszek, który może być nawet wyżej, lecz na środek komory; również w ten sposób tłomaczymy sobie powstawanie S przy głębokim wdechu.

Z punktu widzenia tego poglądu możemy również objaśniać i rozdwojenie się załamka R i S, co do których Einthoven i Kahn nie mogą udzielić żadnych objaśnień i również załamek Q, lecz uczynimy to dokładniej na innem miejscu.

Na zakończenie słów parę o załamku T. Mówiliśmy już przedtem, że załamek T nie może zależeć od skurczu mięśni podstawy komory, tak jak to sobie wyobraża Nicolai lub Einthoven, gdyż na to nie pozwalają obliczenia szybkości przenoszenia się stanu czynnego. Do tego dowodu dodać musimy jeszcze i to, że pod wpływem środków usypiających, np. chloroformu i eteru, zmienia się załamek T i krzywa całego okresu skurczu mechanicznego komór ma kierunek odwrotny, a w szczególności ten fakt, że u tegosamego osobnika zdrowego całe T zmienia się na dodatnie lub ujemne lub nie otrzymuje się go wcale. Trudno przypuścić, aby pod wpływem środków, np. chloroformu, kierunek skurczu mięśnia zwłaszcza sercowego, a więc może i fali krwi, zmieniał się dowolnie.

Wszystko to przemawia za tem, że odchylenie T nie jest zależne od przechodzenia fali skurczowej i związanego z nim stanu czynnego elektrycznego. Inne zupełnie jest pochodzenie tego załamka. Mówiliśmy już, że przy asymilacyi i dezasymilacyi w komórce mięsnej powstają jony, które są powodem różnicy potencyałów elektrycznych i powstawania prądów.

Załamek T tym właśnie wewnętrznym procesom chemicznym anabolizmu i katabolizmu zawdzięcza swe powstanie. Zrozumiałe się staje wówczas, że załamek T dodatni, świadczący u żaby i psa o odtwarzaniu się tkanki, staje się pod wpływem środka usypiającego, t. j. poniekąd trującego, ujemnym, co świadczy o rozpadzie wewnątrz tkanki mięsnej. Zrozumiałem się wówczas również staje, dlaczego załamek ten u osobników młodszych, jak to stwierdził Nicolai, jest zawsze wyższy niż u osobników po latach 40, i dlatego spada on do zera prawie u starców i dlaczego u studentek znajdował Nicolai mniejsze T, gdyż, jak wiadomo Panom, u młodych kobiet znajdujemy również zawsze mniejsze liczby, jeżeli chodzi np. o ilość czerwonych ciałek krwi, ilość hemoglobiny, ilość zużytych jednostek cieplnych i t. d. Jeżeli tak jest w istocie, mamy więc nowy sprawdzian procesów, zachodzących wewnątrz samej komórki mięsnej i nowe otwiera się pole do badań.

Przekonaliśmy się, że dzięki metodzie elektrokardyograficznej Einthovena zarówno fizyologia, jak i kliniczne gałęzie medycyny wzbogaciły się o jedną nadzwyczajnie czułą i dokładną metodę badania serca. Pozwala ona badać serce, ten narząd, o którym mówią, że jest »primum movens et ultimum moriens«, od pierwszych niemal dni jego czynności aż do śmierci, a nawet i po śmierci ustroju, albowiem otrzymano wielką ilość krzywych z serc zwierząt i dzieci w kilkanaście, a nawet w kilkadziesiąt godzin po śmierci ustroju, działając na wycięte serca płynem Ringera.

Zarówno więc medycyna wewnętrzna, jak chirurgia i farmakologia, a być może i położnictwo, oraz weterynarya, korzystać będą musiały z przyrządu Einthovena, albowiem opisano już przypadki, w których metoda elektrokardyograficzna zdołała stwierdzić nieprawidłową działalność serca tam, gdzie wszystkie inne metody badania zawiodły.

Oceny i sprawozdania.

Najnowsze biologiczne metody rozpoznawcze gruźlicy

(Przegląd krytyczny)

podał

Dr Jan Nowaczyński

demonstrator kliniki lekarskiej Uniw. Jag.

(Ciąg dalszy).

3) Odczyn odchylenia komplementu.
(Bordet-Gengou)

Metoda ta, wprowadzona do pracowni naukowych oraz klinik przez Bordeta i Gengou, znalazła wkrótce rozległe zastosowanie w dyagnostyce różnych spraw chorobowych, zwłaszcza chorób zakaźnych. I tak Widal i Le Sourd (Soc. med. des. hopit. 6 lipca 1901) zastosowali ją pierwsi do rozpoznawania duru, Camus i Pagnier (Compt. rend. soc. biol. 6 lipca 1901) do rozpoznawania gruźlicy; w Niemczech rozpowszechnili ją w rozpoznawaniu gruźlicy Wassermann i Bruck (Deut. med. Woch. 1906 str. 448), oraz Citron, Morgenroth i Rabinowicz; do rozpoznawania kiły zastosowali ją z pomyślnym wynikiem Wassermann, Neisser i Bruck, do rozpoznawania bąblowca wątroby Weinberg i Parvi, inni wreszcie do rozpoznawania wielu innych chorób zakaźnych, jak nagminne zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, krztuśca i trądu.

Zanim przystąpię do omówienia metody, nie od rzeczy może będzie przypomnieć niektóre techniczne określenia, któremi posługujemy się w serologii.

Antygenem czyli wywoływaczem, nazywamy jak wiadomo każde ciało, które wprowadzone do ustroju wywołuje tworzenie się swoistych niweczników (anticorps). Substancya uczulająca (subst. sensibilisatrice autorów francuzkich) lub amboceptor (niemieckich) czyli dwuchwytnik, jestto substancya, powstająca w surowicy ustroju do którego wprowadzono antygen; jest ona swoistą i odporną na ciepłotę 56° (termostabil). Komplement (aleksyna) czyli dopełniacz jestto substancya istniejąca prawidłowo we wszystkich surowicach; ciepłota 56° C niszczy ją (termolabil), nie jest swoistą, lecz jest konieczną dla hemolizy w mieszaninie ciałek czerwonych z ich amboceptorem hemolitycznym.

Odczyn związania komplementu określa Bordet-Gengou, mówiąc, iż, jeśli zmiesza się antygen z amboceptorem jemu właściwym, czyli jego niwecznikiem (anticorps) oraz z komplementem, to komplement zostaje związany zapomocą amboceptora z antygenem; jestto zasada ogólna. Chodzi teraz tylko o sprawdzenie, czy komplement został związany czy nie; jeśli jest wolny, oznacza to, że niema w danym odczynie amboceptora swoistego dla antygenu, użytego do odczynu, przeciwnie zaś, jeśli jest dopełniacz związany, świadczy to za obecnością amboceptora. Dla wykazania więc tego Bordet-Gengou zastosowali zasadę znaną w serologii, która powiada, iż surowica hemolityczna dla pewnego gatunku ciałek czerwonych traci swe własności hemolityczne, jeśli się zniszczy jej komplement, odzyskuje je zaś, jeśli się jej doda jakiegokolwiek nowego komplementu; nowy więc system hemolityczny, składający się z surowicy ogrzanej do ciepłoty 56° oraz ciałek czerwonych, dodany do poprzedniej mieszaniny antygenu, niwecznika oraz komplementu uwidoczni nam, czy komplement znajduje się

w stanie wolnym, czy związanym, a to zależnie od tego, czy w systemie hemolitycznym wystąpi hemoliza, czy nie. Jeśli wystąpi hemoliza, dowodzi to, iż komplement został związany przez system hemolityczny czyli, że w danej mieszaninie nie było niwecznika swoistego dla antygenu. Innemi słowy chory, którego surowicy użyto jako niwecznika do badauia, nie ulega danej chorobie; przeciwnie zaś, jeśli hemolizy się nie stwierdzi, oznacza to iż komplement został od systemu hemolitycznego oderwany a natomiast wszedł w ścisły związek z antygenem i niwecznikiem, tym razem swoistym dla danego antygenu; stąd wniosek, iż w surowicy badanej znajdował się niwecznik swoisty, chory zatem dotknięty jest schorzeniem, którego poszukiwano.

Oto zasada metody, która jednakże w rzeczywistości jak uczy doświadczenie, nie przedstawia się tak niezachwianie, owszem ulega licznym modyfikacyom.

Co się tyczy wyników, jakie daje metoda Bordet-Gengou w zastosowaniu praktycznem, zaznaczyć należy, iż są one bardzo niestałe. Gdy Widal i Le Sourd wykrywają zapomocą tej metody znaczny odsetek osobników gruźliczych, to inni, jak Wasserman i Bruck, Lüdke, Cohn i t. d. stwierdzają dodatnie wyniki tego odczynu bardzo rzadko nawet u ludzi, napewno chorych na gruźlicę. I zdaje się, że te drugie wyniki odpowiadają rzeczywistości, za czem przemawia jeszcze fakt, iż bardzo często nie można wykryć niweczników gruźliczych w surowicach zwierząt sztucznie zakażanych gruźlicą, fakt, stwierdzony zresztą licznemi doświadczeniami w Zakładzie Pasteurowskim Calmettea w Lille. W ostatnich czasach Bezançon i H. de Sorbonnes (l. cit.) podjęli dokładne studya nad tą metodą, porównując jej wyniki z wynikami, jakie dają inne odczyny (precypitacya, odczyn skórny i t. p.). W badaniach swych przekonali się iż chcąc, by odczyn był dodatni, należy zastosować technikę bardzo subtelną i dokładnie obrachowaną, a więc miareczkować antygen, surowicę hemolityczną, komplement i t. p.; należy używać ciałek krwi nierozcieńczonych, wreszcie surowicę chorego trzeba brać do badania przed jedzeniem, gdyż surowica wzięta po jedzeniu daje często odczyn ujemny, czyli sama przez się przeszkadza odchyleniu komplementu. Podobnie i tuberkulina, użyta jako antygen, przeszkadza odczynowi, należy więc zawsze używać jako antygenu bakteryi gruźliczych lub ich wyciągów (Zakład Calmetea w Lille).

Mimo uwzględnienia wszystkich błędów oraz wykonania odczynu według przepisów powyższych, nie można powiedzieć, by miał on jakąś praktyczną wartość rozpoznawczą, gdyż, jak stwierdzają Bezançon i H. de Sorbonnes, wynik bywa ujemny w $^1/_3$ przypadków notorycznej gruźlicy bez względu na jej rodzaj. Wynik więc ujemny w przypadku wątpliwym nie pozwala wyłączyć gruźlicy. Natomiast odczyn jest zawsze ujemny u niegruźliczych. Wogóle odczyn jest bardzo zmienny, znika, to znów pojawia się, z dnia na dzień, nawet u tego samego osobnika. Z tego wszystkiego wynika, iż odczyn odchylania komplementu nie daje w zastosowaniu praktycznem wcale wyników zadawalniających ani pod względem rozpoznawczym, ani prognostycznym.

Używając tuberkuliny jako antygenu poszukiwali niektórzy autorowie niweczników gruźliczych w wysiękach opłucnych, oraz otrzewnych i znajdowali je nawet częściej, niż w surowicy krwi.

Metoda odchylenia komplementu jednakże, polegająca na swoistym odczynie ustroju wobec drobnoustroju zakażającego, może tak dobrze służyć do wykrycia niwecznika, jakoteż i antygenu (tuberkuliny). Chcąc wykonać to drugie, nie mięsza się antygenu ze surowicą, która zawiera odpowiedni niwecznik, lecz surowicę, wogóle płyn, w którym przypuszcza się obecność antygenu (tuberkuliny), z surowicą uodporniającą znaną i określoną, zawierającą niwecznik swoisty dla antygenu badanego. W ten sposób Bruck (Deut. med. Woch. 1908 str. 945), badając surowicę osobnika, dotkniętego gruźlicą prosówkową, w obecności surowicy przeciwgruźliczej (Hoechst), która w tym przypadku służyła mu za niwecznik, zdołał wykryć w niej obecność antygenu (tuberkuliny) i to, co ciekawe, w okresach, w których tasama surowica nie zawierała niwecznika (antytuberkuliny).

Na zasadzie odczynu Bordet Gengou polega

M e t o d a M a r m o r k a, który niedawno zapoznał z nią świat lekarski (Presse medic. 6 stycznia 1909). Powyżej wspomniane metody opierają się z jednej strony na przypuszczeniu, że niwecznikiem poszukiwanym w surowicy jest antytuberkulina, podczas gdy tuberkulina służyła nam za antygen, oraz z drugiej strony na usiłowaniach wykrycia tuberkuliny w surowicach chorych przy pomocy antytuberkuliny. Inaczej przedstawia się metoda Marmorka, dla której punkt wyjścia stanowi zupełnie nowe, odrębne pojmowanie patogenezy gruźlicy, przedstawione przez Marmorka jeszcze w r. 1903 w Akademii lekarskiej w Paryżu. Prątek gruźlicy według Marmorka wydziela pewną toksynę, zupełnie różną od tuberkuliny, która krąży w surowicy krwi chorego, oraz którą ustrój wydziela w moczu. Surowica więc chorego gruźliczego nie zawiera ani tuberkuliny ani antytuberkuliny, lecz tylko ową właściwą toksynę. Tej toksyny należy poszukiwać. Do wykrycia jej zaś potrzeba naturalnie jakiegoś niwecznika jej odpowiedniego; otóż jako niwecznik służy Marmorkowi specyalna jego wyrobu surowica przeciwgruźlicza, którą on otrzymuje przez wstrzykiwanie koniom bakteryi gruźliczych. Można więc, jak twierdzi Marmorek, poszukiwać owej szczególnej toksyny tak w moczu, jakoteż i w surowicy krwi.

Moczu używa się świeżego i przesączonego; komplement stanowi surowica świnki morskiej, przygotowana kilka godzin przed doświadczeniem; jeśli się bada surowicę, nie jest rzeczą konieczną używać komplementu świnki, gdyż surowica badana zawiera go w wystarczającej ilości, natomiast potrzebny jest komplement, gdy surowica badana jest stara, taka surowica bowiem traci szybko swój komplement, lub gdy pochodzi od kobiety ciężarnej, nie posiadającej komplementu. Jako hemolizyny używa Marmorek surowicy królika, któremu wstrzykiwano ciałka czerwone barana; surowicę tę unieczynnia się (56°), miareczkuje dokładnie przed każdem doświadczeniem; używa się jej do doświadczenia w ilości, która rozpuszcza 0,3 cm³ ciałek czerwonych barana w rozcieńczeniu 1:10 w obecności 1 kropli komplementu w przeciągu 45 minut w termostacie (37°).

Praktycznie wykonuje się odczyn w następujący sposób: Do próbówki wyjałowionej nalewa się najpierw 0,2 cm³ moczu świeżego, przesączonego, następnie 0,3 cm³ surowicy przeciwgruźliczej, wreszcie 0,5 cm³ komplementu świnki morskiej, poczem wstawia się wszystko to do termostatu (37°); po upływie jednej godziny dodaje się system hemolityczny, to zn. 0,3 cm³ ciałek czerwonych barana w rozcieńczeniu 1:10 oraz wymiareczkowaną ilość hemolizującą amboceptora i po godzinie pobytu mieszaniny w termostacie odczytuje się wynik, który może być trojaki:

a) Hemoliza zupełna wykazuje brak toksyny gruźliczej.

b) Brak hemolizy występuje u osobników gruźliczych wysoko gorączkujących lub wyniszczonych.

c) Hemolizę niezupełną spostrzega się u osobników gruźliczych bez gorączki lub z niewielką ciepłotą; istnieje też cała skala hemoliz niezupełnych, zależnie od mniejszej lub większej ilości toksyny w surowicy.

Marmorek, badając surowice 600 osobników, znalazł odczyn dodatni w 95 na 100 przypadków gruźlicy toksycznej, jak się wyraża; ujemny jest odczyn w sprawach gruźliczych miejscowych, nie toksycznych. Podobnie świetne wyniki, zapomocą tej metody miał wykazać Bergeron (Presse med. 1 stycznia 1910) który przeprowadził badania 213 chorych. Wyniki jego badań są następujące: na 133 osobników z gruźlicą pewną u 13 stwierdził Bergeron hemolizę nie zupełną, u reszty zupełny brak hemolizy, u dwu tylko hemolizę zupełną; u sześciu podejrzanych co do gruźlicy wykazał zupełną hemolizę, wreszcie na 74 chorych nie gruźliczych u 67 była hemoliza zupełną, a więc wynik zgadzający się ze spostrzeżeniem klinicznem, a tylko 7

przypadków dało wynik niezgodny. Z badań tych wynikałby więc tylko 4.22% wyników niezgodnych z rozpoznaniem klinicznem, co świadczyłoby o wielkiej wartości rozpoznawczej powyższej metody.

Inaczej jednak zapatruje się na tę metodę Bezançon (Journal med. franç. styczeń 1910), który rozumuje w następujący sposób: Ponieważ metoda Bordet Gengou stara się wykazać w surowicy chorego na gruźlicę obecność niwecznika, metoda zaś Marmorka, która niczem innem nie jest, jak tylko zmodyfikowaną metodą Bardet Gengou, usiłuje znaleźć w surowicy chorego toksynę gruźliczą, wynika z tego, iż o ile zasada metody odchylenia komplementu jest dokładną, istnieją równocześnie obok siebie w surowicy osobnika gruźliczego i toksyna i jej antytoksyna (niwecznik), a więc substancye, które jak wiadomo posiadają wielkie powinowactwo do siebie tak, iż zmieszane razem są zdolne odchylić komplement »in vitro«; dziwnym więc wydaje się Bezançonowi fakt, by te substancye, skoro dają się wykryć w stanie wolnym zapomocą metody odchylenia komplementu, istniały obok siebie niezależnie bez połączenia się ani »in vitro«, ani »in vivo«.

Zaznaczyć w końcu należy, iż metoda Marmorka nie została jeszcze dokładnie i krytycznie zbadaną; ostatecznego więc zdania o jej wartości wyrzec nie można.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Winternitz. **O zwalczaniu gruźlicy.** (Wiener mediz. Wochenschrift 1911, Nr 1). Autor przestrzega przed szablonowem leczeniem gruźlicy w sanatoryach, polegającem na werandowaniu i przekarmianiu chorych. Nietylko przybytek na wadze, w ten sposób uzyskany, zwłaszcza jeśli chodzi o klasę pracującą, po powrocie do zwykłego trybu życia szybko znika, lecz często przychodzi do jeszcze większego wyniszczenia. Tego rodzaju doświadczenia sprawiły, że w Anglii w sanatoryach ludowych w miejsce werandowania wprowadzono ruch i umiarkowaną pracę na świeżem powietrzu. Niedocenione, a zdaniem autora pierwszorzędne znaczenie w leczeniu gruźlicy ma hydroterapia. Powołując się na doświadczenia Aberga, Kuthyego i swoje własne, radzi autor gorąco w każdym przypadku gruźlicy codzienne zabiegi hydropatyczne zupełnie zimną wodą.
Dr Kleinmanówna.

Prof. H. Schlesinger. **O zapaleniu opon mózgowych, wywołanem przez dwoinki zapalenia płuc i o rokowaniu tej sprawy.** (Wiener med. Wochenschrift 1911, Nr 1). Autor rozróżnia 3 formy zapalenia opon mózgowych w przebiegu zakażenia pneumokokami: 1) surowiczą, o płynie mózgowo-rdzeniowym jałowym (klinicznie »meningismus«), 2) surowiczą, w której można wykazać obecność pneumokoków w płynie mózgowo-rdzeniowym, 3) ropną. Formy surowicze mogą być wywołane przez zatrucie toksynami, a ciekawe jest spostrzeżenie autora, że niekiedy, zwłaszcza w starszym wieku, po ustąpieniu właściwej sprawy chorobowej, niektóre objawy, jak objaw Kerniga, sztywność karku, mogą utrzymywać się jeszcze niezwykle długo, całymi tygodniami. Ropna forma, występująca tak w przebiegu innych schorzeń, jakoteż jako samoistne cierpienie nawet wówczas, gdy wikła się z zapaleniem mózgu, nie daje według autora bezwzględnie złego rokowania. Autor przytacza 3 przypadki ropnego zapalenia opon mózgowych, w których sprawa zakończyła się pomyślnie. Dodatni wpływ surowicy pneumokokowej Römera widział autor w jednym przypadku. Dr Kleinmanówna.

Doc. Bernard Vas. **O rozpoznawaniu bąblowca zapomocą badania biologicznego.** (Wiener mediz. Wochenschr. 1911, Nr 4). Badanie kliniczne niezawsze może doprowadzić do pewnego rozpoznania bąblowca. Chemiczne, względnie mikroskopowe badanie płynu pęcherza bąblowca daje wprawdzie zupełną pewność co do przyrody choroby, jednakże nakłucie w tym celu wykonywane nie jest zabiegiem obojętnym, a często, o ile bąblowiec głębiej jest usadowiony, nie wiedzie do celu. Fleig i Lisbonne pierwsi zaczęli się posługiwać w celach rozpoznawczych metodą precypitacyjną; okazała się ona jednak niepewną. Właściwą serologiczną metodę badania wprowadził Włoch Guedini, któremu po raz pierwszy udało się metodą Bordet-Gengou ustalenia dopełniacza (Komplementfixationsverfahren) wykazać we krwi chorego na bąblowca swoiste niweczniki (anticorps, Antikörper). Badania późniejsze innych autorów stwierdziły również w surowicy krwi chorych na bąblowca swoiste ciała uodparniające (Immunstoffe), które można wykazać próbą ustalenia dopełniacza (Komplementfixationsprobe). Podnieść jednak należy, że po operacyi przy zupełnym braku nawrotu ciała te (Immunstoffe) mogą być wykazane jeszcze długi czas we krwi (w przypadku Weinberga jeszcze po 6 latach!), stąd wniosek, że odczyn biologiczny nie nadaje się do stwierdzania ewentualnych nawrotów. Ze względu na pewną analogię nasuwa się wobec tego pytanie, podnoszone już niejednokrotnie, czy odczyn Wassermanna bezwarunkowo przemawia za kiłą czynną.
Dr Kleinmanówna.

A. Cornelius. **O leczniczem zastosowaniu ciał mineralnych.** (Zeitschr. f. phys. u. diät. Therapie. Grudzień, 1910). Dotychczas za mało uwzględniano znaczenie ciał mineralnych dla ustroju ludzkiego. I tak n. p. kwas krzemowy, którego obecność w tkankach uważano do niedawna za coś przypadkowego, jest wedle badań ostatnich lat, podobnie jak jod, arsen i lit, stałym składnikiem tkanek ustroju, zwłaszcza tkanki łącznej. Dlatego uzasadnionem jest jego zastosowanie w schorzeniach skóry, kości, gruczołów i t. p., w postaci czystego kwasu krzemowego (acid. silic.), wody krzemowej (aqua silic.) i jego soli (natrium silic.). Dr Weissglas.

Doc. Strasser. **O poceniu się suchotników.** (Zeitschrift f. phys. u. diät. Therapie. Styczeń, 1911). Pocenie się suchotników jest następstwem zatrucia ustroju, w szczególności zaś następstwem wpływu jadów (protein), wytwarzanych przez prątki gruźlicze, na narząd regulujący ciepłotę ciała. Najskuteczniejszym środkiem leczniczym, obok klimatoterapii, jest wodoleczenie w postaci krótkotrwałych, chłodnych lub nawet zimnych częściowych nacierań ciała i to w godzinach rannych. Dr Weissglas.

Wilhelm Sternberg. **Znaczenie środków odżywczych w higienie i w kuchni.** (Zeitschr. f. diät. u. phys. Therapie. Grudzień, 1910). Znaczenie środków odżywczych zależy nietylko od ich zdolności łatwego lub trudnego spalania się w ustroju i ich wartości kalorycznej, ale także od ich wpływu na narząd smaku. Znaną jest rzeczą, że n. p. środki gorzkie (amara) zwiększają uczucie głodu, a ciała słodkie to uczucie zmniejszają. Właściwość tę okazują te ciała bez względu na swoje własności chemiczne i farmakologiczne. Stąd wynika, że chodzi tu o działanie odruchowe i to drogą narządu smaku. Dlatego też jest rzeczą ważną uwzględnianie smaku pokarmów w leczeniu dyetetycznem. Dr Weissglas.

Prof. Alois Pick. **Wodoleczenie zapalenia płuc.** (Zeitschr. f. phys. u. diät. Therapie. Styczeń, 1911). Autor wykazuje na podstawie 89 przypadków, z których jeden tylko skończył się śmiertelnie, korzystny wpływ zabiegów wodoleczniczych na czynność serca przy zapaleniu płuc. Wpływ ten objawia się w zmniejszeniu częstości tętna i jego lepszem napięciu. Pospolicie stosuje się kąpiel 22°—24° R. 8—12 minut trwającą, przy równoczesnem nacieraniu chorego w kąpieli. Kąpiel taką zastępuje bardzo dobrze częściowe nacieranie chorego raz lub kilka razy dnia wodą o ciepłocie 8° R. Dr Weissglas.

Higiena.

Lendrich i Nottbohm. **Zawartość kofeiny w kawie i strata tej podczas prażenia kawy.** (Ztschr. f. Untersuchg. d. Nahrg. u. Genussmittel Tom 18. Z. 5). Metodą własną oznaczali autorowie zawartość kofeiny w rozmaitych gatunkach kawy z rozmaitych miejsc produkcyi, znajdując, obliczone na suchą substancyę, następujące ilości:

Ameryka południowa kawa surowa 1,08—1,35%, palona 1,11—1,48; Ameryka środkowa kawa surowa 1,11—1,68%, palona 1,15—1,70%; Azya kawa surowa 1,10—1,65%, palona 1,12—1.68%; Afryka kawa surowa 1,05—2,83%, palona 1,09—2,95%; Australia kawa surowa 1,35— %, palona 1,42— %.

Kawy, zawierające przeszło 2% kofeiny, pochodziły z portugalskich kolonii afrykańskich z dziko rosnącego krzewu »Coffea camphora«; używają jej jako domieszki do najpośledniejszych gatunków kawy. Krzewy hodowlane dają produkt, zawierający najwyżej 1,65—1,68%, najmniej 1,05% kofeiny; zaś 24 gatunków, pochodzących z krzewu »Coffea arabica«, zawierały jej od 1,05 do 1,43%. Zawartość kofeiny w kawie palonej, obliczona na ciało suche, jest nieznacznie wyższa od zawartości w odpowiednim gatunku kawy surowej. Pod wpływem prażenia utraca kawa, przy ogólnej stracie wynoszącej od 14,67 do 18,33%, tylko 1,50 do 8,53% kofeiny. Zawartość kofeiny w osłonce nasiennej ziarna kawy w 2 próbach wynosiła 0,2%, w osłonkach pergaminowych 0,06 i 0,1%. L. Bier.

A. Weichel. **Wpływ soli kuchennej na bakterye wywołujące zatrucia mięsne.** (Arb. a. d. kais. Gesundheitsamte T. 35). Wpływ soli kuchennej na bakterye wspomniane jest różny, zależnie od tego, czy działa na nie sól w hodowlach sztucznych, czy też w mięsie, w przypadku zaś pierwszym od tego, czy ilość bakteryi jest w hodowli wielką czy małą. Hodowle agarowe zalane rozczynem 15%, jak również bulionowe zawierające 25% NaCl, przechowywane przy 15—18° C, zawierały zarazki żywotne jeszcze do 33. dnia. W hodowlach bulionowych z 15% NaCl, trzymanych przy ciepłocie pokojowej, obumierały bakterye po 88, zaś w agarowych posypanych solą po 58 dniach; w ciepłocie lodowni nie zamierały nawet po 95 dniach i przy znacznem zgęszczeniu soli. Bakterye wywołujące zatrucia mięsem, wprowadzone natomiast do podłoża sztucznego, zawierającego znaczną ilość soli, obumierają znacznie łatwiej. Na bakteryobójcze własności soli kuchennej w podłożach sztucznych wpływa obok ilości soli i rodzaju podłoża (agar, bulion), również postać dodanej soli (w rozczynie lub sucha), ciepłota, oraz ilość zawartych zarazków. W zgęszczeniach od 10% wzwyż jest sól kuchenna zastosowana przy ciepłocie pokojowej i wyższej dobrym środkiem niszczącym w stosunkowo niedługim czasie bakterye zatruć mięsnych.

W mięsie zakażonem wspomnianymi zarazkami przed nasoleniem obumarcie bakteryi następuje nawet przy znacznem zgęszczeniu soli do 19% tak późno, że nie można solenia uznać za sposób odpowiedni dla zużytkowania mięsa zakażonego, nawet pomijając fakt, że solenie nie niszczy toksyn wytworzonych przez bakterye. Dopiero po 75 dniach obumierały bakterye w mięsie zakażonem i solonem 12—19% soli, gdy przy 10—13% soli stwierdzić można było zarazki te w mięsie nawet po 80 dniach. L. Bier.

Lange i Poppe. **Wpływ azotu na konserwowanie się sanitarne mięsa oraz przyczynki do bakteryologii gnicia mięsnego.** (Arb. a. d. kais. Gesundheitsamte Tom 33). Przechowywanie mięsa w atmosferze azotu nie ułatwia w niczem jego przechowywania. Gnicie mięsa w tej atmosferze różni się od zwykłego gnicia jedynie tem, że nie wytwarza się przy tem amoniak wolny. Na mięsie gnijącem przy ciepłocie zwykłej nie znajdowali autorowie B. putrificus uważanego za charakterystyczny dla gnicia włóknika i mleka, ani też innych ścisłych beztlenowców. Prócz kilku gatunków ziarenkowców (Micrococcus aureus, albus, candicans, liquefaciens flavus, ureae i ureae liquefaciens) znajdowali głównie bakterye grupy odmieńca (Bact. proteus vulgar., proteus Zenkeri, cadaveris album) oraz do nich podobne (B. fluorescens liquefaciens, putidum non liquefaciens alcalifaciens), gdy natomiast grupa bakteryi okrężnicy (B. coli proximus, lactis aërogenes, coli anindolicum) i grupa bakteryi siennych (B. subtilis, coprogenes) bardzo niewybitnie się zaznaczała. L. Bier.

Kühl H. **Obecność niższych ustrojów roślinnych w maśle.** (Centralblatt f. Bacterlg. II. Abtheil. Tom 27 Z. 1—7). Masło, przesłane z powodu zjełczenia do zbadania, posiadało przy badaniu refraktometrem liczbę 41,2, zawierało wody 11%, zaś stopień jego kwaśności wynosił przed przetopieniem i przesączeniem 13,3, po tych operacyach 15,8. W maśle tem, przerosłem pleśnią, przechowywanem w warunkach zwykłych i bez przesączenia, wzrastał stopień kwaśności — zjełczenia — o wiele szybciej, niżeli w przetopionem. Rozrosłą w maśle pleśnią był pospolity pędzelkowiec szary (penicilium glaucum) obok nieznacznie rozrosłego »dematium«, co do którego niewiadomo jeszcze, czy tak, jak pędzelkowiec, rozszczepia tłuszcze. L. Bier.

M. Bub. **Własności bakteryobójcze siary.** (Centrbl. f. Bacteriol. II Abt. Tom, 27. Z. 13—16). W świeżej siarze napotykają zwykłe bakterye mleczne początkowo na znaczne trudności dla swego rozwoju; niejednokrotnie zmniejsza się w pierwszych godzinach ilość bakteryi. Przy ciepłocie 37° C objaw ten występuje jeszcze wyraźniej, trwa jednak krócej, zaś przy 15—18° C jest mniej wyraźnym, lecz trwa dłużej. Jak na bakterye mleczne, tak oddziaływa siara również i na bakterye okrężnicy, bakterye paratyfusu typu A i B, oraz na bakterye ropy błękitnej; oddziaływanie to — zmniejszenie ilościowe — uwydatnia się szczególnie i zawsze wobec bąk. okrężnicy. Zmniejszenie bakteryi nie polega na ich obumarciu, lecz głównie tylko na zbijaniu ich w grudki pod wpływem aglutynin. Fagocytoza nie wywiera tu wyraźnego wpływu. Siła oddziaływania jest indywidualną dla siary zwierząt poszczególnych. Im siara jest młodsza, t. zn. im mniej upłynęło czasu od porodu do poboru siary, tem oddziaływanie jej na bakterye jest silniejszem. Wyniki doświadczeń autora nie upoważniają przeto do twierdzenia, jakoby siara istotnie posiadała własności bakteryobójcze. L. Bier.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie administracyjne d. 11. stycznia 1911 r.

Przewodniczący R. dw. Prof. Dr Wicherkiewicz. — Obecnych członków 28.

1) Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Sekretarz stały Dr Damski odczytuje sprawozdanie za r. 1910.

»Rok ubiegły w historyi naszego Towarzystwa nie zaznaczył się żadnymi większej doniosłości wypadkami, stwierdził jednak postęp i w przyroście członków i zaznaczył siłę swoją żywotną w odczuwaniu najnowszych zdobyczy na polu wiedzy lekarskiej, czego dowodem były liczne odczyty i demonstracye, mające zawsze aktualne znaczenie.

Posiedzeń naukowych odbyło się 20, administracyjnych 9. Odczytów było 18, demonstracyi 40. Prof. Browicz zakończył w marcu cykl odczytów o raku, rozpoczęty jeszcze w roku 1909. Z odczytów na czasie będących wymieniam odczyty o cholerze, związane w pewną organiczną całość, traktujący etyologię, kliniczne spostrzeżenia i profilaktykę cholery, wreszcie demonstracye chorych kiłowych, leczonych preparatem Haty-Ehrlicha. Inne odczyty odbyły się z dziedziny kliniki chorób wewnętrznych (3) fizyologii (1) ogólnej patologii (1) higieny (3) okulistyki (2) dermatologii (1)

otyatryi (1), dentystyki (1) z nauk ogólno przyrodniczych (1). Najwięcej demonstracyi odbyło się z zakresu chirurgii.

Najwyższa liczba członków biorąca udział w posiedzeniach naukowych wynosiła 85, najniższa 25. Tyle co do lokalnego ruchu polskiej medycyny, ujawniającego się w naszem towarzystwie; zaś »Przegląd lek.« jako organ nasz notował skrzętnie wszelkie objawy pracy i postępu na całym obszarze ziem polskich i członkowie nasi zupełnie dostatecznie w tym względzie byli informowani. Poza tem brało Towarzystwo również czynny udział na zewnątrz przez delegatów swoich i w sprawach czysto naukowych i społecznych i narodowych. Prof. Browicz i Dr Bier zajmowali się przygotowaniami do kongresu higieny szkolnej w Paryżu. W ankiecie w sprawie fizycznego wychowania w Wiedniu był czynny Prof. E. Godlewski. Na międzynarodowym zjeździe ginekologów w Petersburgu honorowymi prezesami byli Profesorowie Kader i Rosner, reprezentując tam polską medycynę. W zjeździe chirurgów polskich w Warszawie brał czynny udział cały szereg członków Towarzystwa, byliśmy również zastąpieni na zjeździe przemysłowo-balneologicznym we Lwowie. Prezes Prof. Wicherkiewicz zastępował Tow. lek. w komitecie obchodu grunwaldzkiego, a delegatem naszym na kongresie narodowym polskim w Washingtonie był Dr Fronczak z Buffalo. Do komitetu narodowego lekarskiego dla kongresów międzynarodowych wybrano Prof. Kostaneckiego, Dr Kwaśnickiego i Prof. Wicherkiewicza, względnie Dr Surzyckiego na wypadek, gdyby Prof. Wicherkiewicz z ogólnych wyborów już w komitecie zasiadał. W komitecie wreszcie mającym przygotować XI. zjazd lekarzy i przyrodników polskich, w lipcu b. r. w Krakowie odbyć się mający, przewodniczy Prof. Dr J. Nowak. W czerwcu uczestniczył prawie cały świat lekarski w rzadkiej uroczystości jubileuszu 35 lat zawodowej pracy Prof. Dr St. Pareńskiego na stanowisku prymaryusza oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu św. Łazarza, a w ostatnim dniu listopada obchodziliśmy ćwierćwiekową rocznicę działalności Prof Napoleona Cybulskiego na katedrze fizyologii Uniwersytetu Jagiellońskiego. Towarzystwo lek., pragnąc uczcić jego niespożyte zasługi na polu naukowem, zamianowało go członkiem honorowym i na uroczystem posiedzeniu Prezes Tow. wręczył mu odnośny dyplom.

Ze spraw administracyjnych zanotować wypada, że ministerstwo skarbu nie przychyliło się do naszego podania o zupełne uwolnienie od podatku domowo-czynszowego »Domu lekarskiego«, że wnieśliśmy prośbę o zwykłą substancyę sejmową, i że od czerwca obowiązuje nowy regulamin, przez co sprawa połączenia się naszego z Tow. lek. galicyjskich zakończyła się.

Liczba członków zwyczajnych Tow. lek. krakowskiego wynosiła z końcem roku 1910 195, z tego nowo przystąpiło 12. Członków korespondentów liczy Tow. lek. 52, członków honorowych 18. Wskutek śmierci straciliśmy 2 członków zwyczajnych, a mianowicie śp. Dr. Henryka Sokołowskiego, gorliwego pracownika na polu ruchu zawodowego i śp. Juliana Staniszewskiego. Pamięć zmarłych uczciliśmy na odnośnych posiedzeniach«.

3) Skarbnik Dr Ackerman zdaje sprawę ze stanu kasowego.

4) Administrator »Przeglądu lekarskiego« Dr Wojciechowski zdaje sprawę ze swych czynności za rok ubiegły.

Na wniosek Dr. Bielańskiego zgromadzeni wyrażają jednomyślnie uznanie i podziękowanie Administratorowi.

5) Bibliotekarz Dr Blassberg odczytuje sprawozdanie z ruchu bibliotecznego w r. 1910.

»Do inwentarza i katalogu bibliotecznego wciągnięto w r. 1910 824 dzieł i 168 wydawnictw peryodycznych i czasopism, tak, że dnia 31. XII. 1910 było w bibliotece uporządkowanych i skatalogowanych razem 8401 dzieł i 471 wydawnictw peryodycznych. Ruch biblioteczny w porównaniu z rokiem ubiegłym wzmógł i ożywił się znacznie. W roku 1910 wypożyczono z biblioteki: Książek lub pism 253 (w r. 1909 123) zwrócono 183, zostaje zaległych 80. Nadto z ubiegłych lat nie wpłynęło dotąd 29 książek lub czasopism. Liczba członków, korzystających z biblioteki w r. 1910, wynosiła 56 (w r. 1909 32). Godziny urzędowe były w r. 1910 codziennie od 12—1 w południe. Płatny pomocnik bibliotekarza był czynny stale przez cały rok przez jedną godzinę dziennie. Dary: Szczególniejszą opieką otaczał bibliotekę Prof. Ciechanowski, który ponadto darował bibliotece cały szereg cennych kompletnych dzieł i roczników. Oprócz tego otrzymała biblioteka w roku bieżącym znaczniejsze dary w książkach od Radcy Dworu Prof. Wicherkiewicza, oraz od Drów Grażyńskiego, Kwaśnickiego, Mączki i Podobińskiego z Krakowa, nadto od Drów Dłuskiego z Zapanego, Pragera z Maryenbadu i Woynarowskiego z Chrzanowa. Stan podręczny kasy bibliotecznej przedstawia się jak następuje: Pozostałość z r. 1909 13 K 30 h; wpłynęło ze sprzedaży dubletów w 1910 35 K 94 h; zasiłek z kasy głównej 23 K. Razem dochód 72 K 24 h. Rozchód 65 K 32 h. Stan kasy 6 K 92 h. Rozchodu użyto, na skompletowanie: Annales de l'Institut Pasteur, Berliner klinische W., Presse médicale, Semaine médicale, Wiener klinische Wochenschr.«.

6) Przewodniczący zawiadamia, iż na mocy wyniku głosowania zostaje przyjęty w poczet członków Dr Józef Kostrzewski.

Przewodniczący dziękując członkom Zarządu za pomoc w pracy, składa urzędowanie w ręce Prof. Dr Cybulskiego.

7) Zgromadzeni po udzieleniu absolutoryum Zarządowi, wyrażają — na wniosek Dr Schoenguta — podziękowanie ustępującemu Prezesowi. Sekretarz Dr Bujak.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 22. listopada 1910 r.

1) Watraszewski: **Spostrzeżenia nad działaniem dioksydiamidoarsenobenzolu w objawach przymiotu.** Watraszewski stosował »606« w 100 blizko przypadkach, zarówno przy aktualnych objawach przymiotu na skórze, błonach śluzowych, przy cierpieniach stawów i kości i t. p., jak również i w zaburzeniach układu nerwowego ośrodkowego na podstawie przymiotowej. W pierwszej seryi przypadków działanie swoiste arsenobenzolu okazało się szybkiem i zadowalniającem w wysokim stopniu, a mianowicie: w okresie kiły pierwotnej, gdzie środek »606« stosowano w 8 przypadkach, w jednym tylko w przeciągu 3 miesięcy zauważył W. wystąpienie objawów ogólnych. Względnie słabsze działanie wywierał środek na zwykłe objawy w okresie drugorzędnym przymiotu, chociaż i tutaj wpływ leku okazał się wogóle bardzo skutecznym. Najlepiej zaś ujawniło się działanie rzeczonego środka przy objawach trzeciorzędnych i w przypadkach złośliwego przymiotu (lues maligna praecox), przy których wynik leczniczy był nieraz zdumiewający. W ciągu prawie 3 miesięcy, podczas których »606« stosowano przy tego rodzaju zewnętrznych objawach przymiotu (lues manifesta), W. tylko w trzech przypadkach widział nawroty, a oprócz tego w dwóch innych przypadkach, w których u chorych stosowano tenże środek zagranicą w okresie kiły drugorzędnej, mniej więcej w 2 miesiące po wstrzyknięciu. — W cierpieniach układu nerwowego na tle przymiotowem stwierdził W. w znacznej większości przypadków wyraźne polepszenie, często tam, gdzie stosowano i powtarzano bez skutku kuracye rtęciowe i jodowe. W wielu przypadkach tego rodzaju można było uważać wynik leczniczy za wprost znakomity. Tylko w zadawnionym wiądzie rdzenia i porażeniu postępującem okazał się środek »606« bezskutecznym, podczas gdy przy świeżych okresach tych cierpień następowało wyraźne polepszenie.

2) Feliks Malinowski; **Dalsze wyniki doświadczeń z przetworem Ehrlicha »606«.** Malinowski leczył,

łącznie z poprzednio ogłoszonymi przypadkami, 158 chorych preparatem »606«, z tych w okresie pierwszorzędnym 8, w okresie drugorzędnym 58, w okresie trzeciorzędnym 38, kiły układu nerwowego 26, porażenia postępującego 16, i wiądu rdzenia 8. Na zasadzie powyższego dochodzi M. do następujących wniosków: 1) »606« działa prawie zawsze znacznie szybciej od dotychczasowych środków przeciwkiłowych, rtęci i jodu. 2) Jest środkiem swoistym, gdyż zabija krętki blade i wywołuje tworzenie się w ustroju niweczników. 3) Nawroty po »606« zdarzają się, jak dotychczas wiadomo, znacznie rzadziej, niż po innych środkach. 4) Dla usunięcia objawów i wyjałowienia ustroju należy stosować dawki większe, niż początkowo proponowano, a nawet kilkakrotnie je powtarzać. 5) W razach uporczywych uciekać się należy do pomocy dotychczasowych środków swoistych: jodu i rtęci. Środki te można stosować pomiędzy wstrzykiwaniami. 6) Zupełnego wyleczenia przymiotu należy oczekiwać po stosowaniu »606« w znacznej części przypadków, jednak wyniki muszą być ściśle kontrolowane w ciągu wielu lat. 7) Dla sprawdzania wyników, szczególniej w razie braku objawów klinicznych, należy posługiwać się metodą Wassermanna.

W dyskusyi Alfred Sokołowski przytacza trzy przypadki, spostrzegane na oddziale szpitalnym, które były przedstawiane i badane na posiedzeniu sekcyi laryngologicznej. Szczególniej w pierwszym z nich wynik leczenia środkiem Ehrlicha był niezwykle pomyślny i szybki; ogromne owrzodzenie w gardle zabliźniło się doszczętnie w ciągu 2—3 tygodni. Taksamo wessał się zupełnie kilak na strunie głosowej. Niemniej pomyślny był przypadek drugi, gdzie w ciągu 10 dni zniknęły nacieki okostnej goleni, bóle, i chory jako zdrów i zdolny do pracy opuścił szpital.

Dalszą dyskusyę odłożono do następnego posiedzenia.

Tadeusz Wilczyński.

I. Zjazd lekarzy prowincyonalnych w Łodzi w dniu 4. i 5. czerwca 1911.

Komitet organizacyjny z ramienia Towarzystwa lekarskiego łódzkiego: W. Chodźko, Ks. Jasiński, M. Kaufman, A. Krusche, J. Maybaum, J. Michalski, A. Pański, L. Przedborski, S. Sterling i H. Trenkner.

Podkomitety organizacyjne: 1) Z ramienia Towarzystwa lekarskiego częstochowskiego: L. Batawia, W. Biegański i K. Rosenfeld. 2) Z ramienia Towarzystwa lekarzy gub. Kaliskiej: A. Abramski, B. Koszutski, S. Orgelbrand. 3) Z ramienia Towarzystwa lekarzy gub. Kieleckiej: K. Hein, J. Lewinson i B. Szenk. 4) Z ramienia Towarzystwa lekarzy gub. Lubelskiej: A. Brzeziński, B. Dziemski i J. Kiełczewski. 5) Z ramienia Towarzystwa lekarskiego płockiego: J. Kunig, B. Mazowiecki i A. Zaleski. 6) Z ramienia Towarzystwa lekarskiego gub. Radomskiej: H. Fidler, J. Pełczyński i A. Szczepaniak. 7) Z ramienia Towarzystwa lekarskiego siedleckiego: W. Antoniak, A. Jarosiński i E. Wiszniewski. 8) Z ramienia Towarzystwa lekarzy Zagłębia Dąbrowskiego: J. Czajkowski, S. Falkowski i J. Puterman.

Regulamin Zjazdu. 1) Celem Zjazdu lekarzy prowincyonalnych jest dążenie do podniesienia pracy lekarsko-naukowej i lekarsko-społecznej wśród lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego. 2) Członkiem Zjazdu może być każdy lekarz w Królestwie Polskiem zamieszkały. 3) Zjazd trwać będzie dni dwa, 4. i 5. czerwca r. 1911. Posiedzeń będzie cztery, po dwa dziennie: od 11 rano do 2 i od 3 popołudniu do 6. Uwaga: W sobotę, dnia 3 czerwca, odbędzie się o godz. 7 wieczór posiedzenie uroczyste Towarzystwa lekarskiego łódzkiego. 4) W godzinach od 8 rano do 11 dnia 4. i 5. czerwca, członkowie Zjazdu będą mogli zwiedzać zakłady lekarskie, higieniczne i pokrewne w Łodzi istniejące. 5) Życzący sobie wziąć udział w Zjeździe zgłoszenia swe kierują bądź do Podkomitetów organizacyjnych, bądź do skarbnika Zjazdu (Dr J. Michalski, Łódź, ulica Piotrkowska Nr 88). 6) Każdy członek Zjazdu płaci składki rubli 6, osoba towarzysząca płaci rub. 3. 7) Każdy członek Zjazdu może wcześniej zamówić sobie mieszkanie, zwracając się o to do skarbnika Zjazdu. 8) Życzący sobie wygłosić odczyt na posiedzeniach Zjazdu, tematy zgłaszać zechcą przed dniem 1 kwietnia 1911, pod adresem sekretarza Zjazdu (Dr W. Jasiński, Łódź, ulica Piotrkowska Nr 108). 9) Prelegenci muszą przed dniem 15. kwietnia nadesłać na ręce sekretarza Zjazdu krótkie (parowierszowe) streszczenia swych odczytów (ponieważ przesłane być muszą władzom na miesiąc przed otwarciem Zjazdu). 10) Odczyt nie może trwać dłużej nad minut dwadzieścia; w dyskusyi przemawiać wolno nie dłużej nad pięć (przy powtórnem zabraniu głosu — minut trzy). 11) Każdy członek Zjazdu otrzyma zeszyt protokołów Zjazdu.

Biuro Zjazdu będzie czynne w ciągu dni 3. 4. i 5. czerwca od 10 rano do 7 wieczór (ulica Spacerowa 21, I. piętro, front).

Tematy główne: 1) O pracy naukowej lekarza prowincyonalnego. Referent: Wł. Biegański (z Częstochowy). II. Sprawność szpitali prowincyonalnych Królestwa wobec najniezbędniejszych rękoczynów chirurgicznych. Referent: S. Dobrucki (z Lublina). III. Postępy położnictwa. Referenci: Czerwiński (z Lublina) i M. Kaufman (z Łodzi).

Odczyty (zgłoszone do dnia 1. lutego r. 1911): 1. W. Chodźko (z Kochanówki): Stan opieki nad umysłowo chorymi w Królestwie Polskiem. 2) W. Puławski (z Radziejowa): O reinjekcyi surowicy przeciwbłoniczej, na zasadzie danych otrzymanych w ciągu lat szesnastu z praktyki własnej. 3) E. Brunner (z Warszawy): O walce z wilkiem. 4) K. Rosenfeld (z Częstochowy): O chorobie posurowiczej. 5) S. Rutkowski (z Płońska): Stan fizyczny naszej ludności krótko- i długogłowej. 6) A. Jarosiński (ze Sterdyni): O szpitalnictwie w gubernii Siedleckiej. 7) A. Jarosiński (ze Sterdyni): Stanowisko i byt lekarza na prowincyi. 8) E. Wiszniewski (z Siedlec): O gruźlicy chirurgicznej w szpitalu Najśw. Maryi Panny w Siedlcach w ubiegłem dziesięcioleciu. 9) Z. Garlicka (z Łodzi): O walce z rakiem macicy. 10) T. Łapiński (z Warszawy): O leczeniu epilepsyi. 11) J. Idzikowski (z Pruszkowa): O działalności kulturalno-higienicznej lekarzy szkół początkowych. 12) J. Idzikowski (z Pruszkowa): O potrzebie zakładów hydro- i mechanoterapeutycznych na prowincyi. 13) J. Brzeziński (z Zawiercia): O dyecie naszych szpitali, ze szczególnem uwzględnieniem dyety w szpitalu fabryki »Zawiercie«. 14) S. Sitkowski (z Radzynia): O aseptyce położniczej w praktyce prywatnej. 15) K. Lidmanowski (z Zagórowa): Organizacya pomocy lekarskiej dla ludu. 16) J. Puterman (z Sosnowca): O małych pracowniach dyagnostyczno-rozbiorowych. 17) C. Raszkes (z Radomia): O postępach położnictwa. 18) J. Pełczyński (z Radomia): Stan rzeczoznawstwa sądowo-lekarskiego na prowincyi. 19) W. Kohn (z Częstochowy): Wartość praktyczna teoryi Wassermanna.

Dalsze odczyty będą ogłaszane w pismach lekarskich.

Celem ujęcia w jednolity obraz stanu opieki nad umysłowo chorymi w Królestwie Polskiem rozesłany został kwestyonaryusz, opracowany przez Dr Chodźkę, naczelnego lekarza szpitala »Kochanówka« pod Łodzią. Z ważniejszych pytań tego kwestyonaryusza wymienić nalżey pytania, dotyczące liczby umysłowo chorych znajdujących się w danym szpitalu w d. 1. stycznia 1911 r. i leczonych w ciągu 1910 r., (w tej liczbie idyotów, epileptyków, alkoholików), wyników leczenia, podsądnych na obserwacyi i dożywotnie, samobójstw chorych i usiłowań samobójstw, ucieczek chorych, systematycznej pracy, przechadzek, rozrywek dla chorych, używania kaftanów, częstości krwiaków usznych, używania łóżek siatkowych, leczenia łóżkowego (Bettbehandlung), wanien, kąpieli przedłużonych; dalej żywienia chorych, jego kosztów, ilości sal sypialnych i pokojów, objętości powietrza na jednego chorego na sali ogólnej, pokojów izolacyjnych, sal dziennego pobytu, werand, jakości okien w salach, sposobu ogrzewania i oświetlania sal; następnie liczby, wynagrodzenia i kosztu żywienia służby, sypiania jej na salach, dyżurów nocnych, ilości dni wolnych, mieszkań służby, liczby służących żonatych, częstości zmiany służby, płacy i zaopatrzenia na starość, sposobu nauki pielęgnowania chorych, alkoholizmu wśród służby, stosunku służby do chorych, liczby dozorców, felczerów, sióstr, lekarzy, ich wynagrodzenia, czynności, wykształcenia i mieszkania; wreszcie opłat za chorych, stosunku ludności okolicznej do umysłowo chorych i istnienia lub nie warunków we wsiach okolicznych do zaprowadzenia systemu opieki rodzinnej nad umysłowo chorymi (patronage familial).

Franciszek König.

(Wspomnienie pośmiertne).

Chirurgia straciła z końcem ubiegłego roku znowu jedną swą podporę i to z grupy mistrzów takich, jak Thiersch, Hüter, Billroth, Volkmann, Bergmann i t. p.

Franciszek König należał do tych wyjątkowych ludzi, którzy umierając w tak późnym (a rzadkim dla chirurgów) wieku, bo 79 lat, żegnali ten świat z żalem; ostatniemi słowami zmarłego było: »Es war doch ein schönes, langes Leben«. A przecież König walczył bardzo w życiu. Działalność na katedrze uniwersyteckiej poprzedził u niego długi okres praktyki prowincyonalnej i właśnie to jest wielką zasługą zmarłego, że mimo wszystko, wybił się na tak wysokie stanowisko, wyprzedzając tych, którzy mieli łatwiejsze po temu warunki. Na uniwersytet uczęszczał König w Marburgu. Potem po promocyi przechodził przeróżne koleje. Był asystentem zakładu wodoleczniczego, potem kliniki lekarskiej w Marburgu, następnie był asystentem Rosera tamże, później osiadł w Homburgu, jako lekarz praktyczny. Potem objął posadę fizyka w Hanau, zarazem kierując szpitalem. Tutaj już, przez lat 10 zasłynął jako operator, a zarazem anatomopatolog i z Hanau też wyszło bardzo wiele jego cennych prac. Od r. 1869 zaczyna się już karyera uniwersytecka, mianowicie w Rostocku (po Hüterze), w Göttingen, a w końcu w Berlinie, gdzie też życia dokonał.

Z licznych a cennych prac Königa najważniejsze są przyczynki do chirurgii kończyn, zwłaszcza gruźlicy stawów, podręcznik chirurgii, który wyszedł w kilku wydaniach i językach, monografie zawarte w chirurgii Pitha-Billrotha, prace o leczeniu następowem chorych po tracheotomii (rurka Königa), rozprawy w »Deutsche Chirurgie« i wiele innych.

König był człowiekiem żelaznej wytrwałości i mrówczej pracy. Sam robił całe serye preparatów drobowidowych, pracował w licznych wydawnictwach, nie zaniedbując i czynności obywatelskich. W r. 1904 przeszedł na emeryturę, ale pracował ciągle dalej niestrudzenie i jeszcze do podręcznika Ebstein-Schwalbego napisał rozdział o chorobach serca i naczyń.

A. Klęsk.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Krajowa Rada Zdrowia zajmowała się na posiedzeniu w d. 11. II. 1911 we Lwowie następującemi sprawami: uzupełnienie instrukcyi dla oglądaczy zwłok, taksa leczenia w szpitalu w Kosowie, posada docenta higieny w seminaryum w Kołomyi, okrąg sanitarny w Bieczy, prywatny zakład położniczy we Lwowie. Wreszcie uchwaliła Rada Zdrowia zaznaczyć, że konieczną jest rzeczą, aby państwowy Zakład surowic w Wiedniu miał zawsze w zapasie dostateczną ilość surowic i szczepionek dla celów dyagnostycznych i leczniczych, w szczególności obecnie szczepionki przeciwdżumowej.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Karol Krzysztoforski z Wadowic, Kornel Michejda z Bystrzycy na Śląsku austryackim, Romuald Sikorski z Górskiego w Król. Pol., Zofia Marya Wyżykowska ze Trzciany w Galicyi i p. Wilhelm Türschmid z Rodatycz.

— Sekcya czortkowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbyła dnia 4. lutego b. r. posiedzenie administracyjno-naukowe, na którem wybrano na rok najbliższy: prezesem Dr Karola Wągrowskiego, zastępcą prezesa Dr Fr. Sękiewicza, sekretarzem administracyjnym Dr E. Gargulińskiego, naukowym Dr Al. Zawadzkiego, wszystkich z Czortkowa, delegatami na Walne Zgromadzenie Dr Sękiewicza z Czortkowa i Dr Hirschlera z Buczacza.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 5. II. do 11. II. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 10 † 3 (w tem obcych 4 † 2), krztuśca 6, ospy wietrznej 6, płonicy 4, odry 20 † 1 (1 † —), gorączki połogowej 1 † 1, róży 1. Dr Janiszewski.

Warszawa. Na posiedzeniu Komisyi antropologicznej przy Wydziale II. Towarzystwa naukowego warszawskiego, odbytem w dniu 28. stycznia r. b., p. K. Stołyhwo przedstawił nowe uzupełnienia i zmiany w budowie osteoforu-projekcyometru, oraz demonstrował ten przyrząd, p. E. Majewski podał wiadomość o nowych wykopaliskach w Iwanowicach nad Dłubnią, p. K. Stołyhwo zdał sprawę ze stanu prac przygotowawczych nad instrukcyą do badań antropologicznych.

— Posiedzenie Wydziału III. Towarzystwa naukowego warszawskiego odbyło się d. 9. lutego r. b. Na wstępie sekretarz przedstawił krótki zarys działalności Wydziału nauk matematycznych i przyrodniczych w ciągu pierwszych trzech lat istnienia Towarzystwa. Wydział odbył 26 posiedzeń, na których przedstawiono 140 oryginalnych rozpraw naukowych. Krótkie streszczenia tych prac, zamieszczone w »Sprawozdaniach« Towarzystwa, zajęły przeszło 1000 stron druku, prócz prac większych rozmiarów, wydanych oddzielnie. Sekretarzem Wydziału na następne trzechlecie wybrano ponownie p. J. Tura. Następnie przedstawiono 10 prac, między niemi p. Maryi Dunin-Karwickiej: »Gdzie znajdują się w warunkach fizyologicznych dwójłomne lipoidy w ustroju ludzkim«, p. J. Tura: »Anomalie dojrzewania jaj mięczaka Philine aperta L.« i p. St. Sterlinga p. t.: »Z histologii wątroby«.

— Bezimienny ofiarodawca ofiarował Towarzystwu lekarskiemu warszawskiemu 8000 rb. na fundusz, z którego odsetki służyć mają na zasiłki dla lekarzy, pragnących uzupełnić swe wykształcenie. (Gaz. lek. 6).

— D. 2. II. 1911 poświęcono i otwarto nowo zbudowany Zakład dla umysłowo nierozwiniętych dzieci, utrzymywany przez Zbór ewangelicko-augsburski. Zakład, istniejący od lat kilku, może w nowym budynku pomieścić 100 wychowanków; obecnie jest ich 37.

Kielce. Towarzystwo lekarskie kieleckie wybrało na następne trzechlecie prezesem Dr A. Czaplickiego (ponownie), bibliotekarzem Dr I. Lewinsohna. Do składu zarządu Towarzystwa oprócz powyżej wymienionych należą Dr Jedlicki skarbnik, Dr A. Kopczyński sekretarz, Dr J. Daszyński zastępca prezesa, oraz członkowie zarządu Dr M. Zawadzki i Dr Br. Laskowski.

Z różnych stron. Porządek dzienny posiedzenia Wydziału lek. »Polskiego Związku lek. i przyr.« w Petersburgu w d. 28. I. (10. II.) b. r. obejmował wykłady: Dr Michałowicza: »Odrębność przebiegu gruźlicy u dzieci, rozpoznanie jej, oraz zabiegi lecznicze« i doc. Dr Noiszewskiego: »O czuciu gruczołowem (adenaesthesia)«.

— Czytamy w dziennikach: »Przygotowując do druku pamiętniki Dr Stanisława Morawskiego, poszukuję przyczynków do Jego życiorysu. Dr Morawski urodził się w r. 1802 w powiecie trockim. Po ukończeniu w r. 1823 wydziału lekarskiego na uniwersytecie wileńskim, gdzie wszedł w bliższe stosunki z młodzieżą filarecką i należał do Towarzystwa filomatycznego, praktykował w Kownie, następnie wyjechał do Petersburga, gdzie w latach 1829—1835 był urzędnikiem do szczególnych poruczeń przy cywilnym generalnym lekarzu sztabowym, przez pewien czas był również lekarzem przy kancelaryi ministra sekretarza stanu Królestwa Polskiego, Ignacego Turkułła. Brał czynny udział w ówczesnem życiu towarzyskiem nad Newą, bywając w wielu domach polskich i rosyjskich. W r. 1838 powrócił do kraju i zamieszkał w rodzinnym majątku Ustronie, w powiecie trockim. Zmarł bezpotomnie w r. 1853. Osoby, posiadające jakiekolwiek wiadomości o Dr St. Morawskim, zechcą łaskawie porozumieć się ze mną. Henryk Mościcki. (Warszawa, Al. Ujazdowskie 16)«.

— Protektorat austryackiego Towarzystwa badania i zwalczania raka przyjął cesarz Franciszek Józef.

— Międzynarodowy komitet dla dalszego kształcenia się lekarzy (Intern. Komitee für das ärztliche Fortbildungswesen, Comité intern. pour l'enseignement medical complementaire) zajmuje się obecnie gromadzeniem materyału, któryby pozwolił udzielać lekarzom wszelkich potrzebnych informacyi o kursach lekarskich i t. p. Informacyi tych udziela bezpłatnie biuro komitetu (Berlin NW. 6. Luisenplatz 2—4), które komunikaty swe ogłasza w 3 językach: niemieckim, francuskim i angielskim. Obecnie wydało biuro wskazówki o kursach dla lekarzy, odbywających się w półroczu pierwszem b. r. w Niemczech, Anglii i na Węgrzech. Oprócz tego zbiera komitet dane, dotyczące urządzenia studyów lekarskich i sposobu nauczania medycyny w całym świecie cywilizowanym.

— III międzynarodowy Zjazd laryngo-rynologiczny odbędzie się w Berlinie 30. VIII. do 2. IX. b. r. pod przewodnictwem prof. Dr B. Fränkla. Ze Zjazdem połączona będzie wystawa naukowa. Tematami obrad będą: 1) Stosunek fonetyki doświadczalnej do laryngologii (referenci Gutzmann, Struyken). 2) Bronchoskopia i ezofagoskopia (Killian, Kahler, Chevalier Jackson). 3) Stosunek tkanki limfatycznej nosa i jamy nosowogardłowej do całego ustroju. (Broeckaert, Poli, Turner). 4) T. zw. włókniste polipy nosowogardłowe (Jacques, Hellat). Wyjaśnień udziela sekretarz Zjazdu, prof. Rosenberg. (Berlin N. W. Schiffbauerdamm 26).

— Ciekawe badania nad roznosicielami drobnoustrojów błonicy w szpitalach przeprowadził Lippmann z Hamburga. Szpital św. Jerzego w Hamburgu liczy 1500 łóżek i ma do obsługi chorych 90 sióstr, 93 pielęgniarek, 48 posługaczek i 50 posługaczy. W czasie panującej epidemii błonicy badano szczegółowo służbę szpitalną i znaleziono prątki błonicze niemal u połowy służby.

K.

— W Paryżu zawiązało się pod przewodnictwem prof. Roux »Towarzystwo ochrony dzieci przed gruźlicą«. Zbiera ono dzieci (w wieku od 8—13 lat) rodzin gruźliczych i umieszcza je po wsiach. Tutaj dzieci uczą się rzemiosł, uprawy roli i t. p. Towarzystwo rozporządza już kapitałem 150.000 franków. X.

— Czyniąc zadość dawno już odczutej potrzebie, zawiązał się niedawno w Wiedniu komitet, mający na celu założenie »Austryackiego Towarzystwa dla pielęgnowania zębów w szkołach«. Do komitetu należą między innymi: referent sanitarny ministeryum spraw wewnętrznych radca min. Dr de Haberler, jako przewodniczący, radca min. oświaty Dr Heinz, Prof. Dr Scheff, doc. Dr Burgerstein, docenci Dr Weiser i Dr Fleischmann, Dr Karolyi i Dr Wolf (sekretarz) i i. Statuty Towarzystwa, które zostały już przedłożone ministeryum spraw wewnętrznych, postanawiają utworzenie związków filialnych we wszystkich prowincyach, które mają żywo propagować myśl pielęgnowania zębów w szkołach, pozostając w ciągłej styczności z Towarzystwem centralnem wiedeńskiem. Ze względu na higieniczno-społeczne znaczenie wszczętej akcyi, należy się spodziewać, że myśl ta znajdzie w najobszerniejszych kołach poparcie.

— W pruskiej Izbie posłów oświadczył minister Dallwitz, że rząd już opracował projekt ustawy o paleniu zwłok. X.

— Projekt nowej ustawy o domokrążtwie zawiera postanowienie, że kompetujący o handel obnośny, mają udowodnić świadectwem lekarskiem, że nie cierpią na żadną chorobę zaraźliwą, ani też wstręt budzącą. X.

— Przeciwko pijaństwu wprowadzono w Kopenhadze i Amsterdamie następujący środek: policyant przewozi pijanego w dorożce do lekarza policyjnego, który bada go i odsyła dorożką do domu. Na drugi dzień właściciel szynku dostaje rachunek za wizytę lekarską i dorożkę swego gościa. X.

— Przyznany w r. b. po raz pierwszy »Złoty medal chirurgii« i 5000 franków nagrody, utworzonej przez prof. Lannelonguea, otrzymał za rok przeszły Sir Victor Horsley, słynny chirurg londyński. X.

Powołani: patolog prof. Schmidt z Zürichu do Marburga.

Zmarli: internista prof. Stern we Wrocławiu, pedyatra prof. Escherich w Wiedniu.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung. Zesz. 2. (Monachium, Lehmann). Cena rocznika 16 Mk.

Zeszyt za luty, poświęcony według programu chorobom krążenia i oddychania, obejmuje w r. b. rozprawy prof. Ortnera o bólach w okolicy serca (bóle w ścianie klatki piersiowej, bóle sercowe, dusznicowate [anginoide Schmerzen], dusznica bolesna, i t. d.), oraz o leczeniu stwardnienia tętnic lekami i sposobami fizycznymi. Z zakresu chorób narządu oddychania podaje w zastępstwie prof. Brauera asystent jego Dr O. Bruns pracę o rozedmie płuc i jej leczeniu. Z.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 1. marca 1911 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Prof. Kostanecki: Hernia obturatoria (demonstracya), 2) Dr Janiszewski i doc. Nitsch: O pracowni bakteryologicznej miejskiej. 3) P. Borkowski: Ehrlich i jego teorya.

Rok L. Kraków, dnia 25. lutego 1911. Nr. 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Przetwór »606« w świetle chemoterapii Ehrlicha

podał *)

Dr Maksymilian Blassberg.

Wspaniałemu rozkwitowi medycyny w ostatnim wieku towarzyszy dziwny nihilizm terapeutyczny. Kramarskie zasypywanie rynku aptekarskiego przez setki tysięcy przetworów, kryjących w najrozmaitszych odmianach formy i etykiety przeważnie identyczne leki, znamionuje mimo swej pstrej obfitości zupełną bezduszność jednej z najważniejszych dziedzin działalności lekarskiej — bo dziedziny lecznictwa, które przecież obok zapobiegania jest głównym i naczelnym celem wszystkich zadań i wysiłków lekarskich. Jedynie bakteryologia także i w opuszczoną dziedzinę lecznictwa rzuciła pewien ożywczy promień dzięki zdobyczom na polu leczenia antytoksynami. Nieznaczny też postęp zaznaczyła w lecznictwie organoterapia. Zupełnie zrozumiałym jest przeto ogromny entuzyazm, jaki wywołał w świecie lekarskim Ehrlich przetworem »606«, a to nie tyle przez to, że wzbogacił arsenał lekarski nowym środkiem, który jak dotąd okazał się bardzo dobrym, ale może więcej jeszcze przez to, że do wykrycia tego środka szedł celowo i konsekwentnie nową drogą tak zwanej chemoterapii i odkrył medycynie zupełnie nowe horyzonty działania i poszukiwania.

W pojęciu »chemoterapii« nie mieści się ogólnie wszelkie działanie lecznicze na drodze chemicznej. Przez chemoterapię rozumiemy działanie lecznicze, skierowane zapomocą środków chemicznych wyłącznie do zniszczenia żywych drobnoustrojów, wywołujących chorobę. Ażeby zatem przeprowadzać badania doświadczalne chemoterapeutyczne, należy sztucznie wywoływać w ustroju zwierzęcym chorobę i potem szukać doświadczalnie sposobu leczenia. Obecna farmakologia zeszła, zdaniem Ehrlicha, zupełnie do roli czystej toksykologii, śledząc wpływ leków, i to przeważnie trujących, na zdrowy ustrój zwierzęcy. Leczeniem zaś i usuwaniem przyczyn wywołujących choroby farmakologia się nie zajmowała. O lekach używanych przeciwko kile, np. o sublimacie, wiemy tylko, że jest trujący dla ustroju; o jodku potasu wiemy, że działa trująco na serce. Ale te fakty farmakologiczne nie dają nam podstawy do wniosku, że leki wspomniane należy stosować do leczenia kiły.

Ażeby uzyskać leki przeciw chorobom zakaźnym próbowano zapomocą substancyi chemicznych zabijać drobnoustroje, chorobotwórcze dla ludzi i zwierząt. Na tej drodze powstało odkażanie. Zapomocą środków odkażających np. sublimatu lub karbolu bardzo łatwo zniszczyć w probówce czystą hodowlę np. gronkowców lub bakteryi błoniczych.

Zupełnie inaczej przedstawia się jednak sprawa, gdy doświadczenia z probówki chciano przenieść na ustrój żywy. Wiadomo, jak niedoścignionym ideałem jest do dziś dnia jeszcze dla chirurgów doszczętne wyjałowienie rąk przed zabiegami operacyjnymi. Na olbrzymie trudności napotyka też antyseptyka miejscowa ran. Krzyształowicz i Siedlecki badali wpływ kilkakrotnego przemywania miejscowego sublimatem nacieków kiłowych na ilość krętków bladych w cieczy, wyciśniętej z nacieków, i doszli do przekonania, że wpływ ten jest bardzo mały i ogranicza się tylko do warstw powierzchownych, natomiast w warstwach głębszych krętki rozwijają się zupełnie swobodnie.

Jeżeli w usiłowaniach naszych pójdziemy jeszcze dalej i zechcemy np. przewód pokarmowy albo inne narządy i soki ustroju poddać tak zwanemu »odkażeniu wewnętrznemu« względnie »antyseptyce wewnętrznej«, to napotykamy trudności prawie nieprzezwyciężone. Znaczna bowiem liczba środków odkażających, skutecznych poza ustrojem, wchodzi z białkiem i z sokami ustroju, zawierającemi białko, w luźne połączenia. Wskutek tego środki te działają silnie na soki i komórki ustroju, do którego je dla celów antyseptycznych wprowadzamy, a chybiają celu głównego t. j. działania na drobnoustroje chorobowe, zagnieżdżone w organizmie. Wykazał to wybitnie Robert Koch na sublimacie, który jest silnym środkiem odkażającym wobec wszystkich drobnoustrojów. Rozczyn sublimatu zabija bowiem prątki wąglika poza ustrojem w dość słabych rozczynach, jeżeli jednak zwierzęciu zakażonemu wąglikiem wstrzykniemy choćby tak duże dawki sublimatu, że ich koncentracya byłaby w probówce dla bakteryi napewno zabójczą, to zwierzę padnie z powodu zatrucia sublimatem a prątki wąglikowe rozwijają się dalej bezkarnie.

Jest to niewątpliwie wyłączną zasługą Ehrlicha, że chemoterapię pchnął na nowe tory, obfite w zdobycze. Trzy są linie wytyczne, znamionujące prace chemoterapeutyczne Ehrlicha.

1) Przedewszystkiem doszedł on do przekonania, że

*) Podług wykładu wygłoszonego dn. 8. II. 1911 w Krakowskiem Towarzystwie lekarskiem.

należy odstąpić od zasady stworzenia środka, zabójczego równocześnie dla wszystkich gatunków drobnoustrojów chorobotwórczych w ustroju. Trzeba według Ehrlicha ograniczyć się do szukania środków swoistych, działających wobec pewnych tylko mikrobów lub gatunków mikrobów. Zwrócił się on naprzód nie przeciwko bakteryom, a zatem drobnoustrojom roślinnym, lecz przeciwko krętkom (Spirochaete) i świdrowcom (Trypanosoma) z grupy pierwotniaków (Protozoa). Nadzieję uzyskania w tym kierunku pomyślnych wyników nasuwała ta okoliczność, że już od szeregu stuleci znanym środkiem jest chinina, która powstała wprawdzie na drodze powolnej, wieki całe trwającej empiryi ludowej, ale jest niewątpliwie lekiem chemicznym swoiście działającym przeciw pasorzytom zimnicy przez to, że je zabija i z krwi usuwa. W dziedzinie tejsamej, swoisto-chemoterapeutycznej, było też znane leczenie kiły rtęcią. Istota leczenia rtęciowego kiły została znacznie wyjaśnioną i dostępną ścisłej chemoterapii od czasu a) odkrycia krętka bladego z grupy pierwotniaków (Spirochaete pallida) przez Schaudinna i Hoffmanna, b) od czasu, gdy Miecznikow, Roux, Bertarelli, Parodi, Krzyształowicz, Siedlecki i inni wykazali, że kiła da się przenieść na małpy, króliki i inne zwierzęta, c) od czasu, gdy wrocławski syfilodolog Neisser udowodnił, że leczenie rtęcią działa istotnie swoiście leczniczo przy kile i że narządy małp, leczonych dostatecznie rtęcią, nie wywołują zakażenia, a natomiast narządami zwierząt kontrolnych, nieleczonych, można dalej przenosić zakażenie, d) w końcu od czasu, gdy odczyn Wassermanna umożliwia do pewnego stopnia przedmiotową kontrolę wyniku leczniczego.

2) Drugim szczegółem znamiennym dla prac chemoterapeutycznych Ehrlicha jest twierdzenie, że działanie bakteryobójcze jakiegoś środka w probówce nie ma żadnego, najmniejszego nawet znaczenia przy ocenie jego wartości leczniczej dla żywego ustroju. Bo albo środek jakiś może mieć silne działanie w probówce, a zupełnie zawodzić w ustroju, albo też odwrotnie środek jakiś może w probówce zawodzić, a wprowadzony do ustroju może podlegać już w ustroju pewnym przemianom chemicznym, które mu nadają własności bakteryobójcze.

3) Trzecim wreszcie i to najważniejszym rysem prac chemoterapeutycznych Ehrlicha jest tak zwane stanowisko »dystrybutywne«. Jak dla chemii istnieje prawidło ogólne »Corpora non agunt nisi soluta«, tak dla chemoterapii stawia Ehrlich prawidło ogólne »Corpora non agunt nisi fixata«. Znaczy to, że tylko te pasorzyty mogą uledz działaniu zabójczemu jakiegoś leku, które mają do danego leku powinowactwo chemiczne, tak, że lek wiąże się z drobnoustrojami. Takie ciała chemiczne zwie Ehrlich parasitotropowemi, a o ile chodzi o drobnoustroje, będące przyczyną danej choroby, etyotropowemi (aetiotrop).

Przy stosowaniu przetworów chemicznych musimy jednak uwzględnić fakt, że lek chemiczny skierowuje swoje działanie nietylko w kierunku pasorzytów chorobowych, że działa zatem nietylko etyotropowo — względnie parasitotropowo, lecz że ma także mniej lub więcej wybitne powinowactwo do pewnych komórek lub tkanek ustroju, czyli że działa też organotropowo. Zadaniem chemoterapii jest wynajdowanie substancyi, któreby miały silne powinowactwo chemiczne do protoplazmy pasorzytów, a równocześnie którychby organotropia, to jest szkodliwe powinowactwo do narządów ustroju, była możliwie najmniejszą. Nadto musimy, zdaniem Ehrlicha, zwrócić uwagę na to, ku jakim narządom ustroju dany lek się rozdziela. Błękit metylenowy np. jest monotropowy. W razie bowiem wstrzyknięcia błękitu metylenowego do żywego ustroju, zakończenia nerwów obwodowych barwią się błękitnie, co wiedzie do wniosku, że błękit metylenowy posiada właśnie szczególne powinowactwo do zakończeń nerwów obwodowych, czyli, że jest środkiem neurotropowym. Większość barwików natomiast barwi znaczniejszą ilość tkanek, czyli jest politropową.

(Dok. nast.).

Z kliniki dermatologicznej Uniw. Jagiell.

O znaczeniu leczniczem arsenobenzolu (606)

skreślili

Prof. Dr Wład. Reiss i **Dr Fr. Krzyształowicz**
Dyrektor kliniki. Prof. nadzw. dermatologii.

(Dokończenie).

U pierwszych chorych przybyłych do leczenia wstrzykiwano 0,3—0,4 gr. przetworu, wkrótce jednak zwiększyliśmy dawkę do 0,6—0.8 gr., nie możemy wszelako stwierdzić, jakoby wielkość dawki szła zawsze w parze z wynikiem leczenia. Widzieliśmy bowiem w tym lub owym przypadku po 0,4 gr. wynik szybszy, niż w innym, »caeteris paribus«, po dawce 0,7 gr., w taki sam sposób stosowanej; podobnie spotykaliśmy po małych dawkach odczyn silniejszy, niż po większych, chociaż czynniki konstytucyonalne były mniej więcej jednakie. Wogóle po wstrzykiwaniach śródżylnych wynik leczniczy był nieco szybszy, niż po miąższowych. Po śródżylnych występował zazwyczaj silniejszy odczyn, jednak prócz objawów takich, jak nudności, wymioty, odbijania i zawroty głowy, nie spostrzegaliśmy innych cięższych lub groźnych. Szkodliwego działania na serce albo na narząd trawienia lub też jakichś cięższych zboczeń stanu ogólnego nie spotykaliśmy wcale, prócz jednego przypadku, opisanego poniżej; podobnie nie widzieliśmy wpływu na wydzielanie białka lub cukru.

Jako jeden z objawów występujących prawie stale po wstrzykiwaniach, wymienić należy odczyn Jarisch-Herxheimera. W pewnej liczbie przypadków występowało silniejsze zaczerwienienie wysypki po 8 do 20 godz., najczęściej jednak dopiero drugiego dnia. Odczyn ten, który czasami pojawiał się w postaci zaczerwienienia otaczającego wykwity, trwał zazwyczaj kilka godzin, rzadziej 2—3 dni. Należy zaznaczyć równocześnie, że odczyn ten występował znacznie częściej po wstrzykiwaniach śródżylnych, niż po miąższowych, co znajduje wytłomaczenie w gwałtowniejszem dostawaniu się przetworu w tkanki przy pierwszych wstrzykiwaniach. Oddziaływanie jednak tkanek nie trwało długo po wstrzykiwaniach śródżylnych, znikało bardzo szybko tak, że wtedy, gdy robiono wstrzykiwania miąższowe (po 2 dobach), nie było śladu zaczerwienienia. W dwóch przypadkach odczyn zniknął zupełnie po 18 godzinach. Po wstrzykiwaniach miąższowych trwało zaczerwienienie zawsze dłu-

żej, czasami nawet trzy do czterech dni; powstawało zaś częściej w przypadkach wysypki plamistej, niż guzkowej, częściej po wstrzykiwaniach płynu zasadowego, niż obojętnego. Trudno jednak stwierdzić, czy wielkość dawki miała wyraźny wpływ na nasilenie odczynu albo na szybkość pojawiania się tego, lub wreszcie na długość trwania tego objawu, gdyż widzieliśmy szybko występujący odczyn tak po małych, jak i dużych dawkach. Możemy jednak wspomnieć o jednem znamieniu: odczyny powstające po małych dawkach, trwały dłużej, aniżeli pojawiające się szybko i wybitnie po zastosowaniu dawek większych tego przetworu. Spostrzeżenie to skłaniałoby do przyjęcia, że dawki mniejsze działają podrażniająco, nie niszcząc jadu. Tylko w nielicznych przypadkach nie spostrzegaliśmy odczynu w zakresie wykwitów kiłowych, ale nie zawsze po większych dawkach. Brak tego zaczerwienienia zmian kiłowych zapisywano tak w przypadkach całkiem świeżych, jak i w nawrotach, tak u już leczonych, jak i dotąd nieleczonych. W takich przypadkach wysypka bladła szybko i w krótkim czasie znikała w zupełności.

D z i a ł a n i e a r s e n o b e n z o l u n a n a c i e k k i ł o w y jest wogólności bardzo wybitne. Nacieki pierwotne traciły wkrótce po wstrzykiwaniu swoją twardość, tkanka nacieklła stawała się miększą, a barwa brunatno-czerwona nacieków przechodziła w czerwono-żółtą. Jeżeli nacieki pierwotne były owrzodziałe — co spotykano najczęściej — to już w krótkim czasie pokrywały się naskórkiem po szybkiem oczyszczeniu dna owrzodzenia. Najczęściej jednak zauważaliśmy jeszcze dłuższy czas — 1—2 tygodni — utrzymujące się stwardnienie miernego stopnia. Nacieki pierwotne płytkie, ale twarde, pergaminowate, jakie widuje się na wargach sromnych mniejszych u kobiet, traciły swoją twardość w przeciągu kilku dni. W jednym przypadku tego rodzaju nacieku nie było prawie śladu już w trzy dni po wstrzykiwaniu, a tylko lekkie zaklęśnięcie było dowodem istnienia nacieku.

Powstający w następstwie rozwoju nacieku pierwotnego obrzęk gruczołów pachwinowych zmniejszał się często już po 2—3 dniach, gruczoły stawały się nietylko mniejsze, ale i miększe; to szybkie działanie na gruczoły stwierdziliśmy cztery razy na 12 przypadków. W jednym przypadku dwa duże twarde gruczoły pachwinowe zmiękły po 24 godzinach; w większości przypadków jednak czekaliśmy dłużej na podobny wynik, a w niektórych nawet po tygodniach nie zauważyliśmy wyraźnej zmiany.

Działanie wybitne, uderzające w oczy, należy podnieść bardzo dobitnie w drugim okresie wylęgania. Przedewszystkiem chodzi tu o białkomocz małego stopnia, który czasami spostrzega się w tym okresie u osób zresztą zdrowych, a który pojawia się nie tak rzadko, jak to zwykło się przypuszczać. Ten białkomocz, występujący często bezpośrednio przed wysypką i niewątpliwie dający się wytłomaczyć ogólnem zakażeniem ustroju, mogliśmy stwierdzić u kilku z naszych chorych. Po wstrzyknięciu arsenobenzolu białko znikło bardzo szybko z moczu i więcej się nie pojawiło. U jednej chorej (sclerosis initialis ad urethram, lymphadenitis inguinalis ambilateralis) już w 24 godzin po wstrzykiwaniu stwierdzono zniknięcie białka z moczu; u drugiej chorej z wysypką guzkową ten sam wynik wystąpił w przeciągu jednego tygodnia ($^1/_2{}^0/_0$ białka).

Działanie przetworu Ehrlicha na w y s y p k i d r u g o r z ę d n e było w większości leczonych przez nas chorych zadziwiająco szybkie. Wysypki plamiste, tak świeże, jak i powracające, ginęły średnio w 5—12 dniach; zblednięcie wysypki następowało najczęściej już następnego dnia po wstrzykiwaniu. Z drugiej strony jednak mieliśmy do czynienia także z oporniejszemi wysypkami plamistemi, które ustępowały dopiero po dwu tygodniach. W ogólności można było zauważyć wyraźniejszy wynik leczniczy w wysypkach guzkowych, niż plamistych. Tak n. p. spostrzegaliśmy na drugi dzień po wstrzyknięciu miąższowem (0,70) przypłaszczenie się guzków, zajmujących w gęstem ułożeniu całą powierzchnię skóry, a do tygodnia pozostały na wielu miejscach tylko plamy barwikowe, jako ślady przebyłej wysypki. W przypadkach wysypek mieszanych, plamisto-guzkowych, można było stwierdzić często najpierw przypłaszczenie się guzków, a dopiero później blednięcie wysypki plamistej. W jednym z takich przypadków zapisano równocześnie istnienie żółtych plam barwikowych obok wyraźnej wysypki plamistej, której blednięcie dopiero się rozpoczynało.

Jednakże nie we wszystkich przypadkach spostrzegało się tak wybitne działanie arsenobenzolu na wysypkę guzkową. Spotykaliśmy bowiem przypadki, w których mimo stosowania dawek wysokich, a nawet pomimo dwóch wstrzykiwań guzki, szczególnie kłykciny sączące, utrzymywały się długo w stanie niezmienionym i w końcu przeszły w bliznowate guzy. U niektórych chorych jeszcze po 10 dniach nie miały kłykciny sączące skłonności do przypłaszczenia się, chociaż pokryły się już wcześniej naskórkiem. Kłykciny błon śluzowych ustępowały często w przeciągu paru dni, co więcej, widzieliśmy niejednokrotnie znaczne wybujałości w gardle i na migdałkach, oczyszczające się już trzeciego dnia; powierzchowne, więcej owrzodziałe guzki błon śluzowych zaczynały się już goić następnego dnia po wstrzykiwaniu. Działanie to w niektórych przypadkach nie trwało długo; u jednego chorego, u którego bujne kłykciny podniebienia ustąpiły szybko po wstrzykiwaniu 0,6 gr., zauważyliśmy nawrót w tej samej postaci i tego samego natężenia już 12 dnia później. W ogólności jednak powiedzieć można, że działanie na wykwity błon śluzowych było szybkie i wybitne.

Wysypki liszajowate (lichenoïde) (dwa przypadki), które ustępują powoli i trudno przy leczeniu rtęciowem, zmieniały się bardzo szybko, bo już w tygodniu po wstrzykiwaniu; wysypka guzkowo-krostkowa przeszła w 10 dniach w plamy barwikowe i płytkie powierzchowne blizny. Guzki skóry owłosionej głowy nie znikały tak szybko; ponieważ jednak wykwity te powstają na tle zmian łojotokowych, a leczenia miejscowego w żadnym z omawianych przypadków nie stosowano, nie może dziwić nas dłuższe trwanie tego rodzaju wysypek.

Prócz obrzęku gruczołów, towarzyszących naciekowi pierwotnemu, zasługuje na wzmiankę także i zachowanie się o b r z ę k ł y c h g r u c z o ł ó w c h ł o n n y c h w ogólności. Działanie arsenobezolu było i w tym kierunku korzystne. Twarde gruczoły szyjne, na które w każdym przypadku zwracano uwagę, zmniejszały się i stawały się miększe już w przeciągu kilku dni. Działanie to zauważono tak po wstrzykiwaniach miąższowych jak i śródżylnych, a tylko

w niewielu przypadkach nie można było stwierdzić wpływu wstrzykiwania na wielkość gruczołów. Widzieliśmy bowiem przypadki, w których wysypka znikła bez śladu, gruczoły zaś, szczególnie leżące w sąsiedztwie nacieku pierwotnego, pozostały niezmienione. Główne jednak były to przypadki zakażenia mieszanego. Zauważyliśmy zarazem, że jeżeli gruczoły zaraz w pierwszych dniach po wstrzykiwaniu nie oddziaływały, nie można było oczekiwać działania w tym kierunku nawet i później.

W przypadkach zapaleń okostnych okresu późnego nie spostrzegaliśmy wyraźnie dodatniego wyniku leczenia. U jednego chorego ze zgrubieniami kości goleni, połączonemi z silnymi bólami, czekaliśmy kilka tygodni na wyraźną poprawę, która dopiero wtedy nastąpiła, gdy chory ten otrzymał drugie wstrzykiwanie (0,7) po dwutygodniowej przerwie. I w tym przypadku jednak nie stosowano żadnego leczenia miejscowego.

Z dziewięciu nawrotów, które spostrzegaliśmy od początku naszych doświadczeń (wrzesień) do końca stycznia, wystąpiły świeże objawy chorobowe u czterech chorych już w miesiąc po wstrzykiwaniu, w jednym przypadku w sześć tygodni, w dwóch w dwa miesiące, a w dwóch w trzy miesiące od czasu wstrzykiwania. W trzech przypadkach pojawiły się nawroty po dwóch wstrzykiwaniach, mianowicie już w cztery tygodnie po drugiem wstrzykiwaniu.

U czterech chorych, którzy powrócili z nawrotami, znaleziono nacieki błony śluzowej ust lub kłykciny sączące części płciowych. U jednego chorego, którego leczono skutkiem zapalenia okostnej goleni dawką 0,6 gr. wytworzył się w cztery tygodnie po wstrzykiwaniu wrzód kilakowy na tylnej ścianie przełyku, który zagoił się dopiero po drugiem wstrzykiwaniu. U innego chorego, leczonego skutkiem rozległych wrzodów kilakowych podniebienia twardego, nosa i gardła trzema wstrzykiwaniami (0,3 + 0,4 + 0,6), powstał po drugiem wstrzykiwaniu szybki rozpad tkanki w najbliższem sąsiedztwie świeżo zabliźnionych wrzodów. Te nowe ubytki tkanki zagoiły się dopiero po trzeciem wstrzykiwaniu, po którem chory został wypuszczony, gdy stwierdzono ujemny odczyn Wassermanna.

Osobnej wzmianki wymaga chora kobieta przyjęta z naciekiem pierwotnym sutka i wysypką plamisto-guzkową, której wstrzyknięto 28. IX. 0,5 gr. Hy miąższowo. Wszystkie objawy znikły bardzo szybko, gdyż 10. X. zapisano tylko plamy barwikowe na miejscu guzków i znaczne zmniejszenie się obrzękłych gruczołów odpowiadającej wrzodowi pachy. Zatrzymaliśmy jednak chorą celem dalszych spostrzeżeń jeszcze w klinice i badaliśmy co 10 dni odczyn Wassermanna, który był stale ujemny (8. X., 15. X.), poczem wypuszczono chorą dnia 25. X. Przed wypuszczeniem badany odczyn Wassermanna był ujemny. W dwa miesiące później (28. XII.) zgłosiła się chora ponownie skarżąc się na bóle głowy i nudności, a po stwierdzeniu że odczyn Wassermanna jest ujemny odesłano ją tymczasowo na oddział wewnętrzny. Wkrótce jednak przeniesiono chorą z powrotem do kliniki dermatologicznej, gdyż przypuszczano objawy zapalenia opon mózgowych na tle kiłowem. Tymczasem objawy mózgowe występowały z coraz większem nasileniem, bóle głowy były nader silne, a odczyn Wassermanna wypadł dodatnio (5. I.). Następnego dnia stwierdzono porażenie nerwu twarzowego i w tymże dniu wstrzyknięto chorej w pośladek 0,6 gr. arsenobenzolu. Od tego dnia począwszy stwierdzano z dnia na dzień postępujące polepszenie, t. zn. bóle głowy zmniejszyły się bardzo wybitnie, łaknienie powracało, a chora skarżyła się jedynie na ogólne osłabienie i zawroty głowy. W 10 dniu po wstrzykiwaniu przepisano chorej wcieranie rtęciowe po 4 gr. dziennie i zatrzymano ją w klinice celem dalszych spostrzeżeń.

Tylko w jednym przypadku widzieliśmy w dwa miesiące po wstrzykiwaniu wysypkę plamistą na całej powierzchni skóry, i wszystkie znamiona wybuchu świeżego (po 0,4 gr.). Ten nawrót zniknął w pięć dni po drugiem wstrzykiwaniu, odczyn Wassermanna pozostał dodatni.

U jednego chorego, który przybył do kliniki z naciekiem pierwotnym w rowku pozażołędnym, okazującym rozpad na powierzchni i u którego odczyn Wassermanna był dodatni, nastąpiło zagojenie wrzodu po 17 dniach po wstrzyknięciu 0,7 gr. Gruczoły pachwinowe zmniejszyły się również bardzo wybitnie, bo pozostał tylko jeden gruczoł po stronie prawej. Chory opuścił klinikę z odczynem krwi ujemnym, powrócił jednak w 50 dni po pierwszem wstrzykiwaniu z małą szczeliną w bliźnie po dawnym wrzodzie. Znalezione w surowicy krętki dowiodły, że mamy do czynienia z miejscowym nawrotem, chociaż bez ponownego zajęcia gruczołów. Do wybuchu wysypki u tego chorego nie doszło, a szczelina zagoiła się w kilku dniach po wstrzyknięciu ponownej dawki 0,7 gr.

Również godnym wspomnienia jest przypadek dotyczący kobiety ciężarnej, której wstrzyknięto w 6-ym miesiącu ciąży 0,4 gr. skutkiem wysypki plamisto-guzkowej i po paru tygodniach wyleczoną wypuszczono z kliniki. W dwa miesiące od czasu wstrzyknięcia, t. j. w 8-ym miesiącu ciąży chora zgłosiła się znowu skutkiem kłykcin błony śluzowej krtani i części płciowych. Dla tej przyczyny wstrzyknięto jej ponownie 0,3 gr. miąższowo; na drugi dzień po wstrzykiwaniu pojawiła się na całej powierzchni skóry wysypka o dużych plamach, silnie zaczerwienionych (odczyn Jarisch-Herxheimera). Przypadek ten zdaje się poświadczać przypuszczenie, że małe dawki arsenobenzolu pobudzają rozwój ukrytego w ustroju jadu i wywołują wybuch świeżej wysypki. Swojego czasu podnosił ten szczegół Welander co do małych dawek rtęci.

Najwybitniej występuje działanie arsenobenzolu w przypadkach kiły później, szczególnie jednak kiły złośliwej. Owrzodzenia późnej kiły oczyszczały się po kilku dniach i goiły się mniej więcej w dwu tygodniach, chociaż miejscowo stosowano tylko środki całkiem obojętne. Głębokie owrzodzenia podniebienia i tylnej ściany przełyku w przypadkach kiły złośliwej, w których rtęć była bez skutku, oczyszczały się zaraz (w 2 przyp. po dwóch dniach) po wstrzykiwaniu i goiły się w kilku tygodniach. Należy zaznaczyć, że w tych przypadkach tu i owdzie po wstrzykiwaniu występował na nowo rozpad tak, że zastosowywano ponownie wstrzykiwanie; jednakże ostateczny wynik był zawsze pomyślny.

Między 10 przypadkami kiły późnej, względnie złośliwej, które leczono arsenobenzolem, zasługuje jeden na szczególną wzmiankę ze względu na bardzo korzystne, wprost uderzająco silne działanie tego przetworu na owrzodzenia krtani i nacieki chrząstek, leczone poprzednio bez skutku rtęcią i jodem.

U chorej w znacznym stopniu wychudzonej, niedokrwistej i wyniszczonej skutkiem ciągle powracających od

dłuższego czasu nacieków i owrzodeń krtani, stosowano kilkakrotnie leczenie rtęciowe, w ostatnim roku jednak zupełnie bezskutecznie. Ciągła chrypka, jakoteż utrudnienia w oddychaniu wzmagały się ciągle, a stan pogorszył się jeszcze po leczeniu jodem, które zalecono w ostatnich czasach w klinice laryngologicznej. Badanie laryngoskopowe wykazało znaczne wybujałości i owrzodzenia kilakowe w zakresie nagłośni i na więzadłach głosowych, jakoteż głębokie wrzody w głębszych częściach krtani. Pierwsze wstrzyknięcie (0,3 gr.) sprowadziło znaczne polepszenie zaraz w pierwszych dniach, a badanie krtani wykazało już 5 dnia oczyszczanie się brzegów owrzodzenia i zmniejszanie się nacieków. W 10 dni po pierwszem wstrzykiwaniu wstrzyknięto chorej ponownie w pośladek 0,4 gr. i od tego czasu można było stwierdzić z dnia na dzień postępującą zwolna poprawę wszystkich objawów i obrazu chorobowego w krtani. Tak duszność jak i utrudnienie w połykaniu zmniejszyły się znacznie, a stan ogólny chorej poprawiał się stale i bardzo wybitnie. W 20 dni po drugiem wstrzyknięciu stwierdzono tylko resztki nacieków, owrzodzenia zupełnie zabliźnione. Chora otrzymała jeszcze w trzy tygodnie po drugiem trzecie wstrzyknięcie (0,4), chociaż obraz krtani już się wiele nie zmienił i opuściła klinikę w dobrym stanie ogólnym, tylko z lekką chrypką.

Należy również z naciskiem podnieść, że arsenobenzol działał bardzo pomyślnie na stan ogólny chorych wyniszczonych, a zatem na ogólną przemianę materyi. Szczególnie można było stwierdzić to korzystne działanie w przypadkach kiły złośliwej. Nie potrzeba dodawać, że wszystkie przetwory arszenikowe odgrywały zawsze znaczną rolę w leczeniu zmian ogólnych, wywołanych zakażeniem kiłowem.

Z przypadków kiłowych, względnie parakiłowych schorzeń ośrodkowego układu nerwowego leczono w całości kilka przypadków porażenia postępującego w okresach początkowych, przypadek początkowego wiądu rdzenia i kiły z objawami wiądu (pseudotabes). W tym ostatnim przypadku nastąpiła po dwóch wstrzykiwaniach wyraźna poprawa (równocześnie spostrzeżenia kliniki chorób nerwowych), a chory znajduje się ciągle w leczeniu.

W jednym przypadku porażenia postępującego nastąbiła po dwóch wstrzykiwaniach znaczna poprawa wszystkich objawów; poczem chorego wypuszczono z oddziału psychiatrycznego. Nie możemy naturalnie rozstrzygać, czy w tym przypadku mamy do czynienia tylko ze zwolnieniem choroby, niezależnie od leczenia, czy też z tak korzystnem działaniem samego środka Ehrlich'a.

Jak już powyżej wspomnieliśmy, spostrzegaliśmy w czasie naszych doświadczeń z arsenobenzolem u przeszło 70 chorych jeden przypadek ciężkiego zatrucia, a ponieważ zasługuje on na szczególną uwagę, przytoczymy go w całej rozciągłości:

T. S. lat 26, kupiec, przybył z zagojonym naciekiem kiłowym pierwotnym przy nasadzie prącia od dołu. Odczyn Wasserman-Dungerna dodatni. Innych zmian kiłowych prócz powiększonych gruczołów chłonnych w pachwinach nie spostrzeżono. W moczu białka nie było, cukru do 0,5%.

18. XI. 1910 r. wstrzyknięto w pośladek lewy 0,5 gr. arsenobenzolu Id. w1 cm³ wyskoku etylow. +4 cm³ $^1/_{10}$ ługu normalnego +10 cm³ fizyol. rozcz. soli kuchennej (razem 15 cm³ płynu). Ciepłota podniosła się tego dnia wieczorem do 38·6; chory odczuwał ból w pośladku przez cały dzień i noc. Na drugi dzień stan bezgorączkowy (wieczór 37), bóle w kończynie mniejsze, stan ogólny dobry; w pośladku naciek wyraźny, przy dotyku bolesny. W moczu cukru nie wykazano. Naciek pierwotny miększy, gruczoły pachwinowe wyraźnie mniejsze.

20. XI. Ciepłota podwyższona (37·4—37·9).

21. XI. Ciepłota 37·1—37·8, tętno dochodzi do 90.

22. XI. Ciepłota taka sama (do 37·8); stan ogólny niezmieniony, łaknienie nieco mniejsze, sen słaby; naciek w pośladku kiełbasowaty, ciągnący się od kości krzyżowej ukośnie do krętarza, przy dotyku żywo bolesny.

23. XI. Ciepłota obniżona, rano 36·9, wieczór dochodzi do 37·3.

24. XI. Ciepłota 37—37·3, stan ten sam.

25. XI. Ciepłota 37·2—37·5, łaknienie bardzo słabe, sen przerywany, chory nieco apatyczny.

26. XI. Ciepłota ranna 37·3, podnosi się wieczorem do 38·5. Chory skarży się na bóle w pośladku i nudności. W nocy nudności się wzmogły i doszło do kilkaktrotnych wymiotów, przy podniesieniu ciepłoty do 40·1° C, przyczem chory majaczył i prawie nie poznawał otaczających osób.

27. XI. Od rana aż do wieczora wymioty powtarzały się często, chory nie znosił żadnych potraw, nawet płynów zimnych; majaczenie wśród senności.

O godz. $5^1/_2$ wieczorem dostał chory lawatywę z oliwą, a olejek rącznikowy wewnętrznie. Po lawatywie w $^1/_2$ godz. i później wśród nocy było kilka wypróżnień dość obfitych. Morfina w ilości 0,015. Wymioty pojawiły się znowu w nocy po godz. 12 trzykrotnie, do tej godziny zaś od 8 wieczór chory spał w jednym ciągu chwilami majacząc. Ciepłota ciągle podniesiona: rano 37·1, o godz. 3 doszła do 40·1°, w nocy opadła do 39·1°; tętno dobrze napięte, dochodzi chwilami do 110 uderzeń.

28. XI. Rano znowu kilkakrotne wymioty, język suchy, przytomność niezupełna. Ciepłota w nocy o godz. 2 39, tętno 106, o 4 38·8°, tętno 96, o 6 38·9° C tętno 96.

Rano o godz. 9 tętno 88, ciepłota 38·8°. W pośladku naciek nie jest większy, ani więcej bolesny przy dotyku. Po południu ciepłota doszła do 40·3° C. Ze względu na warunki w klinice dermatologicznej, przeniesiono chorego do kliniki chorób wewnętrznych*)

Chory okazuje znaczne osłabienie, cera blada, skarży się na bóle głowy i goleni lewej, czasami dreszcze, potów nie ma. Brak snu, chwilami zwidywania i bredzenia, niepokój. Pragnienie znaczne, a wymioty stale po spożyciu napojów. Stolce codzienne.

29. XI. Ciepłota waha dość znacznie; rano 39·3°, po południu 40°, wieczór 38·4° C. Chory jest osłabiony, apatyczny, czasami rozdrażniony, ale przytomny. Język obłożony.

W narządach wewnętrznych zmian nie znaleziono, tylko wątroba była macalna pod łukiem żebrowym. Wszystkie pnie nerwowe po stronie lewej bolesne przy najmniejszym ucisku, opuszki palców znieczulone, przyczem zdrętwienie palców rąk i nóg.

Tak wczorajszego, jak dzisiejszego dnia wstrzyknięto choremu po 2 cm³ oleju kamforowego rano i wieczorem, obok tego podawano wewnętrznie 0,5 diuretyny, 3 razy dnia, wieczór zaś proszek fenacytyny (0,5). Przytem wstrzykiwano podskórnie 500 cm³ fizyol. rozcz. soli kuchennej i przepłukano żołądek dwoma litrami wody z dodatkiem palonej magnezyi.

Badanie krwi wykazało 95% hemoglobiny, a na 6200 krwinek białych 10% eozynochłonnych i 7% myelocytów neutrofilnych. Tętno miarowe, 86—92 uderzeń, mocz bez białka i cukru.

30. XI. Ciepłota doszła popołudniu do 39·2° (rano 38·8° C). Nudności i wymioty ustąpiły. Przepłukiwanie żołądka rano, wieczorem enterokliza. W moczu ślad białka i cukru (0,25%).

1. XII. Ciepłota najwyższa 39·3°, ciągła (rano 38·6° C).

2. XII. Język wilgotny, nieco obłożony, mniejsza bolesność pni nerwowych. Rano: kąpiel na 27° C., rano i wieczór enterokliza. W moczu arszeniku nie wykazano, białka śladzik, cukru nie ma.

3. XII. Ciepłota ciągle podwyższona do 38·9. Stan ogólny poprawia się.

4. XII. Ciepłota rano 37·6°, wieczorem 38·4° C.

5. XII. Ciepłota najwyższa 37·6°—37·8° C. W moczu śladzik białka.

Prócz bolesności okolicy lędźwiowej nie ma zmian.

6. XII. Ciepłota dochodzi jeszcze do 37·8° C, tętno 90.

7. XII. Rano 37·1°, wieczór 36·8° C.

8. XII. Stan zupełnie bezgorączkowy, wieczór 36·7° C. Chory skarży się na ból w miejscu wstrzykiwania, gdzie wyczuwa się

*) Dyrektor Prof. Dr Jaworski i asystent W. Dr Zygmunt Wachtel jun. okazali gotowość przyjęcia chorego do swej kliniki, za co składamy im serdeczne podziękowanie.

kiełbasowaty naciek, ale znacznie miększy, chociaż nie chełboczący; odnosi się przytem wrażenie, jakby w środku pośladka tkanki ściągały się wciągając skórę.

9. XII. Chory opuścił klinikę na własne żądanie. Próba Wassermanna dała wynik ujemny.

8. I. 1911. Chory zgłosił się sam, nie skarżąc się na żadne dolegliwości.

Poszukując w opisanym przypadku przyczyny tych ciężkich objawów, z góry zaznaczyć należy, że w tym jednym przypadku wstrzyknęliśmy przetwór Ehrlicha w większej ilości płynu (15 cm^3), — mimowoli zatem nasuwa się przypuszczenie, że ta ilość właśnie mogła być przyczyną ciężkich następstw. Tymczasem w początkach wprowadzenia tego środka do leczenia używano do 30 cm^3 płynu ze znaczną ilością ługu sodowego, a jednak nie wspominano o podobnych przypadkach.

Dalej zwrócić trzeba uwagę na ten szczegół, że w dniu wstrzykiwania znaleziono w moczu dość znaczną ilość cukru, którego już drugiego dnia w moczu nie było i który pojawił się dopiero 12-go dnia po wstrzykiwaniu w znacznie mniejszej ilości, ale także tylko przemijająco przez jeden dzień. Trudnoby zatem uważać cukromocz za przyczynę tak ciężkich objawów.

Wyłączając te dwie przyczyny, przypuszczaćby należało, że gorączkę, objawy ze strony żołądka, nieprzytomności itp. odnieść należy do zatrucia ustroju jakimiś produktami, które wchłonęły się dopiero później. Tymczasem początkowa gorączka byłaby chyba dowodem wessania się większych ilości arsenobenzolu ze składu, utworzonego w mięśniach przez wstrzykiwanie, — ciężkie objawy zaś wystąpiły dopiero 10-go dnia, kiedy już prawdopodobniej znaczniejsza część przetworu uległa wessaniu. To też nieprawdopodobną zdaje się być przyczyną wessanie się nagłe resztek arsenobenzolu, a raczej oskarżaćby trzeba o to albo rozkład tego przetworu i wessanie się tak zmienionego środka (może działanie benzolu), albo wchłanianie się produktów rozpadu tkanki, zniszczonej działaniem miejscowem arsenobenzolu. Wspomnieliśmy już poprzednio, że gorączki przeciągające się poza pierwsze kilka dni odnosimy przez łączność z objawami miejscowymi, najprawdopodobniej do wsysania się produktów zniszczenia tkanek. W opisanym przypadku objawy miejscowe utrzymywały się ciągle z dość znacznem nasileniem, chełbotania nie wykazano, ale ognisko stawało się miększe, a wkońcu nastąpiło jakby ściąganie się tkanek. Dlatego bardzo prawdopodobnem zdaje się być przypuszczenie, że w pewnej chwili, zależnie od nieznanych nam warunków, miazga rozmiękła, powstająca po częściowem zniszczeniu mięśni w miejscu wstrzyknięcia płynu, a wraz z nią może resztki rozłożonego przetworu, zaczęły ulegać wessaniu i były przyczyną opisanych objawów zatrucia. Wszak opisywano powstawanie zgorzeli i nawet ognisk chełboczących po wstrzykiwaniach powierzchownych czy głębokich, wtedy jednak tkanka zgorzelinowa została usuniętą na zewnątrz; w naszym przypadku produkta rozpadu mogły się dostać do ogólnego obiegu i wywołać zatrucie.

W celu uzyskania jakiegoś krytycyzmu co do działania arsenobenzolu badano prawie we wszystkich przypadkach w odstępach 10—15 dni zachowanie się odczynu Wassermanna, przez co kontrolowano i dalszy przebieg.

Odczyn Wassermanna robiliśmy zawsze wedle modyfikacyi podanej przez Dungerna, używając odczynników, sporządzonych przez fabrykę E. Mercka (Darmstadt). W przypadkach nacieku pierwotnego odczyn Wassermanna zachowywał się po wstrzykiwaniu rozmaicie: W jednym wczesnym przypadku, spostrzeganym prawie z początku powstania, był odczyn jeszcze ujemny i pozostał takim po jednem wstrzykiwaniu małej dawki (0,4 gr.) nawet w przeszło dwa miesiące od czasu wstrzykiwania. W drugim przypadku początkowy odczyn ujemny stał się dodatnim (16 dni po wstrzyk. 0,6 gr.). W innych przypadkach wykazać się dający odczyn dodatni zmieniał się często w 8—10 dni po wstrzykiwaniu w ujemny, ale badanie w kilkanaście dni wykazywało ponownie odczyn dodatni. W jednym przypadku odczyn, początkowo dodatni, utrzymywał się ujemnie przez kilka tygodni po dawce małej (0,40), — w trzy miesiące jednak od czasu wstrzykiwania przybył chory do kliniki ze świeżą wysypką na całej powierzchni skóry.

W kile drugorzędnej odczyn ujemny w dwóch przypadkach pozostał po wstrzykiwaniu ujemnym (badanie dwukrotne w przeciągu kilku tygodni). W innych przypadkach (11), w których odczyn był dodatni, uzyskano zmianę odczynu na ujemny w 10—20 dniach; w jednych jednak odczyn ujemny utrzymywał się czas dłuższy (miesiąc i więcej), w innych w krótkim czasie (po 3—4 tygodniach) zmieniał się znowu w dodatni. W wielu przypadkach zaś odczyn, dodatni przed wstrzykiwaniem, pozostawał takimże i po niem (badanie do miesiąca). W kilku przypadkach mimo utrzymywania się przez kilka tygodni (badano co 10 dni) odczynu ujemnego, powracali chorzy nieco później z wyraźnym nawrotem kiły.

Nie można również zauważyć jakiegoś wybitniejszego wpływu wielkości dawki na szybkość ustępowania odczynu Wassermanna, jakoteż wpływu korzystniejszego wstrzykiwań podwójnych (śródżylnych i miąższowych). Do pewnego stopnia szybkość zmiany odczynu dodatniego w ujemny odnieść było można do czasu trwania zakażenia w chwili leczenia, — dlatego w przypadkach nawrotów odczyn pozostawał przeważnie dodatni.

W przypadkach kiły złośliwej bywał zazwyczaj odczyn ujemny i takim też pozostał i po wstrzykiwaniu, nawet w czasie opisanych nawrotów.

W kile trzeciorzędnej odczyn dodatni zmienił się w jednym przypadku już po 10 dniach w ujemny, ale po 12 dniach po pierwszem badaniu stał się znowu dodatnim. W innych przypadkach odczyn dodatni nie zmieniał się po wstrzykiwaniu nawet w kilku tygodniach. Również w żadnym przypadku zmian metakiłowych nie było przemiany w odczyn ujemny.

W przypadkach nacieków pierwotnych, jakoteż w kłykcinach sączących szukaliśmy krętków w wyciśniętej surowicy przed i po wstrzykiwaniu. Na mocy tego badania stwierdzić należy, że nie można było znaleść krętków bladych w preparatach, wziętych z takich zmian w krótkim czasie po wstrzykiwaniu. W surowicy z nacieków pierwotnych wielka ich ilość, stwierdzona przed leczeniem zmniejszała się bardzo wybitnie już na drugi dzień po wstrzykiwaniu, a trzeciego, rzadziej czwartego dnia nie było ich wcale w preparatach. Zaznaczyć trzeba, że nigdy nie stosowano w tych przypadkach leczenia miejscowego. Z kły-

kcin sączących znikały krętki prawie równie szybko, równocześnie z oczyszczaniem i gojeniem się powierzchownych owrzodzeń. W jednym z takich przypadków utrzymywały się jednak krętki mimo dwóch wstrzykiwań przez kilka tygodni, o czem wspominaliśmy powyżej. Wreszcie nadmienić trzeba, że mimo szybkiego znikania krętków po wstrzykiwaniach, znajdowano je w równej obfitości w zmianach powrotnych, gdy chorzy zgłaszali się z nawrotami.

Ze schorzeń niekiłowych poddaliśmy leczeniu jeden przypadek mięsakowatości Kaposiego (acrosarcoma haemorrhagicum), ogólny liszaj czerwony (lichen ruber Wilsoni) i łuszczycę ogólną. Najwyraźniejszy wynik leczenia był w przypadku mięsakowatości u 65-letniego chorego, w tydzień po wstrzykiwaniu 0,3 arsenobenzolu, gdy spostrzeżono znaczne zmiany wsteczne nowotworów. Mimo wysokiego wieku chorego nie było po wstrzykiwaniu żadnych objawów ubocznych; w 5 tygodni potem wstrzyknięto mu ponownie 0,3 gr. bez wybitniejszych zmian w guzkach nowotworowych. W przypadku liszaja czerwonego zauważano również wyraźną przemianę wsteczną zlewających się guzków. Najmniejszy wynik dawał się spostrzegać w przypadku łuszczycy, co zresztą i ze spostrzeżeń innych autorów można wywnioskować. Zaznaczyć zarazem należy, że chorzy ci ze schorzeniami niekiłowemi oddziaływali gorączką zupełnie w ten sam sposób, jak chorzy kiłowi; podniesienia ciepłoty dochodziły do tej samej wysokości (nawet powyżej 38°).

Wspomnieć zarazem trzeba, że kobiety ciężarne znosiły dobrze wstrzykiwania nawet w ostatnich miesiącach ciąży, że zatem prawidłowo przebiegająca ciąża nie jest wcale przeciwwskazaniem dla leczenia arsenobenzolem. Jednej chorej wstrzykiwaliśmy ten przetwór nawet dwukrotnie bez jakichkolwiek złych następstw dla samej ciąży.

Przeglądając obecnie wszystkie nasze spostrzeżenia, musimy dojść do tego przekonania, że posiadamy w arsenobenzolu dzielny środek dla zwalczania objawów kiłowych i to objawów wszystkich okresów. Przedewszystkiem przetwór ten jest środkiem przeciwkiłowym nietylko równym w działaniu rtęci, ale w większości przypadków wyraźnie ją przewyższającym w szybkości działania. To szybkie działanie nadaje mu odrębne znaczenie, szczególnie w przypadkach kiły złośliwej, w których wpływ tego przetworu jest rzeczywiście zbawienny.

Następnie arsenobenzol zasługuje na nazwę środka przeciwkiłowego pierwszorzędnego, gdyż okazuje znamienite działanie właśnie w tych przypadkach, w których rtęć zupełnie zawodzi, a nawet szkodliwie działa, gdyż pobudza jeszcze rozpad nacieków. Tu należą te przypadki, w których uciekać się musieliśmy do środków roślinnych i dla zwalczania których zyskaliśmy w arsenobenzolu bardzo dzielny środek. Przetwór ten pozostanie zdobyczą wybitną dla leczenia kiły w ogólności tam, gdzie rtęć jest przeciwwskazaną z różnych przyczyn.

Z drugiej strony jednak nie można zaprzeczyć, że arsenobenzol nie może zniszczyć jadu w zupełności po jednem, czy więcej wstrzykiwaniach, że dotychczasowe leczenie tym przetworem nie chroni przed nawrotami, które nierzadko występują w krótkim czasie po leczeniu. Równocześnie musi się w ocenie uwzględniać, że ta nowa metoda leczenia, jakoteż dawkowanie jest jeszcze dotąd w okresie doświadczeń, że o trwałości działania tego przetworu na razie nie można wydawać żadnych wyroków. To też niepodobna przeprowadzać porównania co do trwałości działania między arsenobenzolem, a rtęcią, gdyż wcale nie wiemy, jakie dawki, czy sposoby użycia arsenobenzolu odpowiadają dotychczasowym sposobom leczenia rtęcią. Dotychczasowe spostrzeżenia odnoszą się do przypadków, leczonych 1—3 wstrzykiwaniami arsenobenzolu i spostrzeganych w stosunku do przebiegu kiły bardzo krótki czas; przyszłość zatem dopiero pokaże, jakie wyniki przyniesie okresowe leczenie tym przetworem, a z drugiej strony, co się stanie z tymi przypadkami, których leczenie ograniczyło się do jednego lub dwóch wstrzykiwań. Gdyby się jednak nawet okazało, że sam arsenobenzol nie zdoła uleczyć kiły, że rtęć wywiera trwalsze działanie, albo że najlepszem byłoby leczenie mieszane, t. j. rtęcią i arsenobenzolem, — to jednak zasługa badacza, który dał nam w ręce środek, działający wybitnie wtedy, gdy inne środki w działaniu zawodzą, pozostanie wielką.

Oceny i sprawozdania.

Najnowsze biologiczne metody rozpoznawcze gruźlicy

(Przegląd krytyczny)

podał

Dr Jan Nowaczyński
demonstrator kliniki lekarskiej Uniw. Jag.

(Ciąg dalszy).

4) Odczyn z jadem okularnika.
(réaction d'activation du venin de cobra).

Calmette oraz jego uczniowie Breton, Guerin, Massol (Compt. rend. Acad. des sciences 30 marca, 21 maja 1908) wymyślili nową, ciekawą metodę rozpoznawczą gruźlicy, polegającą na pewnych własnościach surowicy gruźliczej wobec jadu węża z gatunku okularników.

Niektóre surowice, nawet unieczynnione przez ogrzanie w ciepłocie 58° C przez $^1/_2$ godziny, jak to wiemy z prac Kyesa, Sachsa i Calmettea, posiadają własność uczynniania jadu okularnika wobec ciałek czerwonych różnych zwierząt (z wyjątkiem królika i świnki morskiej, których ciałka jad hemolizuje samoistnie), t. zn. sprawiają, że jad rozpuszcza te ciałka. Ci sami autorowie wykazali, że własność ta zależy od obecności w surowicy lecytyny lub ciał jej pokrewnych. Stąd dalszy wniosek, że surowice czyto człowieka zdrowego, czy zwierząt zdrowych nie zawierają lecytyny, więc też ogrzane, a następnie dodane do jadu węża nie uczynniają go; przeciwnie natomiast surowica człowieka dotkniętego gruźlicą ogrzana posiada tę własność, która objawia się tem, iż jad hemolizuje ciałka zwierząt (np. wołu, konia, kozy). Przypuścić więc można na podstawie tego, że surowica chorych na gruźlicę zawiera lecytynę, która ma pochodzić z rozpadu ciał bakteryi gruźliczych. Po dodaniu więc surowicy badanej do mieszaniny z ciałek czerwonych koyz

i jadu okularnika, nastąpi hemoliza w razie wyniku dodatniego odczynu, co przemawiać będzie za obecnością gruźlicy w danym wypadku.

Calmette, Mossol i Breton proponują jeszcze inny sposób zużytkowania tej własności dla wykrycia obecności lecytyny w surowicy człowieka dotkniętego gruźlicą, a to mianowicie zapomocą odczynu odchylenia komplementu (Bordet Gengou); udaje się to tembardziej, iż, jak stwierdzono, bakterye gruźlicze i tuberkulina posiadają wielkie powinowactwo do lecytyny. Gdy się więc zmiesza bakterye gruźlicze lub tuberkulinę z lecytyną, następnie doda się jadu okularnika i ciałek czerwonych wołu lub kozy, hemoliza nie nastąpi, ponieważ lecytyna została odchylona czyli związana przez tuberkulinę; gdy natomiast w tem samem doświadczeniu zamiast lecytyny użyje się surowicy badanej, ogrzanej, hemoliza pojawi się, jeżeli chodzi o człowieka zdrowego, nie będzie jej zaś, gdy chodzi o osobnika gruźliczego.

Weil i Nakayema (Münch. med. Woch. 1906. Nr 21) oraz Bezançon i H. de Sorbonnes (Journ. de physiol. et d'anat. path. grudzień 1909, styczeń 1910) wykazali, iż wykonywanie odczynu tym drugim sposobem podanym przez Calmettea, jest niewygodne, gdyż tuberkulina wywiera wpływ hamujący na hemolizę, natomiast prostszym i łatwiejszym jest sposób pierwszy, w którym nie wchodzi w grę tuberkulina, a który polega na zmieszaniu ciałek czerwonych kozy, jadu okularnika oraz surowicy badanej. Co się tyczy krytyki wyników, jakie odczyn ten daje, powołam się na zdanie Calmettea, który powiada, iż nigdy surowica noworodków oraz zdrowych ludzi (lub zwierząt) nie są zdolne uczynnić jadu kobry; surowice zaś gruźliczych okazują własność, lecz tylko w początkach zakażenia, a więc wtedy, gdy sprawa chorobowa nie doprowadziła jeszcze do znacznych spustoszeń w ustroju, jak np. u charłaczych lub wysoko gorączkujących. U zwierząt zdrowych można odczyn ten wywołać przez wstrzyknięcie śródżylne bakteryi gruźliczych, lub też przez wstrzyknięcie tuberkuliny.

Te doświadczenia pozwalają nam wysnuć wniosek, iż lecytyna oraz pokrewne jej substancye (lipoidy), uczynniając jad okularnika, mają ważne znaczenie w obronie ustroju; obecność ich jest niejako wskaźnikiem w danem zakażeniu. Gdy więc substancye te znikają po okresie, w którym się dały wykazać, świadczy to o zaostrzeniu się sprawy chorobowej (więc np. o podniesieniu się ciepłoty, czy pogorszenie się stanu chorego i t. p.). Zdaniem Calmettea odczyn ten jest czuły i mógłby oddać ważne usługi w rozpoznawaniu gruźlicy; powodem jednakże, dla którego nie przyjął się w praktyce klinicznej, jest trudność wystarania się o jad okularnika.

5) Odczyny anafilaktyczne.

Zasad anafilaksyi, odkrytych i opracowanych przez Richeta w r. 1902 oraz jego następców, rozwijać tu nie będę, gdyż przekraczałoby to ramy niniejszego przeglądu. Wspomnę tylko, iż wyżej opisane odczyny tuberkulinowe (skórne, spojówkowy), to nic innego, jak odczyny anafilaktyczne ustroju na ten sam jad, który został mu zaszczepiony pod jakąkolwiek postacią. Prócz tych metod starano się jednak zastosować odczyny anafilaktyczne do rozpoznawania gruźlicy pod inną postacią. Można przytoczyć dwa sposoby:

a) Mezières (Compt. rend. soc. biolog. str. 561 1904) poleca wstrzykiwać płyn podejrzany, np. krew lub surowicę, śwince morskiej gruźliczej w ilości 2—3 cm³; przypuszcza on, iż w płynie badanym, pochodzącym z osobnika gruźliczego, znajdzie się tuberkulina, która wywoła u świnki gruźliczej odczyn, objawiający się podniesieniem ciepłoty. To też po wstrzyknięciu bada się w krótkich odstępach czasu ciepłotę świnki przez 36 godzin. W przypadku dodatnim, t. j. gdy płyn badany pochodził od chorego gruźliczego, następują u świnki dwa wzniesienia ciepłoty, jedno po upływie 2—6 godzin po wstrzyknięciu, drugie po 24—30 godzinach: wzniesienia te powinny wynosić 1 lub 2 stopnie, by można im przypisać wartość rozpoznawczą.

b) Według drugiego sposobu wstrzykuje się śwince morskiej zdrowej najpierw płyn badany, w którym przypuszcza się obecność czy prątka gruźliczego, czy jego toksyny, a następnie dopiero tuberkulinę w ilości $^1/_{50}$ części kropli według polecenia Marmorka w pół godziny po pierwszem wstrzyknięciu (płynu badanego). Wzniesienie ciepłoty następuje szybko.

Metody te zawierają źródła błędów; przedewszystkiem ciepłota świnki morskiej, a zwłaszcza gruźliczej, jest zwykle bardzo wysoka (38—40°) i ulega wahaniom, stąd trudno kierować się wzniesieniem ciepłoty w ocenianiu wyniku odczynu; dalej samo wstrzyknięcie tuberkuliny bez poprzedniego wstrzyknięcia płynu patologicznego wywołuje już u świnki wysokie wzniesienia ciepłoty.

c) W końcu Yamanouchi (Wien. klin. Woch. Nr 47 1908) podaje sposób następujący: Wstrzykuje on królikowi, ważącemu 500—600 gr., do otrzewnej 5 cm³ płynu patologicznego, badanego (krew, surowica, wysięk opłucny lub otrzewny); w ten sposób, jak przypuszcza, wprawia królika w stan anafilaktyczny. Po dwu dniach wstrzykuje temu samemu królikowi śródżylnie 5 cm³ osadu, pozostałego na sączku po przesączeniu tuberkuliny Kocha, zawierającego ciała bakteryi gruźliczych, które po dokładnem zmacerowaniu rozcieńcza fizyologicznym rozczynem soli w stosunku 1:200; często okazuje się potrzeba powtórzenia tego wstrzyknięcia po dobie. Jeśli płyn pierwotny pochodzi od osobnika gruźliczego, królik ginie po ostatniem wstrzyknięciu szybko w przeciągu kilku minut do kilku godzin wśród typowych objawów anafilaktycznych (duszność, drgawki i t. p.). Odczyn ten ma być bardzo czuły, ma być dodatni we wszystkich rodzajach i okresach gruźlicy, nawet w gruźlicy prosówkowej, oraz rozpadowej; ujemny zaś we wszystkich schorzeniach niegruźliczych, oraz w gruźlicy wyleczonej. Z tego, co dotąd wiemy o tej metodzie, wynikałoby, iż daje ona wyniki bardzo dobre; wymaga jednakże jeszcze bardzo dokładnych studyów, oraz krytycznego opracowania.

(Dokończenie nastąpi).

K. v. Stokar. **Die Syphilis-Behandlung mit Salvarsan.** (Lehmann's Verlag, München 1911, str. 40). 1,20 Mk.

Wedle kilkudziesięciu prac ogłoszonych w tym przedmiocie zestawia autor w krótki, a jasny sposób różne sposoby rozpuszczania, stosowania i dawkowania arsenobenzolu. Dalej przedstawia dotąd otrzymane wyniki leczenia w różnych postaciach kiły, działanie na krętki i na odczyn Wassermanna, wreszcie przypady uboczne po wstrzykiwaniach. Opisując w końcu przypadki niepomyślne i niektóre ciekawsze przypadki wyleczenia, wyjęte z dotychczasowego piśmiennictwa, wysnuwa wnioski co do przeciwwskazań i poddaje ocenie użycie tego nowego środka. Dużo szczegółów, zebranych w krótkich ustępach, daje jasny obraz dotąd otrzymanych wyników leczenia arsenobenzolem.

F. Krzyształowicz.

Wilhelm Hasslauer. **Die Ohrenheilkunde des praktischen Arztes.** Monachium. Nakład Lehmanna, 1911, str. 419. Cena 8 Mk.

W powodzi podręczników niemieckich przybywa nowy z przeznaczeniem w tytule dla praktycznego lekarza, pod godłem: Z praktyki dla praktyki. Drobiazgowe szczegóły, dotyczące badania, względnie leczenia, obficie ilustrowane, są zapewne po to, by pouczyć takiego lekarza, co nigdy nie miał sposobności obeznania się w czasie studyów uniwersyteckich choć z grubsza z badaniem i leczeniem chorób uszu, względnie górnych dróg oddechowych, albo po ukończeniu nauk nie uzupełniał swej wiedzy odbyciem dodatkowych praktycznych kursów. Czy jednak taki lekarz zdoła choćby z najlepiej i najprzystępniej napisanego podręcznika nabyć potrzebnej wiedzy dla praktyki, o tem można mieć różne zdania. Tu większą korzyść przyniesie choćby jednorazowy kurs sześciotygodniowy na obfitym materyale; podręcznik może służyć do oryentacyi w odno-

śnym dziale i odświeżenia wiadomości nabytych praktycznie.

Słusznie uznaje Hasslauer ważność badania, względnie leczenia zmian w nosie i w gardle, oraz w jamie nosowo-gardłowej w stosunku do pewnych spraw chorobowych ucha, uwzględnia zaś przytem — może zbyt obszernie — także różne sprawy chorobowe krtani, choć nie ulega wątpliwości, że w pewnych razach, jak w otalgii lub w przypadkach podejrzanych co do zakażenia kiłowego, powinny być dokładnie zbadane całe górne drogi oddechowe, a więc i krtań.

Lekarz praktyczny nie zdoła nigdy przy ogromie ciążącej na nim pracy zastąpić zupełnie pomocy specyalisty. Z korzyścią dla chorego jednak będzie, jeżeli lekarz praktyczny przyswoi sobie znajomość ogólną spraw chorobowych narządu słuchowego i możność zbadania. Leczenie właściwe lepiej, jeżeli zostanie skierowane do rąk specyalisty, których obecnie, zwłaszcza w Niemczech, posiadają już liczne miasta prowincyonalne; względnie, niech to leczenie, które w pewnych przypadkach mogłoby być podjęte przez lekarza ogólnie praktykującego, odbywa się po porozumieniu się z lekarzem specyalistą.

Podręcznik Hasslauera napisany jest zresztą z wielką znajomością przedmiotu i z pożytkiem przeczytać go mogą i lekarze fachowi, by skorzystać z osobistego doświadczenia autora; wydanie książki jest pod każdym względem staranne. A. Baurowicz.

Much. **Die Immunitätswissenschaft.** Würzburg. (Curt Kabitsch. [A. Stuber's Verlag] 1911. Stron 162, z 5 tablicami i 6 rysunkami w tekscie. Cena 7·20 Mk.).

Książka to naprawdę na czasie. Nauka o odporności tak rozrosła się dziś w kierunku teoretycznym i praktycznym, że nawet specyaliści zgubić się mogą w istnym lesie niezliczonych publikacyi i artykułów, i z trudnością przychodzi ugrupować mnóstwo faktów i spostrzeżeń, rozmaicie, nieraz sprzecznie tłómaczonych i wyjaśnianych, a mnożących się z dnia na dzień. Tem trudniej zoryentować się w nich studentowi medycyny i lekarzowi praktycznemu. Dla nich to przedewszystkiem rzeczywiście pożyteczne są dziełka, zestawiające wszystkie zdobycze nauki o odporności w treściwą całość. Książek takich niema dotąd wiele; oprócz dawniejszego dziełka Mucha, posiada piśmiennictwo niemieckie tylko jeszcze monografie Citrona i Wolff-Eisnera i trochę — zbyt już treściwych — broszur.

Dziełko Mucha ma jedną ważną zaletę, mianowicie liczy się na każdym kroku ze swem przedewszystkiem dydaktycznem przeznaczeniem, zapewne dzięki temu, że powstało z wykładów i ćwiczeń praktycznych, które autor przez szereg lat prowadził w szpitalu Hamburg-Eppendorf. Stąd też do każdego rozdziału dołączył opisy metod postępowania w takiej postaci, że lekarz, obeznany jako tako ze sposobami badania naukowego, zdoła z tych wskazówek praktycznie skorzystać.

Materyał podzielił autor na siedem części. W pierwszych dwu rozdziałach omawia odporność i jadowitość, oraz uodpornianie bierne i czynne. W trzecim rozdziale mówi o uodpornianiu przeciw jadom, w czwartym o bakteryach działających endotoksycznie, piąty rozdział poświęca sprawie anafilaksyi, szósty niwecznikom i ich zużytkowaniu rozpoznawczemu, przedstawiając w osobnych ustępach istotę i znaczenie oraz technikę odczynów: precypitacyjnego, aglutynacyjnego, bakteryolitycznego, opsonicznego, wiązania dopełniacza, anafilaktycznego i meiostagminowego. Z ostatnich trzech rozdziałów obejmuje jeden zastosowanie serologii w psychiatryi, następny metodologię uodpornienia czynnego, a końcowy zestawia zastosowanie nauki o odporności do poszczególnych chorób. Choroby te grupuje autor w sposób następujący: choroby wywołane 1) przez toksyny, 2) przez endotoksyny, 3) pierwotniakowe, 4) nowotwory, 5) choroby przenośne ze zwierząt, 6) choroby wywołane przez bakterye kwasoodporne.

Wreszcie zaznaczyć należy, że autor świadomie, jak sam podnosi w przedmowie, stara się większy nacisk położyć na stronę leczniczą, ostrzegając przed przecenianiem znaczenia metod rozpoznawczych. Z.

Piśmiennictwo bieżące.

Położnictwo i ginekologia.

B. Schwetzer. **Dostanie się wody kąpielowej do pochwy.** (Arch. f. Gynaek. t. 92 z. 1). Doświadczenia autora, przeprowadzone na 22 wieloródkach ciężarnych, wykazały, że w połowie przypadków woda kąpielowa wchodzi do pochwy, szczególnie, jeżeli srom jest ziejący, i że obmywania zewnętrznych części płciowych w kąpieli bardzo ułatwiają dostanie się wody kąpielowej do pochwy nawet u wielorodek, mających srom prawidłowy. Doświadczenia, przeprowadzone na nieciężarnych, które wprawdzie rodziły, ale krocze miały utrzymane, wykazały, że u nich woda o wiele łatwiej dostaje się do pochwy, aniżeli u ciężarnych. Różnica takiego różnego zachowania się polega zdaniem autora na tem, że u ciężarnych z powodu rozpulchnienia i obrzmienia błony śluzowej pochwy, ściany pochwy, stykając się ze sobą na większej przestrzeni, zamykają niejako wejście do pochwy. Badania powyższe mają znaczenie praktyczne, rzucając pewne światło na powstanie zakażenia połogowego. Dostanie się bowiem wody kąpielowej do pochwy umożliwia równocześnie wtargnięcie drobnoustrojów chorobotwórczych do narządu rodnego, a zarazem rozcieńcza wydzielinę pochwową, działającą wybitnie bakteryobójczo. Z tych powodów kąpiele pełne nie są polecenia godne dla ciężarnych, a szczególnie dla rodzących. O ile bowiem u ciężarnych można się spodziewać, że do wystąpienia porodu warunki w pochwie jeszcze się zmienią i wydzielina jej odzyska znowu stan prawidłowy, chroniący przed zakażeniem, to u rodzących, gdzie niema już czasu, aby rozcieńczona wydzielina pochwy zniszczyła drobnoustroje, należy kąpiel jako niebezpieczną zarzucić. E. Ehrenpreis.

Sauerbruch i Heyde. **Badania nad przyczynami występowania porodu.** (Münch. med Woch. 1910 Nr 50). W pracy swej, dokonanej w chirurgicznej klinice w Marburgu, starali się autorowie dociec przyczyny porodu, zachęceni ciekawemi spostrzeżeniami u sióstr syamskich Blatschek, z których jedna, jak wiadomo, zaszła w ciążę i urodziła. W toku ciąży jednej siostry zjawiły się u drugiej nieciężarnej siostry cechy ciąży, jak nabrzmienie piersi, zmiany barwikowe i t. p. S. i H. łączyli doświadczalnie (parabioza) dwa zwierzęta ze sobą, ciężarne z nieciężarnemi i ciężarne z ciężarnemi, a to w celu przekonania się o wpływie porodu jednego zwierzęcia na drugie z niem złączone. Do doświadczeń używali szczurów. Z doświadczeń tych doszli do następujących ciekawych wyników: 1) W razie połączenia w pierwszych okresach ciąży zwierzęcia ciężarnego z drugiem nieciężarnem, nie zauważa się w czasie porodu żadnych zmian. 2)Natomiast gdy połączenie nastąpiło niedługo przed porodem, wtedy zwierzę nieciężarne zapada już przed porodem drugiego ciężko na zdrowiu. 3) Przy połączeniu zwierzęcia pod koniec ciąży z drugiem, będącem w początkach ciąży, nieraz poród u pierwszego wywołuje poronienie u drugiego. Fakta te dowodzą, że pod koniec ciąży wytwarzają się w ustroju substancye, trujące dla osobników obcych, nieszkodliwe dla własnego ustroju. Bardzo możebną jest rzeczą, że nagromadzenie się zbytnie tych substancyi wywołuje właśnie akt porodu. Być też może, że nadmierna ich ilość, czy nieodpowiednia jakość wywołuje rzucawkę lub inne objawy patologiczne ciąży, jak wymioty ciężarnych i t. p. Substancye te są może analogiczne do hormonów Starlinga, wywołujących rozrost sutków w ciąży i t. p. K.

Döderlein. **Łożysko przodujące i pochwowe cięcie macicy (hysterotomia vaginalis anterior).** (Arch. f. Gyn. tom 92, zesz. 1). Autor leczy każdy przypadek łożyska przodującego — jeżeli dało się przewidzieć, że krwawienie nie ustanie po przebiciu pęcherza płodowego — przez szybkie ukończenie porodu zapomocą przedniego cięcia macicznego drogą pochwową (pochwowe cięcie cesarskie Dührssena). Po otwarciu jamy macicznej wykonuje D. obrót i wyciągnięcie płodu, wyjmuje łożysko, tamponuje szczelnie jamę macicy i w końcu zeszywa znowu ranę maciczno-pochwową. Operacyę tę wykonuje D. bez względu na rodzaj łożyska przodującego (centralne czy brzeżne), na jego położenie (przednie czy tylne), i na rozwój płodu (donoszone czy nie), a wyniki są dobre i zachęcające. Na 34 w ten sposób leczonych przypadków umarła tylko jedna kobieta, która już tamponowana i z gorączką wstąpiła do kliniki, śmierć jej nie była więc następstwem zabiegu, tem bardziej że nastąpiła dopiero w 3 tygodnie po porodzie z powodu połogowych zakrzepów żylnych; 25 kobiet odbyło połóg bezgorączkowo, 6 gorączkowało przejściowo, tak że u 31 połóg był prawidłowy; tylko dwie gorączkowały dłużej. Najważniejszą zaletą powyższego postępowania jest to, że w żadnym przypadku nie wystąpiło większe krwawienie po porodzie, najgroźniejsze dla tych i tak już zwykle bardzo niedokrwistych położnic i że poród można każdej chwili szybko ukończyć, szczegół, ważny dla życia płodu. To też wyniki operacyjne były i dla płodów bardzo zadowalniające. Żywych dzieci urodziło się 14; uwzględniwszy jednak, że 15 płodów, przedwcześnie urodzonych, nie było zdolnych do życia (niżej 2000 gr.), a trzy płody nie żyły już z chwilą wstąpienia rodzących do kliniki, zostaje tylko 16 płodów, z których uratowano $14 = 87 \cdot 5\%$; są to tak dobre wyniki dla matek i płodów, jakich nie zapewnia żadna inna metoda lecznicza. Rozumie się samo przez się, że postępowanie powyższe nadaje się tylko dla zakładów leczniczych, nie nadaje się zaś wcale dla praktyki prywatnej; w tej praktyce przebicie pęcherza płodowego, tamponada, metreuryza i obrót skombinowany według Braxtona Hicksa, będą zawsze postępowaniem klasycznem. E. Ehrenpreis.

H. Fehling. **Zasady i doświadczenia w leczeniu ciąży jajowodowej wczesnych miesięcy.** (Arch. f. Gyn. tom 92, zesz. 1). Każdą ciążę zewnątrzmaciczną należy traktować jak nowotwór złośliwy, zagrażający życiu kobiety, t. zn. należy ją o ile możności jak najwcześniej operacyjnie usunąć. Zasada ta dotyczy zarówno przypadków utrzymanych jeszcze ciąży zewnątrzmacicznych, jak i tych, w których nastąpiło pęknięcie względnie poronienie do jamy brzusznej. Wyczekiwanie w tych ostatnich przypadkach, aż przejdzie zapad i chora przyjdzie do siebie, nie jest uzasadnione. Z podskórnemi wstrzykiwaniami soli kuchennej należy czekać aż do podwiązania źródła krwotoku, aby nie podnosić za wcześnie ciśnienia krwi; co najwyżej można przed operacyą podać kamforę celem rozpoczęcia uśpienia (eterowego). Postępując w ten sposób w najbardziej nawet rozpaczliwych przypadkach, można nieraz uratować kobietę, która zresztą byłaby na pewne stracona. Co się tyczy krwisteków zamacicznych (haematocele retrouter.) przeważa obecnie również postępowanie operacyjne. Upoważnia do tego z jednej strony zupełny brak niebezpieczeństwa operacyjnego, a z drugiej długie leczenie zachowawcze i skłonność do nawrotów; nawet po pozornem wyleczeniu mogą u takich chorych po latach jeszcze wystąpić świeże sprawy zapalne na otrzewnej miednicy, szczególnie po — małych nawet — zabiegach śródmacicznych (skrobanie); operować należy zawsze drogą jamy brzusznej, przyczem krew tamże wylaną jak najdokładniej usunąć. Korzyść z pozostawienia jej jest dla ustroju bardzo mała lub żadna, a niebezpieczeństwo z powodu tego, że krew ta stanowi dobre podłoże dla rozwoju drobnoustrojów, niemałe. Autor poleca drogę brzuszną także przy operacyi krwisteku, tem bardziej, że czasem nie ma się aż do operacyi jasnego pojęcia o siedzibie ciąży zewnątrzmacicznej i krwistek wytwarza się nieraz właśnie po przeciwnej stronie. Przez otwarcie jamy brzusznej można się łatwo zoryentować, lepiej przeglądnąć zrosty z jelitami, szybciej i dokładniej zatamować krwawienie, a nadto zbadać przy tej sposobności stronę drugą i zmiany chorobowe usunąć. Operowanie przez pochwę znacznie utrudnia oryentowanie się, jest bardziej krwawe, leczenie pooperacyjne jest po niem bardziej zawikłane i dłużej trwające, a prócz tego przez wtargnięcie drobnoustrojów pochwowych łatwo może powstać rozkład treści nawet mimo sączkowania. Droga pochwowa jest natomiast wskazana tylko przy gnilnym rozkładzie krwisteku, lub jeżeli przy podniesionej ciepłocie ciała nakłucie próbne wykaże w otrzymanej krwi drobnoustroje. E. Ehrenpreis.

J. F. M. Hammacher. **Przypadek ciąży otrzewnej (brzusznej).** (Arch. f. Gyn. tom 92, zesz. 2). Większość autorów zaprzecza możliwości ciąży otrzewnej. Autor opisuje przypadek, który ze względu na wynik badania histologicznego nie ulega żadnej wątpliwości i dowodzi, że usadowienie i rozwój jaja płodowego na otrzewnej jest możliwe. Preperat autora wykazuje: 1) wyraźne zmiany ciążowe w błonie surowiczej i podsurowiczej prawego jajowodu (kosmki i pokłady syncytyalne), które co do rozwoju odpowiadają ciąży 4-tygodniowej; 2) zupełny brak zmian i produktów ciążowych w świetle jajowodu, jego błonie śluzowej, podśluzowej i mięsnej, które wykazują zupełnie prawidłową budowę; 3) obecność krótkiego jajowodu dodatkowego, otwierającego się do jamy brzusznej, który również nie okazuje żadnych zmian ciążowych; 4) zupełnie prawidłowy stan strzępka; 5) macica i reszta przydatków także po stronie drugiej zupełnie prawidłowe. Autor twierdzi więc na podstawie tego wyniku badania, że w danym przypadku chodziło o ciążę, która pierwotnie usadowiła i rozwinęła się na błonie surowiczej prawego jajowodu, a więc na otrzewnej. W następstwie przekrwienia ciążowego rozrosły i rozszerzyły się naczynia podsurowicze, a w błonie surowiczej rozwinęły się przestrzenie międzykosmkowe. Ponieważ jednak wszystkie te przestrzenie i żyły były bardzo cienkie, musiało w końcu dojść — z powodu wzmagającego się ciśnienia krwi — do pęknięcia ich ścian i silnego krwotoku wewnętrznego. Leczenie polegało na natychmiastowem operacyjnem usunięciu jajowodu, poczem chora wyzdrowiała. E. Ehrenpreis.

Prof. Kroemer. **Rozwój pojęcia i znaczenie „phlegmasia alba dolens“.** (Arch. f. Gyn. tom 92, zesz. 2). Po omówieniu historycznego rozwoju pojęcia »phlegmasia« podaje autor własne spostrzeżenia i doświadczenia kliniczne. »Phlegmasia alba dolens«, przedstawiająca się jako biały, bolesny obrzęk uda, jest objawem, towarzyszącym chorobowemu zajęciu żył wychodzących z macicy i polega na wstecznem zatrzymaniu się zapalnie zmienionej i łatwo krzepliwej limfy, jako odczyn okołożylny w następstwie zakaźnego zapalenia żył miednicy. Sprawa kończy się zwykle zupełnem zakrzepowem zamknięciem żył miednicy i kończyny, wskutek czego do początkowego zatrzymania się limfy w zakresie uda dołącza się w końcu ogólny obrzęk całej dolnej kończyny. Biały bolesny obrzęk uda nie ma więc nic wspólnego z naciekiem ropnym, który może wyjątkowo przebiegać równocześnie, ale jako sprawa odrębna (phlegmone). To jest też przyczyną, że »phlegmasia« trwa wprawdzie długo, ma jednak przebieg prawie zawsze pomyślny, natomiast ropowica, »phlegmone«, t. j. naciek ropny postępujący (z miednicy na kończynę) ma przebieg prawie zawsze złośliwy i kończy się najczęściej śmiercią położnicy. Bumm tłómaczy to tem, że przy »phlegmasia« sprawę chorobową wywołują tylko słabo żywotne paciorkowce, przechodzące powoli z macicy do żyły, a nadto posiadając — jak przy róży — własności tylko zapalnotwórcze a nie ropotwórcze, wywywołują też tylko zapalenie żył zakrzepowe, w następstwie którego wytwarza się obraz »phlegmasiae«. Za taką przyrodą sprawy chorobowej przemawia też spostrzeganie kliniczne, a mianowicie ostro występujący ból w początku choroby, połączony często z dreszczami, dalej fakt, że »phlegmasia«

występuje nierzadko nagle po nieznacznych nawet zabiegach śródmacicznych, wyczuwanie twardych postronków żyl nych po ustąpieniu obrzęku i wreszcie łatwe przejście sprawy chorobowej z jednej kończyny na drugą. Natomiast paciorkowce bardzo żywotne, wyszedlszy z macicy, mogą już zaraz z początku choroby wywołać sprawę ropną, szerzącą się z miednicy ku dołowi w postaci ropowicy.

E. Ehrenpreis.

Higiena.

Prof. K. B. Lehmann. **Studya nad gazami i parami ważnemi ze względów technicznych i higienicznych. Gorączka odlewaczy czyli cynkowa.** (Arch. f. Hygiene T. 73). Gorączkę odlewaczy łatwo wywołać u człowieka przez pracę z silnie roztopionym cynkiem chemicznie czystym; jest ona bezpośredniem lub pośredniem zatruciem cynkiem. Na podstawie stwierdzenia bardzo małej ilości Zn w moczu, zbioru objawów chorobowych, oraz szybkiego ich ustąpienia należy przyjąć, że właściwą przyczyną choroby jest wessanie obumarłych komórek i bakteryi przewodu oddechowego, pod wpływem Zn zmienionych. W ciężkich przypadkach możliwe jest powikłanie zatrucia z zakażeniem bakteryami, należy to jednak do rzadkości. Cynk wnika do dróg oddechowych nie jako para, lecz jako tlenek. Przeciwdziałać zatruciu nie można na drodze środków indywidualnych, natomiast koniecznie należy usuwać pary tlenku cynkowego z pracowni ogólnemi urządzeniami technicznemi. L. Bier.

E. Rost. **Czy siarczyn sodowy oddziaływa tylko jako sól, czy oprócz tego swoiście na przemianę białka u psa?** (Arb. a. d. kais. Gesundheitsamte T 34). Obojętny siarczyn sodowy podawany psu, żywionemu dziennie 30,6 gr N, u którego znana była przemiana azotu w ilościach większych (około 1—1,2 soli bezwodnej na 1 kg. wagi psa) nie oddziaływał szczególnie na przemianę materyi, lecz tak, jak wogóle sole obojętne, oraz fosforan, octan i węglan sodowy i jak boraks. Wpływ ten objawiał się zatrzymywaniem wzgl. gromadzeniem azotu w razie dostatecznej ilości wody w ustroju, w razie jej braku zwiększeniem straty azotu. Nadmierną tę stratę można było zmniejszyć, a nawet powstrzymać przez wprowadzenie do ustroju większej ilości wody. Spostrzeżony wpływ na przemianę materyi należałoby odnieść głównie do produktu utlenienia siarczynu-siarkanu. Wprawdzie nie można było zauważyć właściwego dla siarkanu działania na jelita — oddziałującego ujemnie na przemianę materyi — tłómaczyć to jednak należy powolnem utlenianiem się spożywanego siarczynu na siarkan. Nawet po największych dawkach ilość azotu i wody w kale wzrastała tylko nieznacznie. Nieudało się też zauważyć jakichkolwiek zaburzeń w stanie zdrowia, pożądania pokarmu, jakoteż objawów zatrucia u psa żywionego, mimo że podawano mu dziennie ilości, dochodzące do 70 gr. siarczynu w pokarmie, zaś ilość spożytej soli w ciągu 26 dni wyniosła 415 gr., a w ciągu dalszych dni 6 nawet 390 gr. L. Bier.

A. Gaertner. **Czy sporządzane z mieszanek ołowianych zabawki dziecięce są dla zdrowia szkodliwe?** (Vjschrift f. gerichtl. Med. u. öff. Sanitätswesen T. 40). Z doniesień o zatruciach ołowiem, zawartych w produktach spożywczych, używkach i wodzie, oraz z doświadczeń na zwierzętach należy wnosić, że ilości spożytego ołowiu, wywołujące objawy chorobowe, nie są tak małe, jak zazwyczaj się przypuszcza. Jeżeli wywołują objawy zatrucia ołowiem, ilość spożytego dziennie ołowiu wynosi — przy codziennem dwukrotnem spożywaniu przez kilka miesięcy — najmniej 4 do 7 mg. Przy spożyciu 60—70 mg. dziennie potrzeba 3 do 4 tygodni, zanim ujawnią się objawy zatrucia. W zawodach drukarskim, malarskim i u robotników, wykonujących czcionki, objawy zatrucia występują średnio dopiero po 5, a nawet 10 latach. Dzienne dawki poniżej 0,35 mg. należy uważać za nieszkodliwe; doświadczenia na zwierzętach stwierdzają bez zastrzeżeń, że ilości dzienne od 5 do 10 mg. wynoszące, spożywane w ciągu 5 tygodni, nie wywołują żadnej szkody. Dla człowieka szkodliwa dawka dzienna użyta w ciągu 3 do 4 tygodni, wynosi najprawdopodobniej więcej niż 10-krotną ilość 0,35 mg. Nieznana jest żadna szczególniejsza skłonność wieku dziecięcego do zatrucia ołowiem; nie podaje też literatura toksykologiczna faktu, by zabawki dziecinne, zawierające nieraz 33% ołowiu, spowodowały zatrucia u dzieci. Ślina, nawet — pod wpływem niektórych potraw — kwaśna, nie rozpuszcza ołowiu. Ilość ołowiu metalicznego startego lub ugryzionego wśród zabawy przez dzieci wynieść może na godzinę 1 — 2 mg., z tej zaś ilości rozpuści się najprawdopodobniej tylko 0,02—0,03 mg. Dzieci nie gryzą zabawek przez czas dłuższy, na tej drodze nie mogą też zabawki oddziaływać szkodliwie. Tem mniej mogą oddziałać trująco za pośrednictwem skóry. Na podstawie powyższych rozważań oraz faktu, że w literaturze brak stwierdzenia choćby jednego przypadku zatrucia zabawkami, zawierającemi ołów, dochodzi autor do wniosku, że ze względu na zawartość ołowiu w zabawkach dziecinnych niema dostatecznej podstawy do ograniczeń przemysłu przy wyrobie zabawek.

(Powyższe rozważania i na nich oparte stanowisko autora, mimo dobrego jego imienia naukowego muszą znaleść potwierdzenie, zanim spowodują zmianę w ogólnie przyjętych poglądach i istniejących ustawowych rozporządzeniach wielu państw kulturalnych. Przypisek sprawozdawcy).

L. Bier.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 18 stycznia 1911 r.

Obecnych członków 60, gości 30. Przewodniczący kol. Prof Cybulski.

1) Odczytano i przyjęto protokół z poprzedniego posiedzenia.

2) Przewodniczący wita w krótkich, serdecznych słowach zebranych Kolegów, zwracając się do nich z prośbą, zwłaszcza do młodszych członków, by zechcieli brać żywy udział w posiedzeniach Towarzystwa, zabierać głos w dyskusyach, zyskiwać nowych członków, wogóle przyczyniać się wszelkimi sposobami do ożywienia Towarzystwa.

3) Przez głosowanie przyjęto 4 nowych członków: Dr Reginę Korngoldównę, Dr Adama Kramarzyńskiego, Dr Jana Landaua młodszego, Dr Stanisława Zamorskiego, wszystkich z Krakowa. Bez głosowania przyjęto w poczet członków kol. Tadeusza Józefczyka, lekarza sztabowego z Krakowa.

4) Kol. Prof. Reiss przedstawia:

a) Chorego z **sarcoma haemorrhagicum idiopathicum pigmentosum Kaposi (acrosarcoma),** leczonego przetworem Ehrlicha. Z powodu podeszłego wieku i miażdżycy tętnic zastosowano dwukrotnie małą dawkę arsenobenzolu (0,30), drugi raz po upływie 4 tygodni. Wszystkie nowotworowe nacieki przypłaszczyły się, zwłaszcza na grzbiecie rąk i nóg. Zwróciwszy uwagę na małą dawkę przetworu, należy zaznaczyć, iż arsenobenzol może zadziałać w tej sprawie chorobowej szybciej od nieorganicznych związków arsenu, których zwykle używamy w tej chorobie.

b) Chorą z **lichen planus universalis,** u której po jednem wstrzyknięciu arsenobenzolu (0,40) wszystkie niemal guzki uległy zupełnemu przypłaszczeniu, na kończynach zaś górnych i dolnych, gdzie się znajdowały najrozleglejsze zmiany w postaci zlewających się z sobą nacieków barwy sinofioletowej, pozostały już tylko barwikowe plamy.

c) Chorą ze **sclerodermia faciei et extremitatum** (sclerodactylia) z daleko posuniętemi zanikowemi zmianami w mięśniach i ubytkami kilku członków palców (mutilationes). Chorą leczono wstrzykiwaniami fibrolizyny (tiosinaminy) po 0,20, co 2—3 dni, oprócz gorących, miejscowych kąpieli i miesienia. Obraz chorobowy na kończynach bardzo zbliżony do zmian w syringomyelii (choroba Morvana).

d) Chorą z **xeroderma pigmentosum Kaposi** z rozległemi zmianami na twarzy i górnych kończynach. Na skórze twarzy oprócz bardzo gęstych zmian barwikowych liczne zanikowe ogniska i rozszerzenia drobnych gałązek naczyniowych, a na tle tych zmian kilka nowotworów w rozmaitych okresach rozwoju. Największy guz, wielkości dużej śliwki, wychodzący z wewnętrznego kąta dolnej powieki, wycięto niedawno (kol. Prof. Rutkowski), inne ogniska usunie się drogą elektrolizy.

e) Chorą, **leczoną** w klinice we wrześniu z. r. **sposobem Ehrlicha** z powodu pierwotnego wrzodu na sutku z następową wysypką plamisto-guzkową. Chorej wstrzyknięto 0,60 arsenobenzolu; zmiany w zupełności ustąpiły. Odczyn Wassermanna aż do końca grudnia stale ujemny (badano 4 razy, ostatni raz 24 grudnia). Z początkiem stycznia b. r. wystąpiły objawy kiły mózgowej, mianowicie silne bóle głowy, nudności, wymioty, poczem wkrótce pojawiło się przemijające porażenie lewego nerwu twarzowego. Odczyn Wassermanna (8 stycznia) znowu wyraźnie dodatni, wobec czego wstrzyknięto chorej znowu 0,60 arsenobenzolu. Objawy zaczęły bardzo szybko z dnia na dzień ustępować. Obecnie bólu głowy i objawów poraźnych niema wcale, mimo to chorą podda się niebawem systematycznemu leczeniu rtęciowemu. (Streszczenie własne).

5) Kol. Prof. Kader przedstawia:

a) Chorego, l. 25, któremu **wszczepił** przed 8 miesiącami na miejsce wyciętego górnego końca lewej kości udowej **kość ze świeżych ludzkich zwłok**. Powodem wycięcia były zmiany w główce i szyjce kości udowej, wzięte w rozpoznaniu za nowotwór, albo daleko posuniętą zmianę »arthritis deformans«. Badanie wyciętej kości potwierdziło to ostatnie rozpoznanie. Kość do wszczepienia uzyskano ze zwłok chorego, który zmarł z powodu niedrożności jelit (ileus duodenalis arterio-mesenterialis), w trzy godziny po śmierci. W warunkach najściślejszej aseptyki operacyjnej wycięto na zwłokach podokostnie górny koniec kości udowej i przechowano go aż do wszczepienia (16 godzin) w 750 cm³ fizyologicznego rozczynu soli kuchennej z dodatkiem 15 kropel chloroformu. Przebieg pooperacyjny gładki. Wgojenie się kości doraźne. Obecnie chory chodzi w gipsowym opatrunku typu Dollingera; bólów niema. Co do zachowania się wszczepionej kości — zdaje się — ulega ona bardzo powolnemu wessaniu, o ile można sądzić z porównania rentgenogramów, zdjętych w różnych odstępach po operacyi. Jestto drugi tego rodzaju przypadek o pomyślnym przebiegu. Pierwszy należy do Küttnera, który jednak spostrzegał go do chwili przedstawienia na Zjeździe w Berlinie 1910 r. — tylko 6 tygodni, podczas gdy przypadek kol. Kadera ma już 8 miesięcy za sobą.

b) Chorą l. 42, po bardzo znacznej **resekcyi pęcherza moczowego z powodu licznych rozległych brodawczaków.** Pęcherzowe końce moczowodów musiał K. resekować i wszczepić do nowowytworzonego małego pęcherza, którego pojemność wynosiła zrazu 30 cm³, obecnie dochodzi do 200. Rana dobrze zagojona, nawrotu dotychczas niema (9 miesięcy). Dostęp do pęcherza uzyskano zapomocą płatowego cięcia, obejmującego dolne końce prostych mięśni brzucha wraz z górną połową kości łonowych. Sposób ten, podany przez kol. Kadera, daje doskonały dostęp, a nie upośledza ani ściany brzusznej, ani pierścienia miednicznego. Dotychczas stosowano ten sposób w klinice krakowskiej w 4 przypadkach. Prócz tego posługuje się nim kol. K. celem łatwiejszego dostania się do nowotworów kiszki prostej i esicy w małej miednicy. Dostęp doskonały. Tak operował dwa przypadki.

c) Chorego l. 52, operowanego z powodu **przerostu gruczołu krokowego**, z zupełnem zatrzymaniem moczu i rozdęciem pęcherza do 1000 cm³. Kol. K. wykonał nadłonowe wycięcie sterczu. Wynik doskonały. Mocz oddaje chory sam, odczuwając co kilka godzin potrzebę; zalegania moczu niema. Obecnie 3 tygodnie od operacyi, chory chodzi, czując się zupełnie zdrowym, jak przed chorobą. Kol. Kader podnosi techniczną dogodność metody nadłonowej w przeciwieństwie do technicznie trudnej metody kroczowej z jej różnemi odmianami, która w mniej doświadczonem ręku, aniżeli Prof. Rydygiera, wywołuje uboczne uszkodzenia i pozostawia przetoki moczowe.

d) Dalej okazuje preparat **wyrostka robaczkowego**, wyciętego u 22-letniego chorego w niespełna 6 godzin od początku napadu. W jamie brzusznej znaleziono już wyraźny początek rozlanego zapalenia otrzewnej wskutek pęknięcia otorbionego ropnia, jaki powstał za poprzednim napadem zapalenia przed kilku tygodniami. e) Wreszcie przedstawia **wyrostek robaczkowy**, usunięty na zimno u chorego t. zw. wyleczonego, zamieniony w ropną torbiel o cienkich ścianach, gotową pęknąć za najlżejszym urazem, a nie dającą żadnych objawów.

6) Kol. Radliński przedstawia a) chorego, l. 39, któremu musiał wytworzyć na twarzy z powodu nawrotu **po operacyi raka dolnej wargi** ubytek około 90 cm², obejmujący połowę obu warg i policzek. **Pokrycie plastyczne** z sąsiednich części lub szyi było niemożliwe; dlatego użyto uszypułowanego płatu **z ramienia** na wzór rynoplastyki Tagliacozza. Z wyjątkiem kawałka, o 16 cm² powierzchni, płat przyjął się. Obecnie wystarczy już nieznaczna dodatkowa operacya plastyczna. b) Chorą, l. 48, u której wykonał **umocowanie wątroby** (hepatopexia) z powodu jej opadnięcia. Wśród operacyi przymocował prawy płat do łuku żebrowego trzema materacowymi szwami z grubego katgutu, a prócz tego dokonał podsurowiczego wycięcia woreczka żółciowego i wyzyskał surowiczą pochewkę, jakby dodatkowe obłe więzadło (lig. teres), umocowując ją również do łuku żebrowego podług Haaslera. Obecnie w 6 tygodni po operacyi można stwierdzić przez opukiwanie wątrobę w prawidłowem położeniu; niemacalna. Równocześnie wykonano u tej samej chorej doszczętną operacyę przepukliny udowej sposobem Kadera-Radlińskiego. (Streszczenie własne).

W dyskusyi zaznacza kol. prym. Borzęcki, że przypadek »sarcoma idiopathicum Kaposi« ma tę wspólną cechę z większością u nas spostrzeganych, iż tyczy się starszego mężczyzny, wyznania mojżeszowego. Co do przypadku »lichen ruber planus«, to wynik leczniczy, otrzymany po jednorazowem wstrzyknięciu »606«, jest bardzo dodatni, gdyż większość zmian ustąpiła z pozostawieniem tylko plam barwikowych, wynik, jaki osiągamy dotychczasowem leczeniem przetworami arsenu dopiero po szeregu tygodni. Nawiązując do chorej z wrzodem pierwotnym na sutku, zaznacza kol. prym. Borzęcki, że przypadek ten nie bardzo przemawia na korzyść »606«, spostrzegał bowiem podobny przypadek, tyczący się chorego, który nabawił się kiły przed dwoma laty. Przebył tylko jedno leczenie rtęciowe; w listopadzie z. r. zastosowano przetwór Ehrlicha, poczem w dwa tygodnie wystąpiło wśród bolów głowy i nudności porażenie połowicze. Odczyn Wassermanna ma bezsprzecznie pierwszorzędne znaczenie, jako środek rozpoznawczy, nie można mu jednak przyznać tej wartości i polegać na jego wyniku, jeżeli chodzi o okres kiły wczesnej po przeprowadzeniu leczenia tym, lub innym sposobem. Wiemy przecie, że i po energicznem leczeniu przetworami rtęci udaje się nam zmienić odczyn poprzednio dodatni na ujemny, co nie oznacza bynajmniej uwolnienia ustroju od zarazków kiły; dlatego leczymy tych chorych dalej. Wnosząc z dotychczasowych spostrzeżeń, co do przetworu Ehrlicha można jedno na pewne twierdzić, t. j., że w tych wyjątkowych przypadkach kiły, zwłaszcza trzeciorzędnej, w których

dotychczasowe środki nie dają polepszenia, może nam odda środek Ehrlicha usługi pierwszorzędnej wartości. (Streszczenie własne).

Prezes: N. Cybulski.
Sekretarz doroczny: Dr G. Grzybowski.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich.

Walne Zgromadzenie Delegatów d. 19. II. 1911 we Lwowie.

1) Zgromadzenie zagaił prezes Towarzystwa, r. dw. Merunowicz, przy nader licznym udziale delegatów, wśród których znajdowało się po raz pierwszy 9 delegatów Towarzystwa lek. krakowskiego, jako »oddziału« Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

2) Przewodniczącym Zgromadzenia obrano przez aklamacyę Prof. Kostaneckiego z Krakowa, zastępcą jego Dra Jabłońskiego, sekretarzem Dra Zabłockiego.

3) Przyjęto protokół Walnego Zgromadzenia z 4. VII. 1909.

4) Prezes r. dw. Dr Merunowicz przedstawił, jako referent, główne punkta ze sprawozdań Rady zawiadowczej za lata 1909 i 1910, przytaczając zarazem powody, dla których w r. 1910 nie było Walnego Zgromadzenia. (Powody te wyłuszczyła Rada zawiadowcza w sprawozdaniu za rok 1909, rozesłanem przed paru tygodniami członkom Towarzystwa).

Ze sprawozdania za r. 1910 zasługują na wzmiankę następujące szczegóły: W roku tym weszła w życie nowa ustawa Towarzystwa l. g., nadająca Towarzystwu lekarskiemu lwowskiemu i krakowskiemu prawa autonomicznych oddziałów Towarzystwa l. g., a wszystkim członkom prawo do otrzymywania obu organów Towarzystwa l. g., t. j. »Przeglądu lek.« i »Tygodnika lek.« — Z końcem r. 1910 liczyło całe Towarzystwo około 830 członków (w tem 20 oddziałów prowincyonalnych — 361 członków, reszta przypada na Lwów i Kraków). Dochody z opłat członków oddziałów prowincyonalnych wynosiły 8260 K.; zaległości w tym dziale wynoszą 10.709 K. Z darów wpłynęło 2663 K. 26 h. Fundusze pensyjne dla wdów i sierot wzrosły w r. 1910 o kwotę 28.981 K. 11 h. Czysty majątek Towarzystwa wynosił z końcem r. 1910 kwotę 611.500 K. Na pensye stałe dla wdów i sierot po 26 lekarzach wydano 8150 K., na jednorazowe zapomogi dla 28 wdów lub sierot i jednego lekarza 5425 K. Towarzystwo sprzedało z zyskiem dom swego funduszu pensyjnego we Lwowie i zdążało do uregulowania sprawy fundacyi im. Stillerów (Morszyna), której długi zmniejszyć zdołano o 4018·43 K., głównie przez czysty dochód (3062·98 K.), uzyskany z gospodarki w Morszynie. Ruch w tem zdrojowisku zwiększył się, wymaga ono jednak inwestycyi; jeżeliby im Towarzystwo nie mogło podołać, należałoby ewentualnie Morszyn sprzedać. Dla uzyskania swobody postępowania zarówno co do inwestycyi, jak i ewentualnej sprzedaży, konieczne jest jednak zrzeczenie się ze strony kraju t. zw. »prawa substytucyi powierniczej«. Za staraniem Rady zaw. oświadczył Wydział krajowy gotowość przedłożenia odpowiedniego wniosku Sejmowi. Po zrzeczeniu się przez kraj tego prawa, będzie można podjąć starania o stosowną zmianę aktu fundacyjnego fundacyi im. Stillerów.

5) Na wniosek komisyi rewizyjnej, której sprawozdanie za r. 1909 przedstawił Prof. Machek, a za r. 1910 Dr St. Schoengut, uchwalono Radzie zawiadowczej udzielić absolutoryum i wyrazić podziękowanie.

6) Sprawozdanie i wnioski Rady zawiadowczej, tyczące się administracyi Morszyna na zasadzie wniosków komisyi Morszyńskiej przedstawił referent Prof. Rencki. Nad sprawozdaniem tem rozwinęła się ożywiona dyskusya, w której przemawiali Dr Schoengut. Prof. Rencki, Machek, r. dw. Merunowicz, Prof. Gluziński, Sieradzki, Dobrowolski, Dr Mikołajski i Dr Pisek. — Sprawozdanie i wnioski w sprawie Morszyna przyjęto i uchwalono wybrać dla dalszego prowadzenia sprawy Morszyna komisyę, złożoną z 3 członków (Prof. Machek i Rencki ze Lwowa, oraz Dr Sołtysik ze Stryja); w sprawach zasadniczej wagi działać będzie komisya obszerniejsza, pomnożona o 2 członków, z poza Rady zawiadowczej wybranych (Dr Damski z Krakowa i Dr Sawicki z Kańczugi). — Prof. Gluziński podniósł konieczność wydatniejszego popierania zakładu w Morszynie przez lekarzy z całego kraju.

7) Na wniosek Rady zawiadowczej uchwalono przez aklamacyę mianować członkami honorowymi Towarzystwa r. dw. Dra Merunowicza (referent Prof. Gluziński) i prym. Dr Opolskiego (referent r. dw. Merunowicz). — Prof. Kostanecki zaznaczył, że Towarzystwo lekarskie krakowskie, ze swej strony postanowiwszy wnieść wybór prezesa Merunowicza członkiem honorowym Towarzystwa lek. gal., wyraża mu jaknajgorętsze podziękowanie za Jego wieloletnią pracę.

Na wniosek Rady zawiadowczej uchwalono udzielić 100 kor. na rzecz rodziny Dr Franza.

Na wniosek Rady zawiadowczej (ref. r. dw. Merunowicz) uchwalono udzielić pensyi stałych po 400 kor. rocznie 4 wdowom po lekarzach (pp. Sokołowska, Lastowa, Marynowska i Końcowiczowa).

8) Uchwalono wniosek delegacyi krakowskiej, przedstawiony przez prezesa Tow. lek. krak., Prof. Cybulskiego, aby następne Walne Zgromadzenie doroczne odbyło się w Krakowie, i wniosek Dra Sękiewicza, aby termin tego Zgromadzenia przypadał w lecie r. 1912 tuż obok terminu zamierzonego w Krakowie Zjazdu lekarzy rządowych z całej Austryi.

9) Do komisyi rewizyjnej wybrano oddział przemyski, (obok wchodzących do niej na mocy ustawy Towarzystw krakowskiego i lwowskiego).

10) Do Rady zawiadowczej na r. 1911 zostali wybrani: Prof. Machek (prezes), Dr Obtułowicz (wiceprezes), Dr Schellenberg (skarbnik), Dr Zabłocki (sekretarz generalny), wszyscy ze Lwowa, dalej Prof. Gluziński i Dr K. Krzyżanowski ze Lwowa, Dr Sobolewski z Sambora i Dr Sołtysik ze Stryja. Prócz tego należą do Rady zawiadowczej: Prof. Rencki (jako drugi delegat Towarzystwa lek. lwowskiego), oraz Prof. Browicz z Krakowa i Prof. Jurasz ze Lwowa (jako delegaci Towarzystwa lek. krakowskiego). C.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

Wydział lekarski.

X posiedzenie d. 12 (25) listopada 1910 r.

Obecnych członków 22, gości 8. Przewodniczy prezes Prof. O. Czeczott.

Otwierając posiedzenie prezes dzieli się smutną wiadomością o śmierci członków »Związku«: Dr Adama Sapacz-Sapaczyńskiego i Dr Franciszka Groera. Podając tę wiadomość, prezes wzywa obecnych, by uczcili pamięć zmarłych przez powstanie.

Dr Wilamowski odczytuje krótki życiorys i zarys działalności naukowej Dra Adama Sapacz-Sapaczyńskiego.

Prezes ponownie zabierając głos, podaje do wiadomości, że zmarł w tych dniach wielki mistrz hr. L. N. Tołstoj i wzywa obecnych również do uczczenia pamięci zmarłego przez powstanie.

I) Prof. Ziemacki wygłosił rzecz pod tyt. **Sprawozdanie z XV Zjazdu Chirurgów Polskich w Warszawie,** 6, 7 i 8 października 1910 r. n. st.

Prezes w imieniu Zgromadzenia złożył serdeczne podziękowanie za ciekawy i wyczerpujący odczyt i prócz tego w imieniu »Związku« wyraził podziękowanie prelegentowi, jako przedstawicielowi »Związku« na Zjeździe.

II) Dr B. Wilamowski odczytał rzecz pod tytułem: **Wąglik wrzekomy** (przypadek kliniczny). Chora żona szewca w wieku lat 45, chuda, blada, wycieńczona (odbyła 11 połogów, po ostatnim, temu 3 lata, chorowała w ciągu dwóch miesięcy, zupełnie jednak nie powróciła do zdrowia, albowiem wciąż skarżyła się na słabość, bóle w lewej stronie klatki piersiowej, częste rozwolnienie). Na tydzień przed wstąpieniem do kliniki w kobiecym Instytucie lekarskim zaczęła się u chorej gorączka, wymioty, rozwolnienie, duszność i bicie serca. Przy badaniu stwierdzono, co następuje: Chora przytomna, lecz bardzo słaba, chuda, blada i sina; oddech przyśpieszony (35), powierzchowny; działalność serca bardzo podniesiona. Wysypki niema żadnej; puchlina podskórna. Gruczoły chłonne wymacalne na szyi i pod pachami, przeważnie z lewej strony, lecz nie bolesne. Brzuch trochę wzdęty. Wątroba powiększona, bolesna. Biegunka bez żadnych boleści po 6—7 razy na dobę. Suchy kaszel. Rozmiary serca powiększone, uderzenia niemiarowe (140 na minutę, tętno zaś wynosiło 100). Skurczowy szmer nad koniuszkiem serca. W lewej jamie opłucnej stwierdzono wysięk krwotoczny. W moczu i wypróżnieniach nic szczególniejszego nie wykryto. W klinice chora przebyła dwa tygodnie. W dalszym ciągu powiększyła się śledziona i pojawiły się plwociny krwawe. Ciepłota wciąż była podgorączkową; bezsenność, bóle głowy i poty. W wysięku opłucnym wykazano drogą bakteryologiczną prątki, dość znacznej wielkości, z końcami jak gdyby obrąbanymi, w środku zawierające zarodniki (wykryć te prątki w plwocinach lub w wypróżnieniach nie powiodło się). Prątki te zwykle układały się po dwa lub nawet w dłuższe łańcuchy. Gdyby nie ruchomość prątka, możnaby go było uznać za prątka wąglikowego. Tak nawet na razie twierdził bakteryolog, lecz na drugi dzień po dokonaniu sekcyi zmienił swe zdanie, albowiem przekonał się, że prątek ten okazuje ruchy własne. Sprzeczność tłómaczy się w ten sposób, że w wodzie kondensacyjnej hodowli agarowej prątki były ruchome, zaś pochodzące z powierzchni pożywki ruchu nie okazywały i układały się w postaci dłuższych łańcuchów. Wobec takich wyników badań zaliczył bakteryolog prątka tego do najwięcej podobnej grupy laseczników wąglikowatych lub prątków rzekomych wąglika. Sekcya w zupełności potwierdziła rozpoznanie kliniczne. Na podstawie tego przypadku można oprzeć dwa wnioski: 1) Drobnoustrój, który wywołał wyżej opisaną chorobę, należy do chorobotwórczych, jest bardzo podobny do prątka wąglika i najwięcej zbliżony do opisanych już laseczników wąglikowatych. 2) Przypadki wąglika wrzekomego czyli choroby wąglikowate klinicznie pozostają w takim stosunku do prawdziwego wąglika, w jakim np. paratyfus do duru brzusznego. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Prof. Ziemacki przypomina swój przypadek z roku 1884, ogłoszony w »Przeglądzie lekarskim«. Ropa (na palcu) zawierała długie nici przy badaniu mikroskopowem, (pożywek sztucznych wtedy nie było), które wykonywały również ruchy. Niektóre cechy były podobne do drobnoustroju wąglika, lecz różniły się w szczegółach Hodowli nie robiono; mówca zaliczył owe drobnoustroje do kategoryi »cladothrix«. — Prezes w imieniu Zgromadzenia dziękuje prelegentowi za ciekawy odczyt.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Odczytano odezwę od Komitetu Sokoła polskiego z prośbą o wzięcie udziału i poparcie obchodu Grunwaldzkiego. 2) Sekretarz Doc. Sowiński podaje do wiadomości, iż 1 grudnia n. st. upływa 25 lat działalności naukowej i obywatelsko-społecznej Prof. fizyologii na Wszechnicy Jagiellońskiej Dra Napoleona Cybulskiego, który jest członkiem korespondentem »Związku«. »Rada« in corpore uchwala zrobić wniosek na najbliższem ogólnem posiedzeniu o wybranie Prof. Napoleona Cybulskiego członkiem honorowym »Związku« wobec wybitnych zasług jubilata. 3) Prezes podaje do wiadomości, iż w grudniu 19 (23) st. st. ma się odbyć II. Zjazd terapeutów rosyjskich. Wybrano na przedstawicieli »Związku« na owym Zjeździe: Doc. Z. Orłowskiego, Dra Wilamowskiego i Dra Zakrzewskiego. 4) Prezes podaje do wiadomości, iż nazajutrz ma się odbyć uroczystość z powodu 100-lecia dnia urodzin Pirogowa. Uchwalono przesłać telegram. 5) Sprawę uczczenia hr. L. N. Tołstoja uchwalono podnieść na ogólnem posiedzeniu. 6) Prof. Zaleski podaje do wiadomości, iż otrzymał od ks. Okołokułaka list z prośbą o pomoc lekarską w jego przytułku na ul. Uszakowskiej. Dotąd był lekarzem Dr Hattowski, który obecnie dla braku czasu pełnić swych obowiązków nie może. Uchwalono zapytać Dra Giłużewskiego, który pracuje w szpitalu Ałafuzowskim, czy nie podejmie się bezpłatnej potrzebnej pomocy lekarskiej w owym zakładzie. Sekretarza Doc. Sowińskiego upoważniono do zniesienia się w tej sprawie z Drem Giłużewskim.

Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

64. Ogólne Zebranie w dniu 21. stycznia 1911 r.

Na przewodniczącego Zebrania wybrany kol. Fidler.

1) Przed porządkiem dziennym przedstawił kol. Raszkes a) chorą po wstrzyknięciu **salvarsanu.** Chora S. zaraziła się od swego męża przed 3 miesiącami. Nie leczyła się wcale, dopiero teraz zwróciła się do szpitala św. Kazimierza z nieznaczną różyczką na całem ciele; na wielkich i małych wargach sromnych kłykciny wielkości grochu, takież same przy wejściu do pochwy. Przed trzema dniami wstrzyknięto salvarsan, przygotowany według metody Malinowskiego, w ilości 0,5. Żadnych bólów chora podczas wstrzyknięcia nie doznawała, ani do tej chwili nie doznaje. Ciepłota w dniu wstrzyknięcia i nazajutrz 37·6, poczem spadła do poziomu prawidłowego; tętno 72; na miejscu wstrzyknięcia wyczuwa się obecnie naciek, zupełnie niebolesny. Różyczki niema, kłykciny obecnie po 3 dniach po wstrzyknięciu już zaczynają zanikać. b) Kol Raszkes przedstawił **macicę, amputowaną nadpochwowo z powodu włókniaka,** przyczem znaleziono i wycięto też torbiel lewego jajnika. Chora St. B., lat 36, miała pierwszą regularność skończywszy lat 19. Mając lat 22, wyszła zamąż, poczem zaraz zaszła w ciążę i poroniła w piątym miesiącu. Przed sześciu laty zauważyła guz w brzuchu; w szpitalu św. Ducha w Warszawie wyłuszczono wtedy torbiel jajnika prawego. Cięcie prowadzono wtedy w linii środkowej, rana zagoiła się doraźnie. Od lat trzech miewa bole w dole brzucha, od czasu do czasu nieprawidłowe krwawienia z pochwy, regularność zaś pojawia się prawidłowo co 4 tygodnie. Przy badaniu stwierdził mowca, co następuje: Część pochwowa przechodzi w guz twardy, niebolesny, nieco ruchomy, sięgający aż do pępka; nie udaje się wyczuć trzonu macicy, ani lewych przydatków; jama macicy ma 16 centymetrów długości. Rozpoznano włókniaka macicy. W uśpieniu chloroformowem dokonano 3. I. 1911 roku przy pomocy kolegów Kosickiego i Fuksiewicza cięcia brzusznego wzdłuż lewego brzegu blizny po poprzedniej operacyi; od spojenia łonowego na jeden palec ponad pępek oddzielono częścią nożyczkami, częścią na tępo zrosty między siecią, a przednią ścianą macicy, oraz w zatoce Douglasa, następnie dokonano nadpochwowej amputacyi macicy. Ponieważ w lewym jajniku znajdowała się torbiel wielkości pomarańczy, więc wycięto lewy jajnik wraz z lewym jajowodem, który był znacznie zgrubiały. Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy; ciepłota nie podniosła się wyżej $37^{0}4$, tętno było najwyżej 72; rana zagoiła się doraźnie; chora podniosła się 7-go dnia po operacyi. Przypadek ten jest ciekawy z powodu współistnienia włókniaka macicy z torbielą jajników. Monsiorski na zasadzie statystyki James Watt-Keena i Lanwersa oblicza, że tego rodzaju współistnienie trafia się w $5^{0}/_{0}$ przypadków włókniaka macicy. Fakt ten, że chorą przed 6 laty operowano z powodu dużej torbieli prawego jajnika, kiedy jeszcze nie było włókniaka macicy, obecnie zaś znaleziono rozwijający się torbiel jajnika lewego ze zmianami w jajo-

wodzie przy wielkim włókniaku macicy, zasługuje na uwagę przy omawianiu nadzwyczaj ważnej i zajmującej sprawy o związku przyczynowym między włókniakiem macicy, a torbielami jajników.

W dyskusyi co do pierwszej chorej S. kol. Szczepaniak zapytuje się prelegenta, czy znane mu są komunikaty z ostatnich czasów, że salvarsan nie gwarantuje zupełnego wyleczenia, że często otrzymuje się nawroty, że wielu specyalistów przechyla się na stronę leczenia swoistego. — Kol. Raszkes w odpowiedzi zaznacza, że sprawy tej nie można jeszcze uważać za ostatecznie rozstrzygniętą; że jednak »606« albo będzie sam stosowany przy leczeniu przymiotu, albo obok leczenia swoistego.

Kol. Fidler ma w swej praktyce 6 przypadków, z tych jeden po wstrzyknięciu w Warszawie, jeden w Wrocławiu. Pierwszy był to typowy przymiot złośliwy; po Hg i sarsaparilli ciepłota zaczęła się podnosić, chory marniał. Po wstrzyknięciu »606« wszelkie objawy, między innymi i owrzodzenia, znikły. Drugi przypadek był przypadkiem przymiotu świeżego; stała gorączka — po »606« wyzdrowienie. Odczyn Wassermanna przed »606« był dodatni, po wstrzyknięciu ujemny. Trzeci przypadek był również przypadkiem kiły świeżej; chory ten dostał drgawek, rozpoznanie wskazywało na kiłę mózgu i rdzenia; stosowano wcieranie szaruchy, jod, powstało podniecenie, wzmożenie odruchów, wady akomodacyi. Próba Wassermanna poprzednio również była dodatnia. Neisser i Förster uważają go za wyleczonego. Poza tem kol. Fidler ma jeszcze trzy przypadki: jeden wspólnie z kol. Kossakiem, dwa osobiste. Przypadek czwarty: stara kobieta, objawy porażenia połowiczego. Odczyn Wassermanna dodatni. Wstrzyknięto »606«, bole nieznaczne, ciepłota siedem dni prawidłowa, siódmego dnia silny naciek na miejscu wstrzyknięcia, a ciepłota podskoczyła do 38·5. Dnia 9. ciepłota przełomowo spadła; naciek twardy, lekko bolesny; ogólne nieznaczne polepszenie: chora jest silniejsza, władza w lewej kończynie dolnej lepsza; chora może chodzić bez pomocy; polepszenie w porażeniu lewego nerwu twarzowego; stan lewej ręki bez zmian. Przypadek piąty: student z Moskwy. Odczyn Wassermanna dodatni. Po wstrzyknięciu nieznaczne omdlenie, ból początkowo nieznaczny, potem coraz większy; po 5 dniach naciek zaczął się zmniejszać; stan ogólny dobry. Szósty przypadek znajduje się w szpitalu: potator, hulaka; po leczeniu swoistem wrócił z kłykcinami kończystemi i płaskiemi. Po »606« był naciek, który 5. dnia nawet się zwiększył. Kłykciny płaskie wessały się, kłykciny kończyste 5. dnia zaczęły znikać. Co do nawrotów sądzi kol. Fidler, że przecież i leczenie swoiste nie zabezpiecza od nich, dlaczegóż nie stosować obok Hg i salvarsanu?

Kol. Szczepaniak omawia przypadek wiądu rdzenia z rozpoczynającym się zanikiem nerwu wzrokowego. Tu wstrzyknięcie »606«, które jednak zrobiono w Warszawie, nie w Radomiu, i to na życzenie chorego, stanowczo przyspieszyło pogorszenie wzroku. Przy zapaleniu jednak nerwu wzrokowego na tle przymiotowem radzi kol. S. wstrzykiwać »606«.

Kol. Fidler zaznacza, że dotąd nie zauważono wyników dodatnich po wstrzyknięciu »606« przy cierpieniach parasyfilitycznych.

Co do drugiej chorej, A. B., kol. Marks jest za porozumieniem się z lekarzami, którzy operowali chorą przed 6 laty. — Kol. Raszkes zgadza się z kol. Marksem.

2) Odczytano i przyjęto protokół 63. Zebrania ogólnego.

3) Zawiadomiono o ustąpieniu trzech członków Zarządu, kolegów: Fidlera, Kosickiego i Kondratowicza, oraz o balotowaniu jednego z członków komisyi rewizyjnej.

4) Kol. Cung odczytał referat: **W sprawie gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem.**

5) W sprawie organizacyi zawodowej lekarzy ziemi radomskiej postanowiono zwrócić się do kol. Czyżewicza w Jarosławiu w Galicyi, prezesa Związku lekarskiego, z prośbą o ustawę.

Członek Zarządu sekretarz: T. Rakowski.

Towarzystwo stomatologów polskich.

Postęp w dentystyce był tym czynnikiem, który wywołał zawiązanie się Towarzystwa stomatologów polskich. Namiestnictwo we Lwowie zatwierdziło statut 23. VII. 1906. Ponieważ obecnie minęło lat cztery od chwili ukonstytuowania się Towarzystwa, podajemy krótkie sprawozdanie z działalności do obecnej doby.

Wydział Towarzystwa, wybrany po zatwierdzeniu statutu, w niezmienionym prawie składzie urzęduje do dnia dzisiejszego. Prezesem wybrano Prof. Dra W. Łepkowskiego, który bez przerwy od założenia tę godność piastuje, skarbnikiem początkowo był Dr Uromski, obecnie Dr Sędzielowski, zastępcą prezesa był Prof. Dr N. Cybulski, obecnie Dr Merunowicz, sekretarzem Dr Kozaczka, Dr Jossé, obecnie Dr Maciszewski. Członków liczyło Towarzystwo początkowo dziesięciu, dzisiaj liczy 23 członków.

Celem Towarzystwa jest pielęgnowanie nauki o leczeniu chorób jamy ustnej i postęp techniki dentystycznej. Wierne swemu celowi starało się Towarzystwo pracować w tym kierunku, a że praca postępowała powoli, ale nieustannie, świadczą poniżej wymienione odczyty i referaty, które przedstawiono na posiedzeniach Towarzystwa.

Prof. Dr Łepkowski: 1) Sposoby robienia złotych koron i zatykadła. 2) Implantacya zębów. 3) Sprawozdanie ze Zjazdu stomatologów w Paryżu. 4) O zmianach w jamie ustnej, tyczących się uzębienia, które są oznaką wysokiego stopnia degeneracyi. 5) Krótki rys własnego sposobu zaopatrywaniu korzeni radycyną. 6) Sprawozdanie ze Zjazdu lekarzy w Wiedniu 6. XII. 1910.

Dr Kozaczka: 7) O zaopatrywaniu korzeni.

Dr Steinberg: 8) Wyjmowanie ułamanych korzeni. 9) O zapaleniu okostnej. 10) O wkładach złotych. 11) Wstrzykiwania, technika, wskazania, przeciwwskazania. 12) O formowaniu się uzębienia. Utrzymywanie chwiejących się zębów sposobem Witkowskiego.

Dr Matzke: 13) Znaczenie i zastosowanie gutaperki w zachowawczej dentystyce.

Dr Praetzel: 14) Praktyczne uwagi o dentystyce. 15) Noxolit. 16) Operacye Willigera.

Dr Syrop: 17) O cementach. 18) O badaniu prądem elektrycznym. 19) O regulacyi zębów. 20) O leczeniu pyorrhoea alveolaris. 21) Część teoretyczna i praktyczna ortodoncyi.

Dr Mirtenbaum: 22) O zaopatrywaniu korzeni i zapaleniu okostnej. 23) O plombach Aschera.

Jachimowicz; 24) Demonstracya prasy gumowej systemu Asha. 25) Mostki do zdejmowania na śrubach.

Dr Podłęski: 26) O radycynie.

Dr Schalit: 27) Pyocyanaza.

Towarzystwo postanowiło na przyszłość ogłaszać swe posiedzenia i tematy obrad w »Przeglądzie lekarskim«. Nadto powstała w łonie członków Towarzystwa myśl wydawania broszur i ogłaszania drukiem referatów treści ogólnej, mających na celu pouczenie laików o doniosłości pielęgnowania zębów i zwrócenia uwagi, że wobec wydoskonalenia sposobów zachowawczych wyrywanie zębów ogranicza się do minimum. Staraniem Towarzystwa wychodzi pierwsza popularna broszurka o higienie i pielęgnowaniu zębów. Dr Maciszewski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Krajowy Związek zdrojowisk i uzdrowisk zainicyował dla wykształcenia personalu administracyjnego i służbowego w naszych zdrojowiskach urządzenie we Lwowie przy po-

mocy subwencyi Ministerstwa pracy 14-dniowego kursu administracyjno-gospodarczego. Drukujący się Pamiętnik Zjazdu przemysłowo-balneologicznego w najbliższym tygodniu ukaże się na półkach księgarskich. Zarząd Związku opracowuje obecnie wyczerpujący Przewodnik i Skorowidz wszelkich zdrojowisk, uzdrowisk, letnisk i źródeł mineralnych w kraju. Na najbliższem posiedzeniu zarządu nastąpi porozumienie się z ekonomicznym Związkiem urzędników, celem uzyskania przez członków tegoż Związku zniżeń w zdrojowiskach krajowych w I. i III. sezonie.

— Delegacya Polskiego Towarzystwa balneologicznego, złożona ze sekretarza Dr Zanietowskiego i redaktora Dr Frączkiewicza złożyła nowo mianowanym ministrom Głąbińskiemu i Zaleskiemu, oraz prezesowi Koła polskiego Łazarskiemu, szereg petycyi, odnoszących się do podniesienia krajowego zdrojownictwa. Równocześnie wzięła delegacya udział w obradach »Centralnego Związku balneologów«, do którego zarządu wybrany został z Polaków Dr Zanietowski. Wreszcie wspólnie z wiceprezesem Dr Schneidrem, wniosła delegacya do ministerstwa robót publicznych szereg próśb i postulatów, odnoszących się do rozwoju zdrojownictwa krajowego, do wzmożenia ruchu turystycznego w zdrojowiskach i do poparcia wystawy balneologicznej, którą ma urządzić w Krakowie w b. r. Towarzystwo balneologiczne podczas Zjazdu lekarzy i przyrodników.

— Komisya sanitarna miejska na posiedzeniu z dnia 18. b. m. przyjęła do wiadomości sprawozdanie naczelnego lekarza miejskiego Dr Janiszewskiego o działalności miejskiego urzędu zdrowia w r. 1910 i o chorobach zakaźnych za czas od 1. stycznia do 15. b. m. Komisya uchwaliła regulamin dla służby sanitarnej, oraz uznała za naglącą sprawę budowy szpitala epidemicznego.

— Dr Zygmunt Radliński, asystent kliniki chirurgicznej, habilitował się z zakresu chirurgii.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Stanisław Skudro, rodem z Cieszyna i Maurycy Epstein z Krakowa.

— »Słownik psychologii, neurologii i psychopatologii«, wyjdzie, jak donosi Dr R. Radziwiłłowicz w »Ruchu filozoficznym« (Nr 2), prawdopodobnie w r. 1912. Myśl opracowania takiego słownika poruszono już na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w r. 1900, ale dopiero I. Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w r. 1909 popchnął ją na tory praktyczne. Komitet redakcyjny »Słownika« tworzą pp. E. Abramowski, St. Orłowski i R. Radziwiłłowicz, nad ścisłością lingwistyczną czuwa A. Krasnowolski. Koszta nakładu pokryje kasa im. Mianowskiego. Słownik będzie mieć charakter inwentarzowy, t. j. obejmie wszystkie nazwy używane w psychologii, neurologii, psychiatryi i naukach pokrewnych w językach polskim, niemieckim, francuskim, angielskim i włoskim; objaśnienie znaczenia będzie podane przy nazwach polskich. Za podstawę językoznawczą przyjęto wychodzący właśnie w Warszawie »Słownik języka polskiego«, jego zasady i pisownię. Mianownictwo lekarskie opracowano według »Słownika lekarskiego« krakowskiego.

— We Lwowie zmarła Albertyna Wojciechowska, zapisując 160.000 kor. na fundacyę swego imienia, z której ma otrzymywać zasiłki 6 słuchaczy medycyny, a 10.000 zakładowi głuchoniemych.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 12. II. do 18. II. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 10 † 5 (w tem obcych 2 † 1), krztuśca 8, ospy wietrznej 1, płonicy 8 † 1, odry 26 † — (3 † —), gorączki połogowej 1 † 1 (1 † 1), róży 1.

Dr Janiszewski.

Warszawa. W sprawie tegorocznego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich odbyły się narady w Towarzystwie lekarskiem warszawskiem i Towarzystwie naukowem warszawskiem, na które przybyli umyślnie z Krakowa prezes komitetu gospodarczego Prof. Dr J. Nowak i doc. Dr Latkowski.

Z różnych stron. III. niemiecki Zjazd urologiczny odbędzie się w Wiedniu 11—13. IX. b. r. Głównymi tematami obrad są: 1) Wyniki trwałe po wycięciu nerki z powodu gruźlicy (referenci Israel, Windbolz). 2) Znaczenie metod uretroskopowych dla kliniki (Oberländer, Wossidlo). Zgłoszenia wykładów (najpóźniej do 1 czerwca 1911) przyjmuje biuro Zjazdu (Wien IX. Maria-Theresiastrasse 3).

— W tych dniach opuścił prasę drugi tom dzieła o elektromedycynie (Handbuch der gesammten Anwendungen der Elektrizität in der Medizin. 1911. Lipsk). Tom ten rozpoczyna obszerna, ilustrowana elektrodyagnostyka pióra Dr Zanietowskiego, a kończy praca tegoż autora »O nerwach obwodowych«. Innymi współpracownikami dzieła są: Prof. Mann z Wrocławia, Prof. Mendelssohn z Paryża, Prof. Boruttau z Berlina, Prof. Salomonson z Amsterdamu i Prof. Luzzenberger z Rzymu.

Zmarli: Dr Roman Aleksander Baranowski w 37 r. ż. w Grodzisku.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 1. marca 1911 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Prof. Kostanecki: Hernia obturatoria (demonstracya). 2) Dr Janiszewski i doc. Nitsch: O pracowni bakteryologicznej miejskiej. 3) P. Borkowski: Ehrlich i jego teorya.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Nowe przetwory radium w zakładzie Neulangbach.

Po odkryciu własności leczniczych radu powstała myśl sporządzania sztucznych wód, zawierających rad. Neusser i in. wykazali, że takie wody dorównywują prawie pod względem działania cieplicom naturalnym. Jeżeli zaś nie osiągnięto tego samego stopnia działania, to jedynie dlatego, że przetwory dotąd fabrykowane zawierały zbyt mało emanacyi (Görner, Münch. med. Woch. 1910. Nr 27.), co zapewne w związku pozostaje z wysoką ceną radu. Zakład w Neulangbach posiada nowy, korzystny bardzo sposób postępowania przy wytwarzaniu radu, także z bardzo ubogich i tanich kruszców.

Przetwory tej firmy są do 800 razy radyoczynniejsze w porównaniu z innymi. Za jednostkę miary przyjmuje się t. zw. »pojedyńczy Gastein« t. j. 31.000 t. zw. »Machelinheiten« czyli jednostek czynnościowych, jakie są zawarte w 200 litrach (kąpiel normalna) wody w Gastein z Grabenbäckerquelle. Przetwór zatem oznaczony »poczwórny Gastein« zawiera 124000 jednostek czynnościowych.

Osiągnięte tymi przetworami wyniki odpowiadają w zupełności pokładanym nadziejom.

Szczegółowych wiadomości udziela w prospektach »Zentralverkaufsbureau Radiumwerk Neulangbach, — Wien IX. Günthergasse 1. Pozatem zawiera inserat w »Przeglądzie lekarskim« pewne dane.

Dk. W.

Rok L. Kraków, dnia 4. marca 1911 Nr. 9.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Dalsze słowo w sprawie nowojodyny

podał

Prof. Dr Bol. Wicherkiewicz.

Korzystne doświadczenia, zebrane przezemnie w prywatnej praktyce, w klinice okulistycznej i na oddziale ocznym szpitala św. Łazarza, z których zdałem sprawę w Nr. 2 »Przeglądu lekarskiego« z r. b., utwierdzają mnie w przekonaniu, że nowojodyna zajmie poczestne miejsce w skarbcu środków ku zwalczaniu chorób ocznych.

Jeżeli raz jeszcze powracam, i to w tak krótkim względnie czasie, do tego samego przedmiotu, to czynię to dlatego, by ustrzedz kolegów przed doświadczeniem nietyle szkodliwem, co nieprzyjemnem w następstwach, które zniewolony byłem zrobić, stosując środek w tej właśnie postaci i w tym składzie, w jakich mi przysłany został. Fabryka, jak zaznaczyłem w artykule poprzednim, dała nazwę »nowojodyny« nowemu związkowi chemicznemu (heksametylen-tetramindijodid), połączonemu w równych częściach z łojkiem (talcum venetum). Mieszanka ta okazała się wcale skuteczną w leczeniu ran powiekowych, również rany twardówkowej z wypadnięciem ciałka szklistego, jak na samym początku doświadczyłem, atoli ból, tym środkiem wywołany, zdawał się być znacznym w pewnych przypadkach i zbyt długo trwającym. Również i stosowanie takiego proszku przeciw zapaleniom spojówki w jej rozlicznych odmianach wywoływało dolegliwości, które niezawodnie stały się przyczyną, iż mimo skuteczności środka chorzy starali uchylić się od tego rodzaju leczenia. Zrazu trudno było osądzić, czy dolegliwości te wywołuje nowy chemiczny związek, czy jego domieszka, t. j. łojek.

Gdy współpracownik firmy p. Dr Scheuble przysłał mi po pewnym czasie wyłącznie dla celów okulistycznych szereg nowych mieszanek heksametylentetramindijodidu, w których łojek zastąpiony był cukrem (saccharum album), i to mieszanek od 5% do 25%, począłem stosować je w tem zestawieniu, przeważnie 10—20%, także przeciw wrzodom rogówkowym, przyczem okazało się, że stosowanie tej mieszanki, niemniej skuteczne, nie sprawiało wielkich dolegliwości i rogówka dobrze środek ten znosiła. Przy przepisywaniu chorym ocznym tej mieszanki, żądać trzeba wyraźnie nowego związku, który zatrzymuje zresztą nazwę nowojodyny »bez łojku«, a zatem np.: »Rp. Novojodini sine talco 1.0 Sacchari albi subtilissime pulvers. 10.0«.

Stosowałem i mocniejsze mieszanki tam, gdzie chodziło mi o energiczniejsze działanie, aż do 25%, nawet do 50%; by łagodzić pewne z tem połączone dolegliwości dodaję nowokainy w stosunku 2%, a zatem: »Rp. Novojodini s. talco 2.0, novocaini 0.2, sacch. albi sp. 10.0«.

Przy wrzodach rogówki, pryszczykach spojówki, jako też przy zapaleniach brzegów powiekowych poleca się stosowanie maści, którą przepisuję w następującej postaci: »Rp. Novojodini s. talco 2.0, lanolini, vaselini aa 5.0«. I do maści dodaję także jakiś środek znieczulający, czy to kokainę, czy nowokainę lub holokainę. Kokainę tam, gdzie nie ma obawy o powstawanie objawów jaskry przez rozszerzenie źrenicy, nowokainę w przypadkach swoistej wrażliwości na kokainę, częściej zachodzącej, niżby się to zdawało.

Dodawanie środków znieczulających zaleca się głównie przy powierzchownych zmianach rogówkowych, połączonych, jak wiadomo, bardzo często ze znacznemi dolegliwościami. O skuteczności takiego połączenia przekonałem się w przypadku pęcherzycy, sądzę zaś, że i pasówka (herpes zoster ophthalmicus), zwłaszcza gdy i rogówka jest zajęta, będzie wdzięcznem polem dla tego środka, gdy współzawodnicząc z leczeniem przyczynowem, dobrze wpłynie miejscowo na sprawę, tak nieraz dokuczliwą i długo trwającą.

W końcu dodaję, iż nowojodyna, zapruszona do oka, dość szybko rozkłada się w worku spojówkowym, względnie zostaje wydzieloną; dlatego w ostatnich czasach polecałem stosować ten środek kilka razy dziennie, bez ujemnych następstw, a raczej z lepszym jeszcze skutkiem.

O wpływie wód mineralnych na ustrój

napisał

Wacław Moraczewski.

Jeden z moich zagranicznych przyjaciół skłonił mnie do napisania na ten temat artykułu, który to artykuł miał zamiar zużytkować dla swych prac balneologicznych. Uczyniłem to z prawdziwą niechęcią, bo przez te lat dziesięć, które spędziłem w Karlsbadzie, unikałem starannie wszelkiej wzmianki o działaniu wód, obawiając się — może niesłusznie, — że wszelka praca na ten temat wyzyskana bywa jako reklama. Ale zapatrywania moje tak dalece odbiegają od tego, co się czyta w oficyalnych publikacyach, dotyczących zdrojowisk, że obawą ta przestała mnie niepokoić

Poza tem, sformułowawszy już raz w wymienionej pracy moje przypuszczenia, zapragnąłem przedstawić je moim rodakom, ażeby przyczynić się choć trochę do podważenia tego głazu, który wszelką pracę o wodach mineralnych gniecie.

Wszelkie bowiem prace, czy to o zdrojowisku A. czy o zdrojowisku Z., cechuje ta szczególna treść, że zarówno zdrojowisko A., jak zdrojowisko Z., leczą według tych prac wszystkie choroby prócz raka i gruźlicy. I co gorsza, twierdzenie to nietylko jest szczere — ach, jak szczere — ale potrosze prawdziwe. Nawet każda butelka wody bilińskiej na małą skalę i zwięźle, ale przecie powtarza o sobie tosamo, na mniej lub więcej błędnie drukowanej etykiecie.

Drugą cechą szczególną tych publikacyi o źródłach jest panegiryk na sole mineralne. Jeżeli w wodzie niema litu, który brał na swą cząsteczkę, a waży tylko 7, wszystką odpowiedzialność za skutki wody, to arsen lub żelazo muszą go »tant bien que mal« zastąpić. Gdzie ich niema, tam jest napewno sod, a ten w każdej formie sprawić musi to, czego niepotrafiły tamte, to jest: podnosić utlenianie tkanek, przyspieszać spalanie azotu, działać na wydzielanie soku żołądkowego, zarówno hamując, jak przyspieszając, pędzić żółć i mocz, słowem, muszą te sole, a raczej ich jony (od czasów Van t'Hoffa i Arrheniusa) być tem, co stanowi o wartości źródła.

Nie mówię o trzeciej cesze szczególnej, którą jest powtarzanie analiz, opatrzonych pięcioma liczbami po przecinku i opisywanie piękności przyrody.

Prace te musiały budzić słuszne lekceważenie pomiędzy ludźmi myślącymi i mogły doprowadzić do pewnego zniechęcenia samych zwolenników wód mineralnych. Tymczasem zaprzeczyć się nie da, że wpływ wód mineralnych należy do bardzo znanych i wybitnych, że objaśnić się nie daje ani poddawaniem, ani odpoczynkiem, ani zmianami w dyecie, choć każdy z tych wpływów może grać rolę, że w żaden sposób niemożna go porównać do innych klinicznych zabiegów, że wreszcie wody mineralne naśladować się nie dadzą mimo najszczerszych chęci i pięciocyfrowych analiz.

Zacznijmy od omówienia składników i ich znaczenia. Wiadomo powszechnie, że wody zmieniają się szybko, mimo że ich składniki pozornie nie ulegają zmianie. Kto pił jakąkolwiek wodę mineralną zimną czy ciepłą u źródła i pił ją choćby w trzy godziny potem, ten nie waha się twierdzić, że zmiany są wybitne, choćby ta woda była natychmiast butelkowana i szczelnie zatykana we flaszce. U źródła woda smakuje np. »żelazem«, po kilku godzinach smak ten znika. Zaszła jakaś zmiana. Ledwie dostrzegalny osad pozostał na dnie lub nie pozostał wcale i strącił ten zapach, jak siarczany strącają sole baru, bez śladu. W wodzie mineralnej istnieć musi napięcie gazu, czy ciepłota, do której składniki mineralne są dostosowane najdokładniej. Z chwilą, kiedy woda występuje na powierzchnię, zmieniają się warunki i procesy chemiczne się »odwracają« w mniejszym lub większym stopniu. Tego odwrócenia procesu nie wykryje żadna analiza, żadne przewodnictwo elektryczne, ani osmoza, bo ilość cząsteczek może się nie zmieniać, bo ilość jonów może być tasama.

Ci, którzy mniemają, że wodę równą naturalnej można zrobić, powtarzają bezwiednie zdanie, że można zrobić kwiat albo życie. Nikt ze znajomości barwika kwiatu i ilości drzewnika żywego kwiatu nie stworzy; i wody żywej nie stworzy żadna fabryka, chyba, żeby potrafiła udać geologiczne warunki, rozporządzała tysiącami atmosfer i mogła prowadzić wodę milami całemi pod ziemią w tychsamych, co źródło, warstwach.

Ale przedewszystkiem zastanowić się trzeba, jaką rolę odgrywają te składniki mineralne, te znane, oficyalnie chwalone składniki, ten nieszczęśliwy lit lub arsen. Jeżeli to jest ciało o wybitnych chemicznych własnościach, to nawet wtedy ośmieliłbym się wątpić, czy jego własności równają się własnościom wody, która go dźwiga. Nie śmiem twierdzić, że wszelkie źródła mineralne zawierające żelazo działają tylko przez żelazo, ani przez jod lub arsen, jeżeli zawierają jod lub arsen, ale z niejaką śmiałością mógłbym utrzymywać, że nie działają przez sod i lit. Inna jest rola, prócz chemicznej, która sprawia, że woda pewna jest taką, a nie inną, i bardzo być może, że wpływ Krynicy lub Francensbadu na zgoła innych polega własnościach, niż na zawartości 0,0035 żelaza w litrze. Pojmuję doskonale, że wyrażam tem tylko przypuszczenie, co gorzej przypuszczenie, niesympatyczne dla wszelkich wód mineralnych, lubiących analizy, ale obowiązkiem każdego jest mówić to, co w danej chwili za najbardziej prawdopodobne uważa. Postaram się wykazać, na czem opieram to przypuszczenie. Teoretycznie na tem, że wszelkie dodawanie jonów sodowych jest raczej szkodliwe dla rozpuszczalności kwasu moczowego (His), który przecie we krwi znajduje się nie w postaci wolnego kwasu, tylko soli sodowej. Teoretycznie jest wszelkie dodawanie zasadowych wód do soku żołądkowego, pozbawionego kwasu, również nieracyonalne. Widzimy z tych dwóch przykładów, że pomyślne skutki wód alkalicznych dla jednego i dla drugiego procesu polegają nie na naiwnie chemicznym wpływie, tylko na zmianach w procesach chemicznych wyższego rzędu, na zmianach, które może wcale nie jonami sodowymi, tylko wszelkimi innymi jonami wywołane być mogą.

Praktycznie zaś popierają moje przypuszczenia doświadczenia codzienne, że wody najrozmaiciej złożone, zawierające np. sól, albo przeważnie dwuwęglan sody, działają bardzo podobnie. W niektórych razach dało się to wykazać na wydzielaniu soku żołądkowego (Bickel) i nikt teraz nie wątpi, że mimo paradoksalności tego zdania zarówno nadkwaśność, jak podkwaśność leczy się zasadowemi wodami, że nietylko zasadowe, ale wszelkie mniej więcej podobnie złożone wody, jak Kissingen, Karlsbad, Vichy, działają jednako.

Ten niemiły dla wszelkich lokalnych patryotyzmów wniosek nie powinien jednak zbytecznie zasmucać, bo pozwala nam utrzymywać tem śmielej, że w wodach mineralnych jest czynnik nieznany, a działający rozstrzygająco.

Musimy szukać tego czynnika w ogólnem działaniu wód, nie zatrzymywać się na własnościach szczególnych minerałów, raczej rozpatrywać wodę, jako całość. Gdyby mineralne składniki same sprawiały wszystkie te skutki, to właśnie w tych razach wszelkie sztuczne wody byłyby na miejscu, byłyby nawet lepsze, bo mogłyby dawać tylko ten czynnik ważny, a balastu innych soli by nie dawały, Niestety, te rozumowania nigdy nie zostały stwierdzone

praktyką, bo inaczej działa dwuwęglan sodu, a inaczej picie wód mineralnych.

Nie silimy się rozwiązać tej zagadki, raczej chcielibyśmy podnieść jeden z czynników, ważnych zdaniem naszem, a przez usuwanie innych, niczem nieuzasadnionych, wyświetlić jego dominujące znaczenie. Wiadomo powszechnie, że są wody bez składników, albo prawie bez składników, które cieszą się wielkiem uznaniem. Gdyby nie rad, który zjawił się w porę, aby objaśnić to zjawisko, możeby jak dawniej szukano przyczyn innych. Teraz do szeregu cyfr przybyły pomiary promieniotwórczości i okazało się, że wszelkie wody w mniejszym lub większym stopniu ją posiadają. »Rad« jest zresztą takimsamym cierpliwym wyrazem, jak dawniej był »lit«, a potem »ciśnienie osmotyczne«.

Działanie wód zdaje się wywierać wpływ ogólny, wpływ, który tylko pośrednio leczy niedomagania poszczególnych narządów, ale wpływ, który je leczy fizyologicznie przez podnoszenie krążenia krwi, przez rozrzedzenie soków i przepłukiwanie. Na tem, zdaniem mojem, polega wszelkie działanie wód i czynnikiem rozstrzygającym jest szybkość i jakość chłonienia. Działanie wód porównać można do tego uniwersalnego środka, jakim jest przekrwienie, które od czasów Biera jest dyscyplinowane i umundurowane, a które dawniej wałęsało się po terapii jako okłady wysychające, rozgrzewające, jako rozcierania, okadzania, obwijania watą, wełną itp. Działanie wód zbliżone jest do puszczania krwi, które ojcowie i dziadowie nasi uprawiali z metodą, a które dla naszego lękliwego pokolenia jest końską kuracyą. A przecież upustami krwi ocalono dotąd niejedno życie i poprawiono niejedno zapalenie nerek. Działanie wód przypomina głodzenie, które w rękach sprytnych ludzi występuje pod rozmaitemi przezwiskami, a w połowie przypadków dobrze działa. Działanie wód da się wreszcie porównać do systematycznego przeczyszczania, które jest łagodną postacią głodzenia i łagodną postacią puszczania krwi, a które również w połowie przypadków działa pomyślnie. Do wszystkich tych czynników zbliżone jest działanie wód i dzieli z nimi wszystkie dobre strony, nie dzieląc może złych, bo jeżeli łatwo przeholować w głodzeniu, wycieńczaniu, puszczaniu krwi, jeżeli w tych wszystkich razach schematyzowanie jest bardzo niebezpieczne, to przy wodach sprawa ta tak groźnych form nie przybiera, czuwa nad nią bowiem przemądry organizm.

Przypuszczam, że nie zadziwiło nikogo ani to przypuszczenie o działaniu wód, ani to porównanie. Uważam jednak za właściwe w kilku słowach objaśnić, jak sobie to przepłukiwanie wyobrażam i dać parę przykładów. Każda ilość wody, którą do żołądka wprowadzimy, bez względu na stężenie ulega z czasem wchłonieniu; już w żołądku odbywa się wymiana wody, choć żołądek wogóle chłonie niewiele (London). W każdym razie, jeżeli nawet w żołądku część wody ulega wessaniu, to tembardziej w jelitach. Przedtem jeszcze następuje wymiana, polegająca na tem, że ściany przewodu pokarmowego oddają wodę, jeżeli treść jego ma ciśnienie hyperosmotyczne, a pochłaniają, jeżeli płyn jest rozcieńczony niżej zgęszczenia krwi. Uregulowawszy w ten sposób zawartość soli, sprowadziwszy każdy płyn do jednakiego zgęszczenia z krwią, ściany wymieniają dalej prostą filtracyą i dyfuzyą bez udziału sił osmotycznych swoje składniki ze składnikami wody. Odbywa się to na wzór wymiany gazów w płucach i prawo Henry dotyczy rozczynów tak, jak dotyczy gazów, to jest: jedno ciało nie przeszkadza w dyfuzyi drugiemu ciału, dla każdego ciała przenikanie w inne środowisko zależy jedynie od ilości tego ciała w porównaniu z tamtem środowiskiem, a nie od ilości ciał mu towarzyszących. Tym sposobem sole kwasu moczowego zawsze przenikać będą ze krwi do rozczynu wodnego, a sole np. litu czy jodu zawsze do krwi, bo tam ich niema, dopóki pomiędzy wszystkiemi cząsteczkami nie zapanuje równowaga, dopóki tkanki nie obdzielą się równo wszelkimi składnikami.

Wymiana ta może odbywać się prędzej lub wolniej i tu zdaje się leżeć tajemnica działania niektórych wód mineralnych. Pewne niezrozumiałe i trudne do sformułowania napięcie panować może w wodach naturalnych. Składniki ich mogą się grupować w jakieś niedające się powtórzyć związki, których filtracya odbywa się łatwo. Ciepłota i kwas węglowy mogą wywołać w naczyniach pewne podrażnienie, rozszerzyć je lub zwęzić odpowiednio. Że wessana woda opuszcza ustrój niebawem, że ta »plethora« trwa bardzo krótko, o tem wiemy oddawna; że żadna woda nie może podnieść ani obniżyć ciśnienia osmotycznego krwi, dopóki istnieją prawidłowe warunki krążenia, to wszystko nie przeszkadza temu, że w chwili pochłaniania taka »plethora« istnieje, że jest tem wybitniejsza, im woda szybciej się chłonie, że ją znają wszyscy, co pili wody podosmotyczne, jak Vichy lub Karlsbad, że jej wreszcie wywołać nie można piciem gorącej herbaty lub wody.

Nie jest to zatem wpływ jonów sodowych, ani litowych, bo gdyby tylko o przenikanie tych jonów chodziło, to każda bardziej zgęszczona woda miałaby lepsze warunki leczenia; tymczasem tak nie jest i mimo przechwalania się żadne wykazy analiz nie dowiodły prostego stosunku między skutecznością wód, a zawartością żelaza, litu, czy jodu.

Skuteczność ta polega napewno na czem innem, a za jeden z warunków skuteczności uważam szybkość chłonienia.

Naturalnie sole mineralne, jony sodowe czy jodowe, muszą mieć jakieś znaczenie; ani wolny kwas węglowy, ani nawet ślady organicznych substancyi nie są bez znaczenia, sądzę tylko, że rola ich jest nie ta, jaką przypisują im oficyalne sprawozdania. Niezaprzeczenie lepiej jest przepłukiwać żabę fizyologicznym rozczynem soli, niż rozczynem siarczanu sodu, ale i jeden i drugi rozczyn nie przez zawartość jonów, tylko przez ilość swą rozstrzyga. My sami przecie wyrośliśmy na ziemi, która przesycona jest solami, spotykanemi najczęściej w źródłach. Gdyby źródła zawierały miedź i złoto, napewno i nasze tkanki zawierałyby tesame składniki. Każde źródło jest krewnym człowieka i panegiryki na cześć sodu i zasad wydają mi się równie banalne, jak pochwała wody lub powietrza. Myślę, że ci, którzy długie stronnice poświęcają temu, jak wpływa sól sodowa na żołądek, jelita i ustrój, pracują bardzo pożytecznie i zasługują na uznanie, ale ani na jotę nam nie objaśniają, dlaczego wody mineralne leczą nieżyty błon śluzowych.

Bo że te wszelkie wody emskie, szczawnickie, bilińskie, i t. d. i t. d. nie rozpuszczają śluzu chemicznie, że nie zawartość soli i sody, tylko wpływ na odżywienie tkanek tu rozstrzyga, to zdaje mi się wątpliwości nie ulegać;

a jednak przedrzeć się nie można przez gąszcz jonów sodowych w opisach działania źródeł.

Jest to schemat, schemat wywołany zwyczajem, wymagany przez komisye i zarządy, — a ludzie najlepszej woli nie śmią mówić inaczej, bo im się zdaje, żeby krzywdę wyrządzili zdrojowisku, bo im się zdaje, że pozbawiliby znaczenia wód jakiejś podstawy.

Podstawa ta jest aż nadto silna: jest nią doświadczenie kliniczne i raczej zadaniem naszem jest doświadczeniu temu dać uzasadnienie w czynnikach, które nam się ważnymi wydają, niż przepisywać ze sprawozdań o solance, — sprawozdania o wodach żelazistych, zmieniając wszędzie sól kuchenną na sole żelaza. Zadaniem lekarzy, którzy stykają się z wodami, jest raczej sprawozdanie o tem, jak rozmaite choroby pod wpływem wód wyglądają i obalanie rozmaitych uprzedzeń, które nietylko pewnym źródłom, ale całemu lecznictwu szkodzą. — I cóż stąd, że z takiego szczerego wyznania wyniknie, iż Wiesbaden i Kissingen mają prawo równać się z Karlsbadem? Alboż i dotąd tak się nie dzieje, że część chorych, niejako przeznaczonych dla Karlsbadu, leczy się przewybornie w Kissingen? Czy w Homburgu niema sanatoryum dla chorych na cukrzycę? Czy Wiesbaden nie leczy chorych na jelita, albo na dnę, choć zawiera tylko sól kuchenną i nie działa zasadowo? Właśnie to utwierdza nas w mniemaniu, że nietyle składniki, ile chłonienie wody i przepłukanie narządów działa w niektórych razach zbawiennie. Właśnie to, że woda karlsbadzka chłonie się szybciej od innych, bo jest gorąca i rozcieńczona, sprawiło, że choroby wątroby przeważnie do Karlsbadu kierują; tu w dziedzinie naczyń jelitowych odbywa się reakcya najdzielniej, stąd częste napady kolki żółciowej i nerkowej pod wpływem wód, — ale takie samo chłonienie, choć powolniejsze, może odbywać się w Marienbadzie, mimo że tam wody są przesycone i zimne.

Ustaliły się pewne zwyczaje, choć zmieniają się i rozszerzają wskazania; nikt teraz nie wątpi, że stwardnienie tętnic leczy się wodami, tak jak się leczy mlekiem, choć mleko zawiera sole wapienne. Ten przykład lepiej od innych objaśnia, jaką rolę wody odgrywają i jak różne bywają drogi, wiodące do tego samego celu. Chemiczne myślenie zasłania niestety fizyologiczne myślenie, które jedynie stosować można przy ocenianiu zmian w ustroju.

I właśnie wpływ źródeł jest takim fizyologicznym procesem, który oczywiście opiera się tylko na zmianach chemicznych i fizycznych, ale który mimo to nic niema wspólnego z tą brutalną chemią, jaka nam na razie jedynie jest dostępna. Ta brutalna chemia dowodzi nam, że wody alkaliczne i dyeta roślinna źle wpływają na wydzielenie alkalicznego moczu, natomiast doświadczenie uczy nas wprost przeciwnie, że właśnie dyeta, obfitująca w wapno i sole zasadowe dobry wpływ wywiera. — Chemia dowodzi, że obojętny sok żołądkowy zostanie bardziej jeszcze zalkalizowany przez wody zasadowe, a doświadczenie uczy wprost przeciwnie. — Te rzekome sprzeczności nie są sprzecznościami, jeżeli się rozważy, że każdy narząd leczy się własnem życiem, że jego własna przemiana wytwarza i czynniki, usuwające zło, i czynniki do prawidłowego życia potrzebne. Cóż lepiej zło usuwa, jak podniesienie prawidłowej czynności? Czyż istnieje środek bardziej łagodny i bardziej skomplikowany zarazem? Czyż możemy go zastąpić czemkolwiek, czy możemy go użyć w nadmiarze? Czy możemy go użyć zawcześnie?

Do takich środków fizyologicznych zaliczam działanie wód. Pewne zwyczaje każą otyłych wyprawiać do Marienbadu, bladych do Krynicy, chorych na jelita do Kissingen, dnawych do Wiesbadenu.

Trudnobyśmy się silili obalać te zwyczaje, choć łatwo byłoby dowieść, że wszędzie wszystko leczyć można, jeżeli się wie, do czego się dąży. Zwyczaje te mają dużo wyjątków i wyjątki tym razem nie potwierdzają zasady, wyjątki bowiem leczą się równie dobrze w wyjątkowych warunkach. Tylko te rodzaje chorób nie nadają się do leczenia wodami, którym przekrwienie szkodzić może, n. p. choroby płuc; ale wszystkie inne choroby, w których podniesienie krążenia nie grozi przerwaniem naczyń, mogą i muszą się leczyć wodami, choćby to było owo często wspominane stwardnienie naczyń, bo i tu nawet chwilowe podniesienie ciśnienia jest małem niebezpieczeństwem, a usunięcie ze krwi szkodliwych ciał jest trwalszą poprawą. Nietylko bowiem ćwiczenie mięśni, albo ich odpoczynek może spowodować poprawę, ale i to, co w mięśniu soki odświeża.

Jesteśmy u kresu naszych wywodów. — Nie sądzę, żeby słowa te wydały się komu skrajnym sceptycyzmem, albo lekceważeniem nauki. Nie sądzę także, żeby kto upatrywał w nich chęć polemizowania. Żadnych bowiem broszur o wodach obecnie nie czytuję, a tembardziej z żadną z nich w dyskusyę się nie wdaję. Wyraziłem tu zdanie, które może odbiega trochę od zdań, wygłaszanych przez zwolenników wód mineralnych. Nie sądzę, żebym tem miał sprawie tak ważnej zaszkodzić, raczej pomódz jej chciałem.

Przetwór »606« w świetle chemoterapii Ehrlicha

podał

Dr Maksymilian Blassberg.

(Dokończenie).

Ogólne więc zadanie nowoczesnej chemoterapii przedstawia się w ten sposób, że bierze ona cały szereg substancyi chemicznych i empirycznie próbuje ich na zwierzęciu, które zakażono drobnoustrojami. Musi się przytem badać dokładnie własności mikrobów i sposób ich zachowania się wobec czynników doprowadzonych. Teorya łańcuchów bocznych, stworzona przez Ehrlicha, tłómaczy działanie czynników leczniczych przez wiązanie się chemiczne tak zwanych receptorów czyli chwytników bakteryjnych lub jadowych, to jest pewnych grup chemicznych zawartych w bakteryach, z receptorami czyli chwytnikami komórek i soków ustroju, to jest z ciałami wywołanemi czyli niwecznikami (Antikörper). Atoli te niweczniki, naprzykład antytoksyny, powstawszy raz w ustroju, nie mają żadnego powinowactwa do żywych komórek własnego ustroju, lecz są zawsze tylko powinowactwem swem skierowane monotropowo ku ciałom, które je wywołały i same sobie szukają celu i kierunku działania. W chemoterapii musimy prócz tego ciałom le-

czniczym, które wprowadzamy do ustroju, nadać kierunek, skierowany ku drobnoustrojom, bo one i ku mikrobom pasorzytującym i ku komórkom i sokom ustroju gospodarza zwrócić się mogą. Wśród takich badań empirycznych chemoterapeuta musi niejako do celu właściwie mierzyć i starać się trafić w drobnoustroje chorobotwórcze. Jeżeli w przebiegu badań natrafi się na ciało, o wyraźnem działaniu skutecznem, np. arszenik, to wówczas drogą naukową, na którą wskazał Ehrlich, jest stworzyć najrozmaitsze środki pokrewne i pochodne tej właśnie substancyi na drodze chemicznej i zapomocą tych »chemicznych odmian (waryacyi)« próbować celować w mikroby.

Badania chemoterapeutyczne Ehrlicha przed wykryciem przetworu »606« skierowane były ku wykryciu przetworów leczniczych przeciw świdrowcom (trypanosoma), wywołującym u ludzi i zwierząt zgubną chorobę, zwaną śpiączką afrykańską. Przeciwko chorobie tej stosował Laveran leczniczo kwas arsenawy, a później zaczęto stosować arszenik w postaci atoksylu, który Uhlenhuth w r. 1906 wprowadził w Niemczech do lecznictwa. Środek ten w probówce zupełnie nie wywiera zabójczego wpływu na świdrowce, natomiast w doświadczeniu na zwierzętach okazywał pomyślne działanie przeciw tym mikrobom. Wszelako u ludzi zbyt silne działanie trujące na ustrój stało na przeszkodzie zastosowaniu atoksylu w całej sile leczniczej. — Wówczas Ehrlich, zająwszy się wspólnie z Bertheimem badaniem budowy chemicznej atoksylu, doszedł do przekonania, że budowa jego jest inną, aniżeli dotąd przyjmowano. Jest to według niego kwas arsanilowy czyli arsanil. Ten arsanil bezpośrednio na pasorzyty zupełnie nie oddziaływa, a także i w ustroju sam arsanil nie działa, lecz bardzo mała jego część ulega według Ehrlicha redukcyi, i ta część arsanilu posiada w ustroju działanie zabójcze dla mikrobów. Nadto kwas arsanilowy posiada według Ehrlicha taką budowę chemiczną, która pozwala przez odpowiednie podstawienia i przemiany otrzymywać cały olbrzymi szereg nowych połączeń chemicznych arszenikalnych i to o różnym stopniu jadowitości. Skala jadowitości tych połączeń arszenikalnych jest tak szeroka, że obraca się we wzajemnym stosunku 1:1500. Jednym z pochodnych atoksylu była arsacetyna, przedstawiona przez Ehrlicha w r. 1908 na Zjeździe dermatologów we Frankfurcie. Jednak i arsacetyna wywoływała objawy zatrucia, podobne do atoksylowych. Różne te połączenia probowano w kierunku jadowitości oraz pasorzytobójczego działania wobec krętków duru powrotnego, spirillozy kur i świdrowca spiączki afrykańskiej. Miarą skuteczności leczniczej danego środka jest stosunek:

$$\frac{T}{C} = \frac{\text{dosis tolerata}}{\text{dosis curativa}} = \frac{\text{dawka znoszona}}{\text{dawka lecznicza}}$$

Im większe jest T, t. j. dawka znoszona przez ustrój, w stosunku do C, t. j. do dawki leczniczej tem pewniejsze jest działanie danego środka. Atoli doświadczenia chemoterapeutyczne na zwierzętach wykazały, że najwyższa dawka znoszona, obliczona na kilogram wagi ciała, jest dla różnych gatunków zwierząt przy jednym i tymsamym środku rozmaitą. Widać z tego dobitnie, na jak olbrzymią trudność napotykamy, chcąc choćby nawet pomyślne wyniki lecznicze uzyskane u zwierząt przenieść na ustrój ludzki.

W swoich badaniach chemoterapeutycznych wykrył Ehrlich zjawisko bardzo doniosłe, które w silnym stopniu odbiło się na zastosowaniu zdobyczy chemoterapii w praktyce leczniczej. Jest to zjawisko tak zwanej odporności mikrobów wobec leków (Arzneifestigkeit). Ehrlich zauważył, że jeżeli u zwierzęcia mimo zastosowania leku powstanie po jakimś czasie nawrót zakażenia, to te drobnoustroje, które przeżyły czas leczenia, nabywają odporności wobec danego leku, który stosowano poprzednio. Odporność ta jest u danego szczepu mikrobów swoistą tylko wobec tego leku, z którym były w zetknięciu. Tak naprzykład szczep świdrowców, swoiście odporny wobec działania fuchsyny (która jest środkiem mikrobobójczym), jest odpornym tylko wobec fuchsyny i substancyi blizko z nią pokrewnych, a nie okazuje odporności wobec połączeń arszenikalnych. Ta odporność szczepu wobec danych leków zwykła się bardzo długo utrzymywać i przechodzi z pokolenia na pokolenie. Taką swoistość w odporności danego szczepu można wywołać przez przyzwyczajanie kolejne mikrobów do leków kilku różnych grup chemicznych. Mając taki szczep pasorzytniczy odporny wobec kilku znanych leków można nawet przez działanie jakimś nowym lekiem na ten szczep poznać, czy ten nowy lek nie działa, a więc czy należy do danych grup chemicznych, czy też jest skuteczny i przeto należy do nowej jakiejś grupy. Zjawisko to tłómaczy Ehrlich stosownie do swej teoryi łańcuchów bocznych istnieniem w mikrobach specyalnych chemoceptorów (chwytników chemicznych), analogicznych do receptorów jadowych. O ile takie chemoceptory istnieją w mikrobach wobec połączeń arszenikalnych, nazywa je Ehrlich arsenoceptorami. W szczepach, które okazują odporność na leki arszenikalne, arsenoceptory utraciły według Ehrlicha na swej chciwości łączenia się z arszenikiem, tak, że musi się użyć znacznie silniejszych rozczynów leku, aby na te odporne szczepy zabójczo zadziałać.

Z badań tych wysnuł Ehrlich dwa wnioski, nader ważne ze względów praktycznych.

1) Przedewszystkiem usiłować należy przy zabiegach leczniczych odrazu »jednem cięciem«, to jest przez zastosowanie dopuszczalnej, możliwie wysokiej, dawki leku osiągnąć wyjałowienie ustroju i wygubienie zupełne pasorzytów. To nazywa Ehrlich »wielkiem leczeniem wyjaławiającem« (»Therapia sterilisans magna«). Jest to leczenie idealne zapobiegające temu, aby przypadkiem pasorzyty, których nie zdołano rychło zniszczyć, nie stały się odpornemi na lek. Ma ono też tę zaletę, że ustrój poddany leczeniu ponosi mniejszą szkodę przez jednorazowe zastosowanie chemicznej substancyi ostrej, niż przez przewlekłe jej stosowanie. Unika się również przez to zjawiska przeczulenia ustroju, które może wystąpić przy powtarzanem stosowaniu leku.

2) Drugim wnioskiem, który Ehrlich wysnuł ze swych badań, jest zdanie, że należy odpowiednie leki o ile możności kombinować i łączyć ze sobą, ażeby o ile możności odrazu zadziałać z różnych stron doszczętnie zabójczo na pasorzyty i nie dopuścić do ich uodpornienia wobec leków. Instynktownie posługiwali się dawniej w praktyce lekarze w swoich receptach kombinacyami leków, który to zwyczaj najnowsze badania zdają się na nowo do życia powoływać. Sam Ehrlich np. radzi obecnie w tym duchu przy zimnicy podawać chininę, skombinowaną z błękitem metylenowym, dla wzmocnienia działania na pasorzyty, po-

mimo, że błękit metylenowy wyszedł z użycia jako słabszy w działaniu w porównaniu z chininą.

Wynikiem badań nad świdrowcami była stworzona przez Ehrlicha arsenofenylglicyna, umożliwiająca pewne »wyjałowienie« ustroju zwierzęcego, zakażonego świdrowcami i stosowana u ludzi z coraz lepszym wynikiem przy śpiączce afrykańskiej.

Doświadczenia, nabyte przy zakażeniach świdrowcami, przeniósł Ehrlich na teren krętków i temu zawdzięcza swe powstanie chlorowodorek dwuoksydwuamidoarsenobenzolu czyli przetwór »606« w ostatnich czasach zwany »salvarsanem« i jako taki znany obecnie w obiegu aptecznym. Próby zabijania krętków tym przetworem, dały w probówce wynik ujemny. Natomiast przeniesienie doświadczeń na ustrój zwierzęcy dało pomyślny wynik. Na myszach zakażonych krętkami duru powrotnego (Spirillum Obermeyeri) udało się przez wstrzyknięcie $^1/_3$ części dawki znoszonej (dosis tolerata), oczywiście wprzód ściśle określonej, uzyskać przy jednorazowem zastosowaniu zupełne wyjałowienie zakażonego ustroju w duchu Ehrlichowskiej »therapia sterilisans magna«. U kur zakażonych krętkami tak zwanej spirillozy kurzej dały doświadczenia lecznicze wynik o wiele pomyślniejszy, bo tam już tylko $^1/_{58}$ część dawki znoszonej tego przetworu zupełnie wystarcza do uzyskania pomyślnego wyniku leczniczego, wyjaławiającego ustrój.

Po przebyciu ogniowych prób na zwierzętach zastosowano ten przetwór u ludzi naprzód przeciwko krętkom duru powrotnego (typhus recurrens). O przetworze tym mówi Iversen z Petersburga, że mamy w nim lek »który potrafi z matematyczną ścisłością zniszczyć w żywej krwi krętki duru powrotnego bez szkody dla gospodarza i który znakomitem swem działaniem dowodzi istnienia skutecznej »therapia sterilisans magna« przy durze powrotnym, a temsamem zapowiada dla nowoczesnej chemoterapii świetny rozwój na przyszłość«.

Tensam przetwór »606« został zastosowany u królików i małp przez Nicholsa przy framboezyi i okazał się znakomitym środkiem, niszczył on w jednej dawce odpowiadającej $^1/_{20}$ części dawki znoszonej pasorzyty (Spirochäte pertenuis), wywołujące chorobę. Strong w Manili zastosował lek ten ze znakomitym skutkiem w tej chorobie u ludzi.

Przy ospie prawdziwej wypróbowany został przetwór »606« przez Marxa na zwierzętach, a Haller otrzymał w 2 przypadkach u ludzi znakomite wyniki.

Iversen i Nocht wypróbowali »606« w zimnicy. Lek ten ma dobrze działać w postaci trzeciaczkowej malaryi. Aczkolwiek zdaniem Ehrlicha wątpliwem jest, czy tu środek »606« wytrzyma konkurencyę chininy, to jednak sądzi on, że uda się wykryć nowe leki i w ten sposób w dwa ognie wziąść wroga. Reichmann w klinice Penzoldta w Jenie zastosował z dobrym skutkiem ten przetwór wobec nitkowca ludzkiego (Filaria sanguinis hominis).

Skoro przetwór »606« i zasady »wielkiej sterylizacyi« okazały się skutecznemi w innych chorobach, z tem większą otuchą zwrócono się ku kile, zwłaszcza, że i tu w pierwotniakach wykryto przyczynę. Badania te ułatwiły się znacznie od chwili, gdy kiłę udało się przeszczepiać na zwierzęta i śledzić nietylko zachowanie się krętków we krwi zwierząt zakażonych kiłą, lecz także ustępowanie zmian kiłowych pod wpływem leczenia. Żmudne te badania, przeprowadzone przez Hatę na zwierzętach, wykazały nadspodziewaną skuteczność środka »606« przy braku szkodliwych objawów ubocznych. U ludzi zastosował poraz pierwszy przetwór »606« prof. Alt z Uchtspringe. Później, aż do chwili dzisiejszej zastosowano ten przetwór z bardzo pomyślnym wynikiem już w setkach tysięcy przypadków. Główne zadanie wynalazcy, ażeby znaleść przetwór, możliwie wysoko parasitotropowy, a słabo organotropowy, uważać należy za bardzo pomyślnie rozwiązane, jeżeli zważymy, że stosunek dawki leczniczej do trującej atoksylu jest $^1/_2$, fenylglicyny $^1/_{3\cdot3}$ a arsenobenzolu $^1/_{58}$. Ale nadto działanie chemoterapeutyczne arsenobenzolu okazało się swoistem i zwróconem ku przyczynie kiły, t. j. ku krętkom. Dowodzą tego następujące okoliczności:

1) Krętki obfite przed zastosowaniem leku znikają z ustroju i z wrzodów po zastosowaniu leku.

2) Znikanie to idzie równolegle (co prawie matematycznie da się określić) do wysokości dawki i do sposobu zastosowania (np. do żyły). Może ono chybić zupełnie o ile chory był przedtem leczony przetworami arsenu (atoksylem, arsacetyną) o ile krętki stały się odporne wobec arszeniku.

3) Odczyn Wassermanna staje się ujemnym. W niektórych postaciach kiły odczyn ten jest ujemnym, a po wstrzyknięciu dopiero staje się dodatnim, aby w końcu dopiero na stałe zniknąć. W tych przypadkach należy, według Ehrlicha, przyjąć, że w ustroju chorym liczba krętków była niewielką, i że one pod wpływem wstrzykiwań zostały rozpuszczone. Przez to pojawiają się jady, które wywołują dodatni wynik odczynu. Z dalszym postępem leczenia odczyn ten znika.

4) Działanie krętkobójcze stwierdzono w kile, durze powrotnym, framboezyi, przy »Angina Vincenti«, dalej w chorobach a nawet epidemiach krętkowych u zwierząt, np. w spirillozach gęsi i kur, a Gerber wykazał także wpływ zabójczy przetworu »606« na krętki przebywające prawidłowo w jamie ustnej.

5) Niewątpliwie i ogólnie stwierdzone zostało korzystne działanie przetworu Ehrlicha-Haty na zmiany kiłowe, a mianowicie wybitna poprawa i ustępowanie tych zmian pod wpływem leczenia.

6) Stwierdzono wielokrotnie, że niektóre bóle np. przy kilakach migdałków, bóle kostne i bóle w innych narządach rychło ustępują pod wpływem tego leczenia. Tę tak zwaną »actio doloripara« tłómaczy Ehrlich w ten sposób, że krętki kiłowe wydzielają prawdopodobnie substancye drażniące, wywołujące bóle, które to substancye przez związanie się chemiczne z arsenobenzolem tracą swe działanie drażniące.

7) Za swoistem działaniem przetworu przemawiają te przypadki, w których chorzy, leczeni przetworem »606«, po przebytym wrzodzie pierwotnym nie dostali objawów następowych w krytycznym terminie, w którym się należało ich spodziewać.

8) Bardzo ważnym przejawem, który daje przetworowi »606« stanowczą przewagę nad wszystkiemi dotychczasowymi lekami przeciwkiłowymi, jest wywoływanie przezeń niweczników uodporniających ustrój ludzki, oczywiście przy zastosowaniu dostatecznej ilości. U dzieci kiłą dotkniętych, które ssą pierś matki lub mamki leczonej tym prze-

tworem, zmiany kiłowe szybko ustępują. Mleko takiej mamki albo wcale nie zawiera arszeniku, albo też zawiera go w tak małych ilościach, że one nie mogą wchodzić wcale w rachubę pod względem leczniczym. Skutek zatem leczniczy może pochodzić wyłącznie od antytoksyn, dostarczanych dziecku z pokarmem. Powstawanie antytoksyn w ustroju leczonej mamki dowodzi znacznego rozpuszczenia krętków, czyli jak się wyraża Ehrlich bardzo silnego »ictus immunisatorius«.

9) W końcu wyleczalności kiły pod wpływem przetworu Haty-Ehrlicha dowodzą przypadki Schreibera i Miliana, w których chorzy, wyleczeni tym przetworem, później całkiem na nowo się zakazili i mieli typowe objawy wrzodu twardego, usadowionego w innem miejscu, niż pierwszy.

Niektórzy klinicyści mając na oku okoliczność, iż przetwór »606« niedawno dopiero stosowany bywa klinicznie, wypowiadają zdanie, że mówić o »sterilisatio magna« przy przetworze »606« na razie nie można, chociaż środek ten działa lepiej i szybciej, aniżeli środki dotąd w leczeniu kiły stosowane. Sądzę, że rozpatrując dzieje i sposób powstania przetworu »606« nie można odmówić mu ze stanowiska lekarskiego działania w duchu ściśle pojętej »sterilisatio magna«. Albowiem miarą działania wyjaławiającego może być tylko śledzenie doraźnego wpływu zabójczego tego leku na krętki w chorym ustroju, który to wpływ niewątpliwie w skutkach swoich okazał wielokrotnie następstwa, wysnute z pierwotnych przesłanek przez Ehrlicha. Zasadniczo rzecz biorąc, musielibyśmy przyznać, że Ehrlich zasadę leczenia wyjaławiającego u ludzi udatnie przeprowadził już wtedy, gdybyśmy znali choćby jeden tylko przypadek pomyślnego wyniku leczenia, przeprowadzonego u człowieka bez zarzutu po myśli zasady Ehrlichowskiej. Tymczasem w praktyce sposób ten dał bardzo liczne nadspodziewane wyniki pomyślne, co stwierdzić należy, jeżeli się bierze w rachubę choćby tylko te dane, które podają przeciwnicy przetworu Ehrlicha. Nie należy wszelako pominąć faktu, że arsenobenzol spotkał się też ze stanowiska chemoterapeutycznego tu i ówdzie z zarzutem, że działa także organotroponowo, podobnie jak rtęć i jod, a niektórzy przypisują mu nawet szczególne działanie neurotropowe.

W praktyce lekarskiej nie można sobie atoli wyobrazić, aby jakikolwiek przetwór leczniczy przeciwkiłowy mógł się okazać zawsze skutecznym. Zawsze bowiem wchodzą tu w grę wskazania, dawkowanie, sposób zastosowania, konstytucya chorego i jego stosunki życiowe, powikłania i działanie uboczne. Lang podał swego czasu formułę:

$$V = F(S\,K\,(n + t))$$

która oznacza, że przebieg kiły (V) jest funkcyą (F) obejmującą trzy czynniki niestałe, a mianowicie zarazek kiłowy (S), konstytucyę zakażonego (K) i czynniki zewnętrzne natury terapeutycznej (t) i nieterapeutycznej (n).

Co do codziennej więc praktyki lekarskiej z jak największym naciskiem należy, zdaniem mojem, podkreślić słuszne zdanie Krzyształowicza, wypowiedziane w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem, w dyskusyi nad przetworem »606«, że byłoby niesumiennością, gdyby lekarz bałamucił w praktyce publiczność w kierunku »sterilisatio magna«. Nie ulega bowiem wątpliwości, że w każdym poszczególnym przypadku w praktyce lekarskiej nie wiemy, czy trafiamy istotnie na właściwą dawkę wyjaławiającą tego leku i czy jej użyć można, jak również nie wiemy, jak lek będzie się wchłaniał, a zatem nie wiemy, czy możemy wyłączyć ewentualny nawrót w przyszłości. Musimy wziąć w rachubę różnicę między wynikiem leczniczym przy zastosowaniu przetworu we względnie świeżem zakażeniu kiłowem, w odróżnieniu od leku zastosowanego wówczas, gdy jad kiłowy przesiąknął już niejako głęboko tkanki ustroju. »Therapia sterilisans magna« obracać się musi z natury rzeczy w dawkach wysokich i ma przeważnie swych wielbicieli i entuzyastów w tych klinicystach, którzy stosują możliwie wysokie dawki przetworu. Niemniej jednak przetwór »606« aczkolwiek mniej trujący, niż dotychczasowe przetwory arszeniku, nie jest dla ustroju bezwzględnie obojętnym. Jego dawki maksymalnej dla człowieka nie znamy. Wiemy w końcu, że względy technicznej natury mają przy zastosowaniu tego leku doniosłe znaczenie, że przetwór ten jest bardzo nietrwały, że psuje się na powietrzu i że rozczyny jego bardzo szybko się rozkładają i dają związki pochodne arsenu o własnościach wybitnie trujących i że już w $^1/_2 - 1$ godziny po rozpuszczeniu lekarz operuje nie przetworem »606«, ale jakimś innym, o własnościach znacznie więcej trujących.

Używanie środków zupełnie obojętnych i wolnych od niebezpieczeństwa, nie jest wogóle, zdaniem Ehrlicha możliwe przy leczeniu przyczynowem kiły, a postulat taki zamknąłby zupełnie drogę rozwojowi racyonalnej chemoterapii. Tak jak uśpienie chloroformowe tysiące chorych dobrze znosi, a tylko słabsze jednostki są narażone na niebezpieczeństwo, tak też na tysiące skutecznie leczonych przetworem Ehrlicha przypada pewien odsetek ubocznego działania szkodliwego lub nawet śmierci.

Ponieważ ideał nowoczesnego lecznictwa, t. j. działanie środkami zupełnie nieszkodliwymi, nie da się zgoła urzeczywistnić, przeto musimy w praktyce tylko dokładnie brać w rachubę stopień szkodliwości leku. W zasadzie ogólnej działanie trujące leku w stosunku do choroby, w której go stosujemy, nie powinno przedstawiać zbyt wielkich niebezpieczeństw, strona ujemna leku nie powinna bezwarunkowo być znaczną w porównaniu ze stroną leczniczą. Dla ilustracyi, jak na tę sprawę zapatruje się Ehrlich, przytoczę porównanie jego między chemoterapią, a chirurgią. »Do czegoby doszło« — powiada on — »gdybyśmy postawili chirurgowi żądanie, aby przy chorobach nie grożących życiu, stosował tylko takie zabiegi operacyjne, które wcale nie są niebezpieczne? Przez takie żądanie zniweczonoby odrazu jednem cięciem przepiękny rozwój chirurgii. Chirurg pracuje stalowym nożem, chemoterapeuta zaś chemicznym nożem oddziela to, co chore, od tego, co zdrowe. Jasną jest rzeczą, że nie może być różnicy między moralnością leczniczą internisty a chirurga. A jeżeli jednak taka różnica istnieje w rzeczywistości, to polega ona na wyobrażeniu, że lekarstwo nie śmie szkodzić, gdy każdemu natomiast wiadomo jest, że operacya zawsze może mieścić w sobie niebezpieczeństwo. Ale jak chirurg dokładnie rozważa, jakie niebezpieczeństwo grozi z powodu danego schorzenia, a jaka jest liczba niepomyślnych wyników operacyi, i jak chirurg może dokładną dać wiadomość o tym współczynniku niebezpieczeństwa, taksamo powinien chemotera-

peuta umieć choremu powiedzieć, jakie są możliwe niebezpieczeństwa i jak często one się zdarzają«. A w innem miejscu powiada Ehrlich, że bardziej ludzką jest rzeczą, przy środku silnie działającym przyjąć choćby pewne ryzyko, niż zostawić chorego zupełnie jego losowi.

Piśmiennictwo. 1) P. Ehrlich: Abhandlungen über Salvarsan. München 1911. — 2) P. Ehrlich: Beiträge zur experimentellen Pathologie und Chemotherapie. Leipzig 1909. — 3) Ehrlich: Die bisherigen Erfahrungen mit »606«. Die Heilkunde 1910. Nr 10. — 4) Ehrlich: Die Salvarsantherapie. Rückblicke und Ausblicke. Münch. med. Woch. 1911. Nr 1. — 5) Ehrlich: Die Schutzstoffe des Blutes. Deutsche med. Wochenschrift 1901. Nr 50—52. — 6) Ehrlich: Nervenstörungen u. Salvarsanbehandlung. Berl. kl. W. 1910. Nr 31. — 7) Ehrlich: Pro und Contra Salvarsan. Wiener med. Woch. 1911. Nr 1. — 8) Ehrlich: Über Chemotherapie. Die Heilkunde 1910. Nr 2. — 9) Ehrlich-Hata: Die experimentelle Chemotherapie der Spirillosen. Berlin 1910.— 10) Eliasberg: Krytyczne uwagi w sprawie stosowania »606«. Medycyna i Kronika lek. 1911. Nr 1. — 11) Friedberger: Über Beziehungen der Pharmakologie zur Immunitätslehre und experimentellen Therapie. Therap. Monatsh. 1910. Nr 1. — 12) Gennersich: Zur Technik und Kontraindikation der Salvarsanbehandlung. Münch. med. Woch. 1910. Nr 53. — 13) Gottlieb: Pharmakologie und experimentelle Therapie. Therap. Monatsh. 1909. Nr 10. — 14) Jacoby: Einführung in die experimentelle Therapie. Berlin 1910. — 15) Kozerski: Znaki zapytania w sprawie stosowania arsenobenzolu. Medycyna i Kronika lek. 1911. Nr 1. — 16) Kreibich: Salvarsan. Deut. med. Woch. 1911. Nr 1. — 17) Krzyształowicz: Leczenie kiły przetworem Ehrlicha »606«. Przegląd lek. 1910. Nr 44—45. — 18) Krzyształowicz i Siedlecki: Badania doświadczalne nad kiłą. Kraków 1908. — 19) Krzyształowicz i Siedlecki: Krętek blady Schaudinna w zmianach kiłowych. Przegląd lek. 1905. Nr 31. — 20) Lang: Über das Hata-Ehrlich Präparat. Wiener med. Woch. 1911. Nr 2. — 21) Malinowski: Dalsze wyniki doświadczeń z preparatem Ehrlicha »606« (Salwarsanem). Medyc. i Kron. lek. 1911. Nr 1. — 22) Th. Müller: Vorlesungen über Infektion und Immunität. Jena 1910. — 23) Naunyn: Die experimentelle Pharmakologie. Münch. med. Woch. 1907. Nr 43. — 24) Neisser: Über Syphilistherapie. Die Heilkunde. 1910. Nr 10. — 25) Schilling: Die Ehrlichsche Chemotherapie der Protozoënkrankheiten. Therap. Monatsh. 1909. Nr 12. — 26) Sprawozdanie z posiedzeń Towarzystw lekarzy rosyjskich w Petersburgu. Lwowski Tyg. lek. 1911. Nr 3. — 27) Sprawozdanie z posiedzenia krakowskiego Tow. lek. z 14. października 1910. Przegląd lek. 1910. Nr 43, 45. — 28) Watraszewski: Spostrzeżenia nad działaniem dwuaksydiamidoarsenobenzolu w objawach przymiotu. Medycyna i Kronika lek. 1911. Nr 1. — 29) Wolff-Eisner: Klinische Immunitätslehre und Serodiagnostik. Jena 1910.

Oceny i sprawozdania.

Najnowsze biologiczne metody rozpoznawcze gruźlicy

(Przegląd krytyczny)

podał

Dr Jan Nowaczyński
demonstrator kliniki lekarskiej Uniw. Jag.

(Dokończenie).

6) Metoda opsoninowa.

Wright, jak wiadomo, zastosował do rozpoznania gruźlicy pewien szczególny rodzaj fagocytozy, zapomocą którego stara się wykryć we krwi substancye, zwane przez niego opsoninami; substancye znajdujące się w surowicach prawidłowych oraz uodparniających biorą czynny udział w sprawie fagocytozy bakteryi przez leukocyty. Zasada metody Wrighta w najogólniejszym zarysie polega na tem, iż miesza się odpowiednio przygotowaną ilość ciałek białych, zawiesiny bakteryi oraz surowicy badanej, sporządza preperaty barwione i oblicza ilość bakteryi, pochłoniętych przez leukocyty, następnie średnią, przypadającą na jednego leukocyta; liczba znaleziona określa wskaźnik fagocytowy surowicy badanej; w ten sam sposób oblicza się zdolność fagocytową surowicy prawidłowej, a stosunek obu tych ilości oznacza wskaźnik opsoninowy.

Metodę Wrighta stosują w celu rozpoznawania gruźlicy przedewszystkiem w Anglii, następnie w Niemczech; we Francyi, gdzie wprowadzili ją w praktykę Jousset, Levaditi i Ricklin, nie cieszy się ona powodzeniem. Zaznaczyć należy, iż, co się tyczy gruźlicy, metodą opsoninową posługują się raczej w celu kontrolowania wyników wstrzykiwań tuberkuliny, a więc w celu seroterapeutycznym tak, jak ją pojmuje sam Wright, niż dla rozpoznawania gruźlicy; mimo to jednakże przypisują jej niektórzy znaczenie prognostyczne.

Wartość wskaznika fagocytowego surowicy człowieka zdrowego wobec prątka Kocha waha się między ilościami 0,80 a 1,20 według Wrighta, a więc zbliża się do jednostki. Czy można znając te wartość, przypisać pewne znaczenie rozpoznawcze wahaniom wskaźnika opsoninowego, jakie znajduje się, badając surowice chorych? Według Wrighta tłómaczenie tego przedstawia się jasno. Jeśli wskaźnik opsoninowy wykazuje stale wartości prawidłowe, można wyłączyć schorzenie gruźlicze, przeciwnie zaś, jeśli wartości te są niższe od prawidłowych (jednostka), to przemawia to za obecnością schorzenia gruźliczego, czyto ograniczonego czyteż utajonego; wskaźnik wyższy od jednostki przemawia za gruźlicą wyleczoną. Tę regułę potwierdziły spostrzeżenia Bullocha. (Proc. Royal. Soc. London Bd. LXXVII str. 351—356, 1905—1906). Tak np. według statystyki Bullocha w 150 przypadkach tocznia, średnia wartość wskaźnika opsoninowego wynosiła 0.75, natomiast wartość ta u ludzi zdrowych wynosiła 0,96; w 11 przypadkach gruźlicy anatomicznej wskaźnik opsoninowy wahał się między 0,30 a 0,80; w 11 przypadkach gruźlicy płuc, leczonej w sanatoryum, a więc w przypadkach, w których można było przypuszczać, iż sprawa gruźlicza ograniczyła się, wskaźnik ten wynosił od 0,40 do 0,86; podobnie i gruźlice chirurgiczne (gruczołów, stawów, kości, krtani, dróg moczowych) dają zawsze wskaźnik nizki. Wysnuwanie jednak wniosków, jak to czyni Wright, jest dość subtelne; wiadomo bowiem jak trudno jest stwierdzić gruźlicę wyleczoną; często mianowicie uważa się za wyleczoną sprawę gruźliczą taką, która jedynie tylko ograniczyła się lub przeszła w stan utajony; nie zgadzają się też wnioski Wrighta z danemi klinicznemi.

Ważniejszem, niż badanie wskaźnika, jest raczej śledzenie wahań i zmian, jakim ten wskaźnik ulega, czyli t. zw. krzywej opsoninowej (courbe opsonique). Wiadomo bowiem, iż np. lekkie miesienie ropnia gruźliczego zmienia nieraz bardzo znacznie wartość wskaźnika opsoninowego, co Wright tłomaczy przechodzeniem toksyn, nagromadzonych w ognisku gruźliczem, do krążenia ogólnego, czyli, jak się wyraża, samozakażeniem (auto-inoculation). To właśnie zjawisko posiada zdaniem Wrighta nietylko ważne znaczenie rozpoznawcze, gdyż pozwala na rozpoznanie ogniska gruźliczego, jeśli wywołuje obniżanie się wskaźnika, lecz także i znaczenie lecznicze, gdyż sprawia, że opsoniny, wydalające się razem z jadem z ogniska gruźliczego, podniecają czynność fagocytów. Przyjąwszy zaś, według Levaditiego, że opsoniny są identyczne z amboceptorami, powiedzieć należy, iż dostanie się antygenu gruźliczego do krążenia powoduje tworzenie się oraz nagromadzenie amboceptorów przeciwgruźliczych, bogatych we własności opsoniczne. Wahania wskaźnika, które w gruźlicach miejscowych otrzymuje się przez czynniki mechaniczne, występują samoistnie i w sposób charakterystyczny w gruźlicy płuc wogóle pod wpływem najdrobniejszych już czynników, a więc np. czyto jakiegoś wysiłku mięśniowego, nawet nieznacznego, czy od-

dechu głębszego, czy też badania lekarskiego; wszystkie te czynniki wpływają na własności opsoninowe surowicy, które zmieniają się u tego samego osobnika bez widocznej przyczyny. Dla wytłomaczenia tego ciekawego zjawiska nie wystarcza tłomaczenie Wrighta.

Zbierając więc to wszystko, możemy powiedzieć, iż nizkie wartości wskaźnika (0,3—0,8) pozwalają zapoznawać istnienie gruźlicy; jeśli wartości tesame znajdzie się kilkakrotnie u jednego i tegosamego osobnika, można przyjąć prawie napewno obecność gruźlicy miejscowej. Natomiast wysoki wskaźnik opsoninowy nie świadczy o niczem; stwierdzenie jego zmusza tylko badacza do nakreślenia krzywej która jeśli okaże się stale wysoką, przemawia za gruźlicą wyleczoną, a więc gruźlicą, która niejako uodporniła ustrój; natomiast, jeśli krzywa jest naprzemian wysoką i nizką, to pozwala ona na rozpoznanie gruźlicy będącej w pełnym rozwoju.

Co się tyczy znaczenia prognostycznego metody, to zdaniem Milhita (Thèse de Paris 1909) metoda Wrighta dostarcza ze wszystkich metod laboratoryjnych najpewniejszych wskazówek. Według niego stałość wskaźnika bez względu na jego wartość przemawiałaby za skłonnością do ograniczenia się (lokalizacyi) sprawy gruźliczej; wahania zaś pozwalające przypuszczać istnienie gruźlicy w pełnym rozwoju, dają rokowanie bardzo złe; ciężkość schorzenia w danym przypadku można oceniać według wysokości (amplitudy) wahań. Metoda ta, choć daje dobre usługi, gdy się pragnie ocenić stan obrony fagocytowej ustroju, oraz jego sposobu odziaływania na jad gruźliczy, choć budzi wielkie zajęcie ze stanowiska naukowego, nie wszędzie znajduje jednak praktyczne zastosowanie, choćby z tego powodu, iż wymaga pewnej biegłości w technice laboratoryjnej.

7) Leukoreakcya.

Należy jeszcze wspomnieć o metodzie rozpoznawczej gruźlicy, podanej w ostatnich czasach przez Acharda i jego uczniów Benarda i Gagneux'a (Compt. rend. Soc. biol. listopad 1909). Metoda ta nie jest wyłączną dla gruźlicy, gdyż niedawno próbowali ją cisami autorowie zastosować do rozpoznania raka, choć z mniejszem powodzeniem (Presse med. 30 kwietnia i 7 maja 1910). Polega ona na następującej zasadzie: W ustroju żywym istnieją, jak twierdzą autorowie, różne produkty czyto prawidłowe, czy nieprawidłowe, wytwarzane przez pewne narządy, stanowiące niejako rodzaj trucizn, jadów; substancye te udzielają leukocytom pewnych własności, które sprawiają, iż leukocyty oddziałują swoiście poza ustrojem (in vitro) na te właśnie produkty szkodliwe. Tak np. tuberkulina w małych dawkach podnieca czynność leukocytów, zwłaszcza u gruźliczych, innemi słowy leukocyty człowieka dotkniętego gruźlicą są wrażliwsze na działanie jadu, niż leukocyty człowieka zdrowego; zdaniem autorów więc wystarcza porównać tę pobudzoną czynność leukocytów u człowieka u którego przypuszczamy gruźlicę, z czynnością leukocytów człowieka zdrowego, by rozpoznać gruźlicę. Dla wykazania tej czynności mieszają autorowie leukocyty z wyjałowionemi drożdżami (gatunku muguet) i po pewnym czasie po dodaniu surowicy prawidłowej obliczają ilość drożdy pochłoniętych przez leukocyty. To samo doświadczenie powtarzają, dodając do poprzedniej mieszaniny tuberkuliny w stosunku 1:500, wreszcie porównują wyniki, z czego wypada zawsze pewna różnica; różnica ta jest większa u człowieka dotkniętego gruźlicą, niż u zdrowego. Różnicę tę obliczają autorowie podobnie jak Wright, wyrażając ją stosunkiem między liczbą, odpowiadającą czynności leukocytów w środowisku tuberkulinowem, a czynnością leukocytów w środowisku bez tuberkuliny, które przyjmują za jednostkę. Autorowie przyjmują, iż odczyn jest dodatni, gdy stosunek ten jest wyższy, niż 1 5.

Ze statystyki autorów wynika, iż odczyn ten jest zawsze dodatni u gruźliczych nawet w przypadkach gruźlicy ostrej, (gruźlica prosówkowa, zapalenie gruźlicze opon) lub rozpadowej, a więc w przypadkach, w których odczyn skórny zawodzi; zawsze zaś ujemny jest on u ludzi zdrowych lub chorych na inne choroby, a nie gruźlicę.

Metoda, zupełnie nowa, wymaga dokładnego krytycznego zbadania oraz jasnej i pewnej techniki, technika dotychczasowa jest dość skomplikowana.

8) Odczyn meiostagminowy.

W końcu wspomnieć należy jeszcze o metodzie, którą w roku bieżącym podał Ascoli z Pawii (Münch. med. Woch. Nr 2 str. 62 1910) i nazwał meiostagminową (od greckiego μείων – mniejszy i στάζω – kroplę). Metoda ta polega na badaniu swoistego obniżenia napięcia powierzchniowego przy zetknięciu się wywoływacza (antygenu) z odpowiednim niwecznikiem; napięcie to zaś bada Ascoli metodą kroplową (Tropfmetode) zapomocą stalagmometru Traubego. Ascoli przeprowadził na razie badania w durze, posługując się jako wywoływaczem, wyciągiem prątków durowych, a jako niwecznikiem, surowicą chorych na dur. Metodę Ascoliego stosowano też i w gruźlicy, a doświadczenia w tym kierunku przeprowadzał Izar z Monachium z wynikiem dodatnim, na razie jednakże tylko w przypadkach gruźlicy klinicznie pewnej; o wynikach gruźlicy wczesnej lub wątpliwej na razie nic nie wiadomo, trudno zatem wyrzec jakiekolwiek zdanie o wartości metody meiostagminowej w zastosowaniu rozpoznawczem przy gruźlicy aż dopóty, dopóki metoda ta, zupełnie nowa, nie zostanie przez innych autorów dokładnie zbadana

Z zestawienia powyższego wynika, iż prawie żadna z wymienionych metod nie może służyć do pewnego rozpoznania gruźlicy. Wyjątek stanowi może odczyn skórny, który ze względu na swą prostą technikę, oraz stwierdzone dotąd wyniki może oddać pewne usługi rozpoznawcze klinicyście, lecz tylko zastosowany u dzieci. Wszystkie inne metody natomiast, jako metody bardziej skomplikowane, wymagające większej wprawy i biegłości, a dające wyniki niepewne, pozostaną prawdopodobnie nadal metodami wyłącznie pracownianemi, budzącemi bądź co bądź wielkie zajęcie pod względem naukowym, lecz zastosowania praktycznego w znaczeniu klinicznem nie znajdą. Wyniki tych metod mogą nam służyć tylko jako uzupełnienienie danych klinicznych, dostarczonych przez badanie fizyczne chorego, śledzenie przebiegu choroby, badanie promieniami X, badanie plwociny, badanie krzywej ciepłoty, stanu ogólnego chorego i t. p.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Waldvogel. **Gastrospasmus.** (Münchener med. Wochs. 1911, Nr 2). Autor stara się wykazać, że kurcz (gastrospasmus) jest częstą chorobą żołądka. Chorobę tę rozpoznaje W. w przypadkach, gdy chory żali się na uczucie pełności w dołku podsercowym, bole, wymioty i odbijania i gdy badanie zewnętrzne przez powłoki brzuszne daje wynik ujemny, a po podaniu choremu 4 gr kwasu winnego (acidi tartarici) i 4 gr sody (natrii bicarbonici) w 100 cm³ wody stwierdzi, że dolna granica żołądka nie sięga niżej, aniżeli na trzy palce powyżej pępka. Przy postępowaniu tem trzeba stwierdzić, że gaz rzeczywiście wypełnia żołądek, a nie uchodzi przez odźwiernik, co zdarza się przy histeryi, zrostach, złośliwych nowotworach, usadowionych w okolicy odźwiernika. Zachodzi bowiem pytanie, czy każde zmniejszenie pojemności żołądka, w ten sposób udowodnione, odnieść należy do kurczu żołądka, gdyż zrosty mogą dawać podobne objawy, jednakże do pewnego stopnia wywiady co do przebytych spraw chorobowych uchronią od pomyłki. Jednym z najważniejszych szczegółów rozpoznawczych jest czynnik

etyologiczny, gdyż kurcz żołądka przytrafia się w tych cierpieniach, w których kurcze należą do obrazu chorobowego. W pierwszym rzędzie należy tu wymienić zatrucie ołowiem, nadużywanie tytoniu, wreszcie stwardnienie tętnic narządów jamy brzusznej. Najczęściej jednak spotykamy się z tem cierpieniem w neurastenii, niezmiernie natomiast rzadko w histeryi. Co do chemizmu żołądka, to autor stwierdza w większości przypadków nadkwaśność. Leczenie polega na podawaniu atropiny w pigułkach po 0,0005 dwa razy dziennie. Jeśli autor przy następnem wydęciu żołądka nie otrzymuje znaczniejszej poprawy, podaje po trzy pigułki dziennie, albo dodaje 3—5 kropli nastoju makowca trzy razy dziennie. Bole łagodzi stosowaniem gorących okładów. Tam, gdzie kurcz żołądka polegał na stwardnieniu tętnic jamy brzusznej, otrzymał dobre wyniki przez podawanie atropiny z jodem. Dr M. Sokołowski.

Rohde. **W sprawie bolów przy stwardnieniu tętnic.** (Tow. lek. Drezno 1910, XI.). Przy stwardnieniu tętnic spotykamy nieraz typowe bole, n. p. przy tętniaku aorty ból rozpromieniający się do krzyżów, głowy i ramion, przy stwardnieniu tętnic mózgowych znamienny ból głowy, rozmaite nerwobole i t. p. W początkach zwykle chorzy odczuwają mrowienia, drętwienia, uczucia chłodu lub gorąca i t. p. Powstawanie tych bolów tłómaczą różnie. Jedni przypisują przyczynę uciskowi stwardniałego naczynia na sąsiednie tkanki i nerwy, inni znów uważają te bole za t. zw. »referred pains« Heada, t. j. projekcyę bolów w nerwach współczulnych na odpowiednie nerwy czuciowe, jak to się np. dzieje w skórze przy cierpieniach narządów, leżących pod daną jej częścią. Są wreszcie tacy, którzy tłómaczą sobie te bole brakiem dowozu krwi do danej części ciała i prędkiem znużeniem mięśni. Nothnagel natomiast przyjmuje »kolkę naczyniową«, odpowiadającą zupełnie jelitowej. Sciany naczyń mogą być bardzo bolesne (zapalenie żył, żylaki i t. p.). Wiele bolów pochodzi znów od zmian naczyń w samych nerwach i zwojach. A.

Prof. Notthafft. **Ciemnoczerwone zabarwienie moczu po spożyciu grzybów.** (Münchener med. Wochs. 1911, Nr 3). Autor opisuje przypadek, w którym po spożyciu znaczniejszej ilości grzybów »Lactaria deliciosa L.« pojawił się mocz o ciemnoczerwonem zabarwieniu, przypominającem krew. Charakterystyczna ta barwa utrzymywała się przez dobę, mocz nie zawierał ani białka, ani żadnych innych nieprawidłowych składników, odczynnika Fehlinga nie redukował, również próba Nylandera i Frommera wypadły ujemnie, toż samo i badanie co do krwi dało wynik ujemny. Na razie nie udało się jeszcze autorowi wykazać, jaka jest przyroda tego barwika, który w tym przypadku pojawił się w moczu. Dr M. Sokołowski.

Diem. **Przypadek zapalenia stawów po wstrzyknięciu 0,5 mg TR.** (Münchener med. Wochs. 1911, Nr 5). Po wstrzyknięciu 0,5 mg tuberkuliny wystąpiły u chorej silne obrzęki stawów, oraz podwyższenie ciepłoty do 39° C. Po tygodniu zapalenie stawów ustąpiło. Autor, wyłączywszy w tym przypadku możliwość zapalenia stawów z innych powodów, wyraża przekonanie, że chodziło tu o nadmierną wrażliwość na tuberkulinę (anaphylaxia), za czem przemawiałoby również i to, że u kobiety tej odczyn Calmettea i Pirqueta wypadły nadzwyczaj silnie i dodatnio. Przy wstrzykiwaniu tuberkuliny należy się zatem zawsze liczyć z tą możliwością i jeśli odczyn Pirqueta wypadnie silnie dodatnio, lepiej obniżyć dawkę tuberkuliny do $^1/_{10}$ mg. Dr M. Sokołowski.

Rössle. **Ciekawe zatrucia lekami.** (Tow. lek. monachij. 1910, XII.). R. przedstawił i omówił ciekawe zatrucia środkami leczniczymi. Przedewszystkiem śmierć 12-letniego chłopca wskutek zatrucia chloranem potasu przez płukanie gardła. Przy sekcyi w żołądku znaleziono bardzo charakterystyczne wrzody o gładkich brzegach. Dalej trzy przypadki śmiertelnego zatrucia dermatolem, stosowanym zewnętrznie z powodu oparzeń. — Następnie śmiertelne zatrucie rtęcią wskutek wcierań szaruchy, które stosowała sobie bez miary pewna kucharka. — Również bardzo ciekawe jest spostrzeżenie śmiertelnego zatrucia kollargolem. U 54-letniej kobiety, celem zbadania rentgenologicznego napełniono miedniczkę nerkową podług przyjętego sposobu kollargolem. W 8 dni śmierć, a sekcya wykazała skazę krwotoczną z krwotokami do żołądka, kiszek, płuc i jam ciała. W jednej nerce guz Grawitzowski, a w drugiej znaczne zmiany miąższowe. K.

Wackers. **Uproszczenie próby van Deena na krew.** (Münchener med. Wochs. 1911, Nr 4). Na bibułę, przez którą przesączono badany mocz, daje autor kroplę kwasu octowego zgęszczonego i 1 cm³ mieszanki, składającej się z równych ilości świeżo sporządzonej nalewki gwajakowej i starego olejku terpentynowego. W razie obecności krwi w moczu pojawia się natychmiast lub po kilku sekundach zabarwienie niebieskie. Według doświadczeń autora próba ta przewyższa pod względem czułości próbę van Deena i jest znacznem jej uproszczeniem. Dr M. Sokołowski.

Dopter. **Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, towarzyszące zapaleniu ślinianki przyusznej.** (Paris médical 1911, Nr 2). Chauffard i Boidin zwrócili pierwsi uwagę na to, że pewne objawy nerwowe, towarzyszące zapaleniu ślinianki przyusznej, należy uważać za zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Dopter miał sposobność spostrzegać to powikłanie w 9·8% (na 1705) przypadków zapaleń ślinianki przyusznej. Przebieg bywa zazwyczaj taki, że w 5—8 dni po ustaniu gorączki, wywołanej przez cierpienie główne, ciepłota podnosi się do 39—40°, powstaje niepokój, ból głowy, bezsenność, lekka sztywność, a raczej przykre uczucie przy ruchach w karku, niewielka bolesność uciskowa kręgosłupa, wyraźny objaw Kerniga, zwolnienie tętna w stosunku do ciepłoty, nieznaczna nierówność źrenic i bolesność powiek przy przymrużaniu oczu. Objawy te zrana zmniejszają się, a wieczorem bywają silniejsze. Zazwyczaj ustępują one zwolna, bez żadnego leczenia, poczem ozdrowienie bywa zwolnione. Te objawy często idą w parze z równoczesnem zapaleniem jąder. W praktyce codziennej bywają te objawy oponowe zazwyczaj zapoznawane. Że to jest jednak istotnie zapalenie opon, tego dowodzą zmiany pośmiertne, oraz zachowanie się płynu mózgowo-rdzeniowego, który przy nakłuciu wypływa pod silnem parciem i aczkolwiek jest przeźroczysty lub tylko opalizujący, to stale wykazuje limfocytozę. Przy takiem zapaleniu opon mózgowych mogą się też zdarzać powikłania ze strony mózgu (szał, niemota, śpiączka, zajęcie nerwów czaszkowych), oraz zapalenie lub porażenie nerwów obwodowych. Dr Blassberg.

Bergonié. **Leczenie uszkodzeń, wywołanych elektrycznością.** (Paris médical 1911, Nr 2). W miarę rozwoju linii, przenoszących prąd elektryczny, zwiększa się liczba przypadków u ludzi, dotykających się mimowoli przewodów elektrycznych. Do tego przyczynia się nadto coraz większe napięcie prądu, które w dzisiejszem zastosowaniu dochodzi już do 30—50.000 wolt, a według obliczeń może dojść w przyszłości do napięcia wyjątkowego 100.000 wolt. Ten stan wywołuje konieczność działalności zapobiegawczej, która obejmuje z jednej strony same urządzenia przez staranność w mechanizmie nowych linii elektrycznych, oraz przez możliwe trzymanie sieci przewodów powietrznych w oddaleniu od miejsc, gdzie ruch jest żywy, a z drugiej strony obejmuje ludzi, narażonych na wypadki, którzy bądź w zawodzie swym, stykając się z prądem elektrycznym, bądź też przypadkowo na ulicy, mogą uledz rażeniu prądem z przewodników. Należy przeto z jednej strony pouczać personal w zakładach, jak uniknąć wypadków i jak ratować innych ludzi, a z drugiej należy pouczyć publiczność, a to przy pomocy szkół, urzędów i t. p. Co do charakteru następstw, wywołanych w ustroju przez prąd, to jest tu możliwa cała skala uszkodzeń, począwszy

od lekkiego nieszkodliwego wstrząśnienia, aż do natychmiastowej śmierci. Następstwa te zależą od natężenia prądu, oraz od odporności ustroju w punktach wniknięcia i wyjścia prądu. U niektórych robotników ze zrogowaciałym i suchym naskórkiem może dotknięcie prądu do 5000 wolt jeszcze nie wywołać zbyt silnego wstrząsu, przy krótkiem trwaniu dotknięcia. Lecz przy skórze wilgotnej, lub przesiąkniętej potem, albo też w wyjątkowych warunkach, ułatwiających przewodnictwo, mogą już nawet prądy od 250 do 60 wolt wywołać groźne następstwa, a nawet śmierć. Działanie prądu zależy też od tego, czy wniknął on w głąb ustroju i zadziałał niszcząco na ośrodki nerwowe, lub inne narządy, konieczne do życia, czy też przemknął się mniej szkodliwie, n. p. po skórze, a także od tego, jak długo trwało działanie prądu i skutki elektrolityczne jego w tkankach. — Skutki prądu bywają albo miejscowe, to jest poparzenia w miejscu wniknięcia i wyjścia, lub też ogólne. Poparzenia elektryczne niczem naogół nie różnią się od innych poparzeń, są one tylko nieco mniej bolesne. Autor poleca zmywanie tych poparzeń aseptycznymi rozczynami alkalicznymi, n. p węglanem sodu, lub wodą Vichy, przez co zmniejsza się ból i przyspiesza zabliźnienie. B. przestrzega przed stosowaniem maści kojących, których działanie na ból jest nieznaczne, a które opóźniają sprawę leczenia przy poparzeniach prądem elektrycznym. W razie, gdyby następowe leczenie po zagojeniu, n. p. w celu podniecania mięśni lub krążenia, wymagało stosowania elektryczności, należy ją zwyczajnym sposobem bez obawy zastosować. Co do skutków ogólnych, to ratowanie rażonych prądem elektrycznym jest zupełnie takie samo, jak ratowanie topielców i polega na zwalczaniu szczękościsku, wyciąganiu języka i zastosowaniu sztucznego oddychania w świeżem powietrzu, a ewentualnie można do tego dodać miesienie i elektryczne podniecanie serca, drażnienie skóry i odbytu zimną wodą, upust krwi, nakłucie lędźwiowe; unikać należy wlewania płynów do ust. Akcya ratunkowa powinna trwać długo, a w niepomyślnym wypadku nie powinno się zaprzestać ratowania aż do wystąpienia pewnych objawów śmierci. — Jako następstwo rażenia elektrycznego może pozostać histerya, którą się leczy zwykłymi sposobami.

Dr Blassberg.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie z d. 6. lutego 1911 r.

1) Czł. J. Nusbaum przedstawił pracę własną, wykonaną wspólnie z p. M. Oxnerem: **Restytucya całego przewodu pokarmowego przez komórki wędrujące pochodzenia mezodermalnego u Lineus lacteus** (Grube).

2) Czł. J. Nusbaum przedstawia pracę p. G. Poluszyńskiego: **Badania nad aparatem Golgi-Kopscha i niektóremi innemi strukturami w komórkach zwojowych skorupiaków.** Aparat Golgi-Kopscha występuje u skorupiaków w postaci różnej od tej, jaką ma on u innych bezkręgowych i kręgowców, ma on tu bowiem kształt cienkich, krótkich i prostych lub nieco zagiętych niteczek, rozrzuconych luźno w obszarze plazmy komórkowej. Autor wyklucza przypuszczenie, jakoby aparat pełnił rolę drogi odżywczej lub wydzielniczej, jak również przypuszczenie, jakoby on był strukturą podpierającą. Badania autora, jak również dokonane w lwowskim instytucie zoologicznym spostrzeżenia Białkowskiej i Kulikowskiej nad aparatem Golgi-Kopscha w komórkach zwojowych u pijawek i dżdżownicy (Anat. Anzeiger 1911) wykluczają też pogląd, jakoby składniki aparatu były jednoznaczne z ciałkami Nissla.

(Oprócz tego przedstawiono 5 prac z innych gałęzi nauk przyrodniczych).

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

Wydział lekarski.

XIV ogólne naukowo-administracyjne posiedzenie w dniu 26. XI. (9. XII.) 1910.

Obecnych członków 38, gości 15. — Przewodniczący prezes prof. O. Czeczott.

Protokóły z dnia 7. (20.) maja i 13. (26.) września r. b. przyjęto.

1. Prof. St. Zaleski wypowiedział rzecz p. t.: **Biały Krzyż i jego działalność w walce z zafałszowaniami.** W roku zeszłym jesienią odbył się w Paryżu drugi Zjazd międzynarodowy, urządzony przez »Biały Krzyż«. Prelegent był na tym Zjeździe urzędowym delegatem, wobec czego wykład swój opiera na osobistych wrażeniach. Scharakteryzowawszy »Biały Krzyż«, instytucyę, która jest temsamem podczas pokoju, czem jest »Czerwony Krzyż« podczas wojny i która powstała w roku 1907 przy współudziale F. Dunanta młodszego (Dunant starszy stworzył »Krzyż Czerwony«), wyłożył mowca zakres działania tej instytucyi, a potem wskazał, jak wielką pracę wykonał »Biały Krzyż«, zorganizowawszy już 2 Zjazdy (pierwszy w Genewie w r. 1908, drugi o rok później w Paryżu). Celem tych Zjazdów było utworzyć stałe pojęcie o każdym artykule spożywczym, wskazać na dozwolone metody przy ich otrzymywaniu, ujednostajnić metody chemicznego badania i wytworzyć tą drogą międzynarodowy »Codex alimentarius«, który byłby obowiązujący dla wszystkich państw. Tym sposobem Zjazd spodziewał się położyć ostatecznie tamę fałszerstwu i podrabianiu artykułów tak spożywczych, jakoteż farmaceutycznych. Po części zadanie to zostało wykonane, jednak dużo zostaje jeszcze do życzenia. Walka jest tem trudniejszą, iż dwa wielkie państwa: Niemcy i Anglia, odgrywają wielką rolę w zafałszowaniach na rynkach międzynarodowych. Otóż zadania te mogą być doprowadzone do skutku tylko zbiorowemi siłami.

Dyskusya: Dr K. Karnicki zaznacza, iż w pracy Dra Lewina, który również był na Zjeździe, są zupełnie inne poglądy, wbrew przeciwne. Lewin zwalcza wszelkie zafałszowania w jakiejkolwiek postaci i sądzi, że Zjazd minął się ze swojem zadaniem, ponieważ dopuścił do obrad nad tem, w jakiej formie można dozwolić na zafałszowania, zaś zadaniem jego było walczyć z zafałszowaniami. — Prelegent do pewnego stopnia podzielając to zdanie, zaznacza, że jego zadaniem było tylko w treściwej formie przedstawić to, nad czem pracował Zjazd i do jakich doszedł wniosków. — Dr Karnicki zapytuje, czy Lewin nie ma słuszności, stojąc na gruncie zdrowotności i czy wogóle można dopuszczać jakiekolwiek zafałszowanie. — Dr Gutowski zwraca uwagę na znajdującą się w wielu przetworach spożywczych miedź, która działa szkodliwie na wątrobę: aby np. groszek zielony nie tracił koloru, moczą go w rozczynie siarkanu miedziowego i temsamem go konserwują. Miedź znajduje się w winie, pszenicy, kakao, czekoladzie, lecz w ilościach niewielkich; przy wielkiej zawartości miedzi, konsument spożywać takich produktów nie będzie. Doświadczalnie stwierdzono, że jeżeli dodać większą domieszkę miedzi do pożywienia, to zwierzę jeść tego nie będzie. Mowca sądzi, że z wymaganiami co do zafałszowań, które ustalił Gauthier, zgodzić się należy. — Prelegent: Z wymienionych zdań najjaskrawiej widać, jak wogóle wszelkie prądy nowe z trudnością się przyjmują. Nasz słynny chemik Szymon Dzierżgowski chciał oczyszczać wodę zapomocą chloru, jednak nie zgodzono się na to, obawiając się, że domieszka ta może niekorzystnie wpłynąć na jakość wody. — Prezes w imieniu

Zgromadzenia składa serdeczne podziękowanie prelegentowi za wyczerpujący i pouczający odczyt.

II. Prof. St. Zaleski wygłosił rzecz p. t.: **Zasługi naukowe i społeczno-obywatelskie Prof. Dra Napoleona Cybulskiego** (wobec 25-lecia jego działalności profesorskiej na Wszechnicy Jagiellońskiej). Mowca na wstępie w kilku słowach scharakteryzował uroczystości, jakie odbyły się w dniu 30. XI. i 1. XII. n. st. w Krakowie, dokąd zjechały się liczne deputacye niemal wszystkich instytucyi polskich ze Lwowa, Warszawy i z Poznania w celu uczczenia wielce zasłużonego, słynnego fizyologa, Prof. Dra Napoleona Cybulskiego. Prelegent nakreślił szczegółowo dzieje pracy i działalności jubilata, zwrócił uwagę na dwa jej okresy — petersburski i krakowski i przypomniał, że stąd, z nad Newy, jubilat został powołany do Krakowa. W dalszym ciągu mowca wspomniał o nauczycielu jego, Prof. Tarchanowie, o tych ciepłych stosunkach, jakie panowały między uczniem i nauczycielem, za dowód czego służy ta okoliczność, iż 4 lata temu Prof. Tarchanow, wówczas już bez katedry, wykonał w pracowni swego ucznia Prof. Cybulskiego pracę i wspólnie z nim ogłosił ją drukiem po polsku. »Wspominając wielkiego człowieka« zaznaczył Prof. Zaleski, »jakim jest Cybulski, należy wspomnieć i o jego nauczycielu. Gdyby tu był między nami Cybulski osobiście, niewątpliwie samby Was poprosił, byście uczcili w takiej właśnie chwili pamięć jego zasłużonego zmarłego nauczyciela Jana Romanowicza księcia Tarchanowa przez powstanie«. Wszyscy na te słowa powstali z miejsc. W dalszym ciągu rozwinął mowca przed słuchaczami działalność jubilata w Krakowie z punktu naukowego, obywatelsko społecznego i administracyjnego, dodał, że wszystkie pisma lekarskie polskie z »Przeglądem lekarskim« na czele poświęciły Mu zeszyty jubileuszowe, że wydrukowano na jego cześć osobną książkę pamiątkową dla uczniów i biust jego wykuty z marmuru odtąd zdobić będzie salę wykładową. Prócz tego wszystkie prawie Towarzystwa lekarskie polskie zaliczyły go w poczet swych członków honorowych.

Prezes, dziękując prelegentowi za wyczerpującą charakterystykę, podaje do wiadomości, iż na posiedzeniu »Rady« upoważniono prezesa i sekretarza Doc. Sowińskiego, by wysłali w dniu 25-letniego jubileuszu Prof. Dra Napoleona Cybulskiego telegram gratulacyjny. Sekretarz Doc. Sowiński dodaje, że telegram wysłał na imię Prof. Ciechanowskiego, jako członka komisyi jubileuszowej; telegram brzmiał: »Związek Polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu w dniu 25-letniej wybitnej i powszechnie znanej działalności na polu czystej nauki słynnego naszego fizyologa Prof. Napoleona Cybulskiego, przesyła Jubilatowi z nad brzegów Newy swe najgorętsze i najserdeczniejsze życzenia. (Podpisali): prezes Prof. Otton Czeczott, sekretarz Doc. Zdzisław Sowiński«. Po odczytaniu telegramu, prezez Prof. O. Czeczott zabiera ponownie głos i podaje do wiadomości, iż na temże posiedzeniu »Rady« obradowano nad zaliczeniem Prof. Dra Napoleona Cybulskiego w poczet członków honorowych »Związku«. »Rada Związku«, wobec wielkich zasług jubilata, które tu po części zostały przedstawione w mowie Prof. Zaleskiego i powszechnie są znane, przedstawia dziś wniosek ten w myśl § 15 ustawy do ogólnego zatwierdzenia.

Prof. Dr Napoleon Cybulski został przez jawne głosowanie jednomyślnie obrany członkiem honorowym »Związku«. Uchwalono o wyborze zawiadomić jubilata listownie i uproszono prezesa i sekretarza Doc. Sowińskiego o zajęcie się tą sprawą.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Prezes zaznacza, iż »curriculum vitae«, które jest niezbędne według § 14 ustawy, kilku z przedstawionych kandydatów na członków rzeczywistych »Związku« dotąd nie przedstawiło i proponuje rozstrzygnąć sprawę, czy dokonywać wyborów, czy je odłożyć do razu następnego. Zgromadzenie uchwala, iż wybory na przyszłość będą dokonywane tylko przy ścisłem zachowaniu odpowiedniego § ustawy; obecnie zaś wyborów dokonać, a nowych członków prosić, by przedstawili wiadomości o przebiegu życia w jak najbliższym czasie. 2) Obrano na członków rzeczywistych: Dra Jadwigę Bukowską, Dra Władysława Jastrzębskiego, Dra Mieczysława Michałowicza, Dra Maryana Przyałgowskiego, Brunona Ogulewicza, Dra Kazimierza Świąteckiego, inż. Franciszka Skąpskiego, inż. Gustawa Szołowskiego. 3) Uchwalono przesłać telegram kondolencyjny hr. S. A. Tołstoj. 4) Prezes podaje do wiadomości, iż w dniu 28. XI. upływa 25 lat działalności lekarskiej członka »Związku«, Dra Idy Poznańskiej. Uchwalono przesłać w dniu jubileuszu telegram gratulacyjny. 5) Prezes podaje do wiadomości, iż otrzymał zawiadomienie z prośbą o wzięcie udziału w 25-letnim jubileuszu Towarzystwa lekarzy chorób dzieci. Wybrano na przedstawicieli »Związku« Dr. Ostrowskiego, Hattowskiego i Grzybowskiego. 6) Prezes podaje do wiadomości, iż na obchodzie z okazyi stulecia urodzin Pirogowa telegram od »Związku« wycofał, a osobiście wystąpił w imieniu »Związku«. 7) Prezes podaje do wiadomości, iż od wdowy po zmarłym Drze Sapacz Sapaczyńskim »Związek« otrzymał w darze bibliotekę, złożoną z cennych dzieł. Uchwalono wyrazić serdeczne podziękowanie. 8) Na wniosek prezesa uczczono przez powstanie pamięć zmarłego głośnego chemika Prof. Kostaneckiego i uchwalono na ręce Senatu Wszechnicy w Bernie przesłać telegram. 9) Nadesłane prace Dra Dłuskiego (Zakopane) polecono bibliotekarzowi umieścić w spisie dzieł w bibliotece. 10) Skarbnik Dr Uliński zaznacza, iż nie otrzymał dokumentu, upoważniającego do podjęcia pieniędzy z banku. 11) Dla udających się do Nervi, podaje się do wiadomości, iż Dr Wanda Polak utrzymuje tam pensyonat. 12) Doc. Sowiński podaje do wiadomości, że pisał do Dra Gimżewskiego w sprawie pomocy lekarskiej w przytułku ks. Okołokułaka przy ul. Uszakowskiej Dr Gimżewski dla braku wolnego czasu nie podjął się być lekarzem zakładu. Uchwalono znieść się w tej sprawie z doktorami: Al. Karnickim, K. Kozłowskim i Morawskim.

XI. posiedzenie w d. 21. grudnia 1910 (3. I. 1911) r.

Obecnych osób — członków 20, gości 5. Przewodniczy prezes Prof. O. Czeczott.

Protokół z posiedzenia poprzedniego przyjęto.

I. Prof. Dr Witold Orłowski (Kazań) wygłosił rzecz p. t.: **Drogowskazy współczesnej dyagnostyki chorób trzustki** (ukaże się w całości w »Przeglądzie lekarskim«).

Dyskusya: Doc. K. Noiszewski zalicza choroby trzustki do chorób gruczołów chłonnych wogóle. Mowca zaznacza, że poruszona przez prelegenta sprawa ma wielkie znaczenie nietylko specyalne, lecz i ogólne. Albowiem obecnie zwrócono uwagę na gruczoły chłonne, które dotąd były lekceważone. Przy wycięciu trzustki najpewniej gruczoły biorą na siebie funkcyę. W końcu mowca zapytuje prelegenta, czy nie dają się spostrzegać jakieś szczególne uczucia przy chorobowych stanach trzustki? — Prelegent zaznacza, że podmiotowe sensacye chorego nie mogą mieć w danej sprawie znaczenia, albowiem charakter ich bywa zazwyczaj różnorodny. Tak n. p. niektórzy chorzy odczuwają wielki głód, zaś inni wstręt do pokarmu, również to samo dzieje się z pragnieniem; szczególniejsze podmiotowe objawy spostrzegać się nie dają. — Dr Wierciński czyni uwagę, że mówiąc o schorzeniach trzustki, prelegent ich nie różniczkował, wielka zaś różnica, czy cały gruczoł jest zajęty chorobą, czy tylko pewna część. — Prelegent w tej sprawie daje wyczerpujące wyjaśnienie. — Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Sekretarz Doc. Sowiński odczytuje następujący list, przesłany do Prof. Dra Napoleona Cybulskiego z powodu zaliczenia Go w poczet członków honorowych »Związku«: »Czcigodny i zasłużony Jubilacie! Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu w uznaniu szczególnych i wybitnych

zasług Czcigodnego Profesora na polu nauki i na niwie ojczystej, a także biorąc pod uwagę tak doniosłe zapoczątkowanie Jego działalności zarówno naukowej, jak i obywatelsko-społecznej tu nad Newą wśród kolonii naszej, na ogólnem posiedzeniu w dniu 26. listopada (9. grudnia) r. b. w myśl § 15 ustawy jednomyślnie zaliczył Go w poczet swych członków honorowych. Powiadamiając Go o powyższem w imieniu »Związku«, radzi jesteśmy sposobności, która daje nam możność zapewnić Go o wysokim szacunku i poważaniu i ze swej strony złożyć hołd nowemu członkowi honorowemu. (Podpisali): Prezes »Związku« Prof. Dr O. Czeczott. Wice-prezesi: Prof. Merczyng, Inżjener. Kątkowski, E. Chrzanowski, Doc. Dr Zwierzchowski, Prof. Dr J. Ziemacki. Członek honorowy Prof. Dr St. Zaleski. Sekretarz naukowy Doc. Dr Z. Sowiński. Sekretarz administracyjny: Dr B. Wilamowski 28. listopada st. st. 1910«. Również odczytano odpowiedź Prof. N. Cybulskiego z wyrazami podziękowania dla Związku. 2) Dr Wierciński podaje do wiadomości, iż utworzono komitet do zbierania składek na muzeum etnograficzne, dodając, że lista obecnie znajduje się w »Ognisku Polskiem«. 3) Delegaci na 2. Zjeździe terapeutów rosyjskich: Doc. Z. Orłowski, Dr Wilamowski i Dr Zakrzewski podali do wiadomości, że w dniu otwarcia Zjazdu reprezentowali »Związek«. 4) Prezes podaje do wiadomości, że rz. kat. Towarzystwo Dobroczynności przy kościele św Katarzyny zwróciło się do niego z prośbą, czy można do członków Związku kierować po bezpłatną poradę lekarską niezamożnych chorych. Wobec tego, iż obecny Związek jest zarazem i dawną »Opieką lekarską« przy tem Towarzystwie, członkowie obowiązani są okazywać w razie potrzeby pomoc lekarską.

Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

65. Ogólne Zebranie w d. 4. lutego 1911 r

1. Na przewodniczącego Zebrania wybrano kol. Fidlera.

2. Przed porządkiem dziennym opisał kol. Kossak sześć przypadków leczonego przezeń przymiotu zapomocą **salvarsanu.**

Przypadek I. Mąż chorej, przedstawianej uprzednio przez kol. Raszkesa, S. Chory ten przybył z kiłą złośliwą. osutka, kłykciny na udach, mosznie, w gardle stan zapalny, chociaż owrzodzeń niema, czerwoność strun głosowych, chrypka. Po zastosowaniu »606« w prawy pośladek w zawiesinie 0,6 płynu obojętnego chory nie czuł żadnego bolu, naciek niewielki, ciepłota 38°, tętno przyspieszone, wystąpiły objawy ogłuszenia: chory zaczął się skarżyć, że nie słyszy dobrze, stał się przytem jakiś dziwny tak, iż począł zwracać uwagę innych, że jest jakby chory umysłowo; bolu głowy nie było, w uszach zmian żadnych; stan ten trwał parę tygodni i obecnie chory słyszy już lepiej, ale jeszcze niezupełnie dobrze. W jednym z ostatnich zeszytów »Münchener med. Wochenschrift« podaje Ehrlich, że i on zauważał ogłuszenie, ale po podskórnem wstrzyknięciu zawiesiny. Co do przebiegu przymiotu u tego chorego, to wybitnych zmian dotąd nie znaleziono: grudki bledną. osutka się zmniejszyła, ale to już trwa przecież trzeci tydzień po wstrzyknięciu i możnaby się bądźcobądź lepszego efektu spodziewać.

Przypadek II. Różyczka (roseola) na piersiach i brzuchu, w gardle zaczerwienienie (erythema), na prąciu owrzodzenie prawie zagojone. »606«. Ciepłota po wstrzyknięciu podniosła się do 39° (sam chory sobie mierzył w nocy), potem spadła do 38° i trwała tak kilka dni, wreszcie spadła do poziomu prawidłowego, różyczka znikła, stwardnienie na prąciu również prawie znikło; gruczoły miał chory nieduże i takie pozostały.

Przypadek III. ze starym przymiotem, kilkakrotnie leczonym, z objawami rozpoczynającego się wiądu rdzenia: niedowład kończyn dolnych, bole zwiększone; chory chodzi z trudem. Chory wziął seryę wcierań szaruchy i bardzo dużo jodu. Skutkiem zatrucia »Hg« i »J« odstawiono je i zajęto się poprawieniem stanu przewodu pokarmowego. Chory sam prosił o salvarsan »606«. Potem bolu nie czuł. stan gorączkowy trwał 5—6 dni od 37° do 37·5°. Ogólne wzmocnienie, bole ustąpiły; chód tabetyczny, ale chory może sam chodzić.

Przypadek IV. dotyczy starego syfilityka Chory zjawił się z zajęciem gardła, dziąseł, kilakami wrzodziejącymi na czaszce i goleniach. Leczony był zapomocą »Hg« i »J« bez skutku. Kolega K. nakłonił go do wstrzyknięcia salvarsanu. Skutek był bardzo szybki, ciepłota w ciągu kilku dni dochodziła do 38°, bolu nie było; naciek niewielki; po kilku dniach zagojenie kłykcin. w ciągu dni dziesięciu zagoiły się i kilaki na głowie i goleniach.

Przypadek V dotyczy młodego człowieka z rozległemi owrzodzeniami na goleniach, kilakami na czole i na czaszce, »Hg« i »J« bez skutku«. Po »606« owrzodzenia zaczęły się goić; chory ma tylko ropne zapalenie woreczka łzowego (dacryocystitis), które kol. Szczepaniak objaśnia zapaleniem błony śluzowej nosa.

Przypadek VI. chora, porażona połowiczo, wspólnie z kol. Fidlerem, opisana na jednem z ostatnich posiedzeń

Dyskusya: Kol. Fidler radzi w przypadkach opornych kombinować leczenie Hg + »606«, albo poprostu powtórzyć salvarsan. Co do płynu, jaki trzeba wstrzykiwać, to jak Malinowski, Kozerski, tak i kol. Fidler sądzi, że płyn ten powinien być przeźroczysty. — Pan Dorociński, właściciel apteki, zapytywał w Petersburgu magistra Kreslinga, jaki powinien być płyn. Odpowiedź brzmiała: płyn powinien być mętny, zawiesina. — Kol Fidler sądzi, że zawiesiny nie można wstrzykiwać do żył. — Co do przytępienia słuchu (hypakusis), o którem mówił kol. Kossak przy pierwszym chorym, na zapytanie kol Szczepaniaka, czem sobie można objaśnić ten objaw, kol K. w odpowiedzi objaśnia zmniejszeniem wrażliwości nerwu słuchowego

3. Odczytano protokół poprzedniego Zebrania i ze zmianami przyjęto.

4. Przystąpiono do balotowania na członków Towarzystwa kolegów: Adama Chojki i Stanisława Kelles-Krauza. Po obliczeniu głosów okazało się, że koledzy Chojko i Kelles-Krauz zostali zaliczeni w poczet członków Towarzystwa jednomyślnie.

5. Z komisyi rewizyjnej został wybalotowany kol. Bijejko.

6. W sprawie **organizacyi zawodowej** przystąpiono do rozpatrzenia wysokości wynagrodzenia za wyjazd do chorych poza miasto. Na pytanie, czy miarę wynagrodzenia ma stanowić czas, czy przestrzeń, postanowiono, że miarę wynagrodzenia w tym przypadku ma stanowić przestrzeń. Na pytanie, czy odróżniać drogę polną od szosy, postanowiono: odróżniać. Na pytanie, czy należy uwzględniać przy określeniu wynagrodzenia stały pobyt lekarza miejscowego, postanowiono: odróżniać.

Członek Zarządu sekretarz T. Rakowski

Wiadomości bieżące.

I. Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego, zwołany do Łodzi na Zielone Święta (4. i 5. czerwca) b. r. zasługuje na baczną uwagę. Po raz pierwszy bowiem podjęto u nas próbę tego, co na zachodzie oddawna już się przyjęło i zakorzeniło z wielkim pożytkiem dla lekarzy, pracujących zdala od wielkich miast. Zjazdy takie, odbywane corocznie we Francyi i w Niemczech, niezależnie od zjazdów ogólnolekarskich

i od zjazdów, poświęconych jednej gałęzi nauki, ściągają zazwyczaj uczestników z pewnej części państwa, z kilku jego prowincyi, a stanowią potężny bodziec postępu przedewszystkiem dla kół lekarskich tego miasta, gdzie się zjazd odbywa, niemały też zaś dla wszystkich uczestników, przedstawiających zawsze lepszą, to jest ruchliwszą umysłowo i wykształceńszą część stanu naszego. Myśl urządzenia takiego Zjazdu i u nas, poruszana już przed laty kilkunastu, teraz dopiero mogła stać się czynem; powodzenie tej pierwszej próby rozstrzygnie o przyszłości takich zjazdów, powołanych do tego, aby stały się nowem ogniskiem naszego ruchu lekarskiego, ogniskiem, którego potrzeba zwłaszcza w ostatnich latach odczuwać się daje.

Nie można bowiem zaprzeczyć, że wskutek przyczyn ogólniejszej natury zaznaczać się poczęła w tych latach, jak w całem społeczeństwie, tak i wśród lekarzy naszych, pewna depresya. Temu niepożądanemu zjawisku przeciwdziałać trzeba tem więcej, że w zakresie pracy lekarsko-społecznej wkrótce staną przed naszymi lekarzami w Królestwie nowe zadania w postaci udziału w sanitarnych instytucyach miejskiego samorządu, otwierającego — jakikolwiek będzie jego zakres — przecież jakieś nowe pola działania. W zakresie zaś pracy lekarsko-naukowej liczyć się trzeba dzisiaj poważniej jeszcze, niż przedtem, z warunkami, w jakich przychodzi dziś naszym lekarzom prowincyonalnym uzupełniać swoje wiadomości i kroczyć za postępem.

Wobec tego, że medycynie publicznej i higienie poświęcone były trzy niedawno w Królestwie odbyte Zjazdy higieniczne, w Warszawie, Lublinie i Częstochowie, musi Zjazd tegoroczny w Łodzi koniecznie wysunąć na plan pierwszy sprawy ze ściślejszego zakresu lekarskiego. Organizatorowie Zjazdu widocznie dobrze sobie zdają sprawę ze swoich zadań wogóle i z celów, do których w szczególności zmierzać należy dzisiaj, na tym pierwszym Zjeździe. Widnieje to zarówno z określenia celu Zjazdu, zawartego w jego regulaminie, jak i z doboru już ogłoszonych tematów obrad. Będzie więc na Zjeździe mowa o zakresie pracy naukowej w szpitalach prowincyonalnych, w prowincyonalnych Towarzystwach lekarskich, o potrzebach szpitalnictwa, o stanowisku, bycie i warunkach pracy lekarza na prowincyi, jak również o wielu zagadnieniach, dotyczących zastosowania postępów sztuki lekarskiej w warunkach pracy na prowincyi, o tematach czysto praktycznych z dziedziny lecznictwa i t. d.

Nie ulega wątpliwości, że lekarze prowincyonalni z Królestwa Polskiego przybędą na Zjazd nader licznie, a zarysy, w jakich Zjazd dotąd się zapowiada, pozwalają tuszyć, że przyniesie on dla nich i dla kraju realne korzyści i stworzy trwałe podwaliny dla dalszych takich Zjazdów. Ale i w Galicyi powinien Zjazd obudzić zainteresowanie, zwłaszcza z tego względu, że może on dostarczyć niejednej wskazówki, jak dadzą się wyzyskać warunki pracy, które w Galicyi, nawet i poza miastami stołecznemi, są przecież korzystniejsze, niż w Królestwie, a jednak mimo to nie wszędzie są tak zużytkowane, jakby można i należało.

Kraków. Wydział matematyczno-przyrodniczy Akademii Umiejętności zawiadamia niniejszem, że bieżący okres nagrodowy funduszu imienia książąt Jerzego Romana z Rozwadowa i Adama z Miżyńca Lubomirskich obejmuje lata: 1910, 1911 i 1912. Postanowienie co do sposobu użycia nagromadzonych w ciągu trzechlecia odsetek zapadnie w początku 1913 roku, o ile możności dnia 7. lutego. Zgodnie z przepisem § II. Uchwały Pełnego Zgromadzenia Akademii Umiejętności z dnia 27. listopada 1906 r., odsetki z funduszu im. ks. Lubomirskich płynące, po strąceniu 10% na cele tam wskazane, mają być używane: »a) na udzielanie nagród pieniężnych autorom i autorkom narodowości polskiej za samodzielne prace o rzeczywistej wartości naukowej z zakresu nauk przyrodniczych i lekarskich (z wyjątkiem prac ze ściślej matematyki), napisane w języku polskim; b) na opędzanie kosztów wydania takichże prac z tego samego zakresu, przedłożonych w rękopisie i uznanych za odpowiednie«. Według § VIII. tejże »Uchwały« wysokość nagród wynosić może od 1.000 do 3.000 koron.

Dyrektor Wydz. mat.-przyr.: Edw. Janczewski. Sekretarz Wydz. mat.-przyr.: Wład. Natanson.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 1. III. posiedzenie, na którem Prof. Kostanecki mówił o przepuklinie zasłonowej, przedstawiając preparaty, poczem Dr Janiszewski i doc. Nitsch wygłosili rzecz o miejskiej pracowni bakteryologicznej. W dyskusyi przemawiali Prof. Braun, Bujwid, Kostanecki, Dr Blassberg, Radliński, Weinsberg, Janiszewski.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 19. II. do 25. II. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † 1 (w tem obcych 1 † —), krztuśca 6 † 1, ospy wietrznej 1, płonicy 8 † —, (2 † —), odry 20 † — (1 † —), róży 2 † 1. Dr Janiszewski.

Warszawa. Ćwierć miliona rubli zapisała na cele publiczne Anna Bohte, w tem 20 000 na szpital ewangelicko-augsburski, 10.000 na szpitalik dla dzieci, 6.000 na Pogotowie ratunkowe, po 1000 na kąpiele ludowe, dla nieuleczalnych i na ambulatorya, 5000 na kolonie letnie dla dzieci.

— »Gazeta lekarska« (Nr 7) słusznie przypomina, że autorowie polscy powinni w swych pracach starannie przytaczać piśmiennictwo polskie, gdyż dotychczas popełnia się w tym względzie wiele grzechów.

— Na konkursie »Medycyny i Kroniki lek.« otrzymali nagrody z funduszu im. Dr Majkowskiego za najlepsze prace, ogłoszone w tem piśmie w r. 1910: Dr Leyberg, Otto, Starklówna, Węgrzynowicz i Jaroszyński. Z funduszu Dr Rzętkowskiego nie przyznano żadnej nagrody.

— Doroczny Zjazd Towarzystwa higienicznego ma się odbyć w Kaliszu we wrześniu r. b.

— W Sosnowcu utworzył się oddział Warszawskiego Towarzystwa higienicznego. Prezesem wybrano Dra Eugeniusza Arnolda.

Łódź. Zgodnie z postanowieniem Zarządu łódzkiego Towarzystwa dobroczynności i szpitala »Anny-Maryi« w tych dniach wmurowano nad drzwiami głównej sali pawilonu wewnętrznego tego szpitala tablicę z napisem: »Sala imienia Dra Józefa Brudzińskiego, pierwszego lekarza naczelnego«.

— Dr Wacław Jasiński, dotychczasowy ordynator nadetatowy szpitala »Anny-Maryi« dla dzieci w Łodzi przenosi się do Lublina, gdzie został mianowany etatowym ordynatorem nowego szpitala dla dzieci, powstałego z fundacyi pp. Vetterów.

Z różnych stron. Na porządku dziennym XVI Ogólnego dorocznego posiedzenia »Polskiego Związku lekarzy i przyrod.« w Petersburgu dnia 11/24 lutego 1911 znajdowały się następujące wykłady: 1) inż. jen. Kątkowski: O wyjaławianiu wody zapomocą ozonu i promieni ultrafioletowych; 2) doc. Noiszewski: Odczuwanie światła i barw we dnie i o zmroku. Na posiedzeniu tem przyjęto następnie Sprawozdanie doroczne Zarządu i Wydziałów Związku. Liczba członków przekracza 200, majątek Związku wynosi przeszło 2000 rb., fundusz budowy szpitala polskiego przeszło 6000 rb. Przewodnictwo w komitecie szpitalnym objął na Dr E. Marcinkiewicz.

— Na posiedzeniu Wydziału farmaceutycznego »Polskiego Związku lekarzy i przyrodników« w Petersburgu w d. 7/20 II. 1911 miał p. E. Chrzanowski wykład: »Porównawcza ocena ostatniego wydania farmakopei austryackiej z ostatniem wydaniem rosyjskiej«, przyczem zalecał gorąco do użytku praktycznego polski »Komentarz do farmakopei« Lembergera i Droby.

— Na wszechnicach rosyjskich trwa od dni kilkunastu strejk słuchaczy; równocześnie wielu profesorów podało się o dymisyę, zwłaszcza w Moskwie, gdzie liczba dymisyi dochodzi 70; między innymi podał się o dymisyę także cały personal lekarski kilku klinik i zakładu medycyny sądowej.

— Przy mianowaniu profesora położnictwa w Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu pominięto proponowanego przez konferencyę profesorów Akademii doc. Popowa, a mianowano doc. Redlicha. Podobno przypadek taki jest pierwszym w dziejach Akademii.

— 12 (25) lutego wyruszyła z Petersburga do Pekinu wyprawa naukowa dla badania dżumy, z Prof. Zabołotnym i doc. Złatogorowym na czele.

Zmarli: Dr Aleksander Chmielewski w Makowie, gub. łomżyńskiej w 63 r. ż.; Dr Alfred br. Szylling, członek »Polskiego Związku lek. i przyr.« w Petersburgu, w Ihumeniu, padł ofiarą duru plamistego.

Redakcya otrzymała. Beck i Bikeles: 1) O ruchach odruchów rdzeniowych i ruchach ogólnych (pryncypalnych według Munka). 2) O t. zw. odruchach dotykowych Munka i odruchu skórnym podeszwowym. »Rozpr. Akad. Umiej.« 1910. — Beck: O lokalizacyi czucia bólu po częściowem zniszczeniu kory mózgowej. »Nowiny lek.« — Fuhrmann: Aerztliches Jahrbuch für Oesterreich. Wien 1911. — Posiedzenia naukowe Towarzystwa lekarskiego lwowskiego w r. 1910, protokołował Dr Józef Hornowski, sekretarz doroczny. Odb. »Tyg. lek.«, stron 234. — Grundzach: O przepuklinie nadbrzusznej ze stanowiska internisty. »Med. i Kron. lek.« 1911. — St. Klein: 1) Über die Altmann-Schridde'schen Granula in Lymphocyten und Myeloblasten. »Centr. für allg. Path.« 1910. 2) Üb. die sogenn. Schridde'schen Granula

»Folia haematol.« 1910. 3) Ub. die grossen einkernigen Leukocyten des Leukämieblutes. »Folia haematol.« 1910. — Janowski: De la névralgie intercostale. Paris 1911.

Bibliografia.

Emil Fuhrmann: Aerztliches Jahrbuch für Oesterreich 1911. Wiedeń 1911. Str. 592. Cena 8 koron.

W VI. wydaniu swego »Rocznika lekarskiego austryackiego« wprowadził Dr Fuhrmann dalsze ulepszenia i uzupełnienia, zwłaszcza co do lekarskich instytucyi filantropijnych, towarzystw lekarskich, szpitali i sanatoryów. W spisach lekarzy miast stołecznych dodano dokładne adresy, w spisach lekarzy sezonowych — ich stałe miejsce zamieszkania. Skrupulatne redagowanie »Rocznika« Dr Fuhrmanna czyni z tej książki rzeczywiście użyteczny schematyzm personalu i urządzeń lekarskich w Austryi. Z.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w lutym 1911.

Gazeta lek. Nr 5—8. Bernhardt: Lupus erythematodes linealis (5). — St. Kramsztyk (dok. 5—6). — St. Biernacki: O obecności aglutynin gruźliczych w plwocinie (6—7). — Szumowski: Pogląd przyrodniczy a pogląd historyczny (6). — Gabszewicz: O guzach zapalnych jamy brzusznej, rzekomo-nowotworowych (7—8). — Karwacki: Oospora (streptothrix) pulmonalis (8). — A. A. Hejman: O powikłaniu ze strony ucha zewnętrznego w przebiegu spraw przewlekłych ropnych ucha średniego (8).

Medycyna i Kronika lek. Nr 5—8. Heiman: Przypadek zapalenia zakrzepowego zatoki poprzecznej pochodzenia usznego — operacya, wyzdrowienie (5). — Bursche (dok. 5—7). — M. Biehler: (dok. 5—6). — W. Sterling: Leczenie naczyniaków zapomocą elektrolizy (6). — Leyzerowicz: Zgorzel samoistna zatok kulszowo-odbytniczych (7). — Fryszman: O pyelo- i ureterografii (8). — Długoszewski: Kilka uwag o przebiegu i leczeniu drętwicy karku (8—9).

Tygodnik lekarski Nr 5—8. Bocheński: O leczeniu włókniaków macicy mamminą Poehla (5—8). — Lateinerówna (dok. 5). — W. Ziembicki (dok. 5). — A. Wrzosek (c. d. 5). — M. Kaufmann (dok. 5). — Zbyszewski: Spostrzeżenia nad elektrokardyogramem serca izolowanego (6—8). — Poczobut: Odpowiedź Prof. L. Rydygierowi, dotycząca »sprawy pierwszeństwa co do podania objawu różnicy między ciepłotą wewnętrzną i zewnętrzną przy zapaleniu wyrostka robaczkowego« (6). — Orłowski W.: W sprawie pierwszeństwa co do podania objawu różnicy między ciepłotą wewnętrzną i zewnętrzną przy zapaleniu wyrostka robaczkowego (7). — Nowicki: Wpływ obniżonego ciśnienia na nadnercze (8).

Nowiny lek. Nr 2. Marcinkowski: Dwa przypadki uwięźnienia wstecznego jelit cienkich. — Wierzejewski: Postępy w leczeniu porażnej stopy szpotawej i koślawej. — Broniatowski: Appendicitis gangraenosa sub partu. — J. Rosenberg: Dotychczasowe wyniki leczenia preparatem Ehrlicha-Haty 606. — M. W. Herman: Wykłady kliniczne z urologii ogólnej. — Stanisław Łazarewicz: O anafilaksyi i idiosynkrazyi — S. Trzebiński: Nieco o problemacie psychofizycznym.

Postęp okulistyczny Nr 1. Noiszewski: Siatkówka korowa.

Kronika dentyst. Nr 2. Krakowski (dok.).

Przegląd higieniczny Nr 1—2. Panek (dok. 1). — Kaczorowski: Higiena jamy ustnej w internatach (2).

Zdrowie Nr 2. Higier: Jak rodzice i wychowawcy rozpoznawać mogą niedorozwój umysłowy u dzieci? — Inż. Bielski (dok.).

Głos lekarzy Nr 3—4. Mikołajski: 1) Świadectwa i orzeczenia lekarzy szpitalnych. 2) Tragedya lekarza. 3) Zatarg lekarzy z kasą chorych w Brodach. 4) Działalność lekarzy w Radzie miejskiej (1905—1911) i postęp sanitarny w m. Lwowie. 5) Lekarze wobec wyborów do Rady miejskiej we Lwowie. 6) Gruźlica u żydów we Lwowie. — Przesmycki: W sprawie świadectw i orzeczeń lekarzy szpitalnych. — Z krajowego Zwią-

zku zdrojowisk i uzdrowisk. — Udział lekarzy w pojedynkach (ankieta międzynarod.).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 15. marca 1911 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Borkowski: Ehrlich i jego teorya. 2) Prof. Bujwid: Bakteryobójcze działanie światła. Demontracya przyrządu Nogier do wyjaławiania wody zapomocą promieni ultrafioletowych.

Posiedzenie Sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lek. gal. odbędzie się w poniedziałek **d. 6. marca 1910** o godz. 6 w Szpitalu powszechnym w Jarosławiu z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych; kol. Dr Fechter. 2) O potrzebie konserwowania zębów z uwzględnieniem nowszych sposobów plombowania; kolega Dr Nacht. 3) Sprawozdanie delegatów z Walnego Zgromadzenia. 4) Wnioski członków.

O liczne zebranie się upraszamy.

Z biura Sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich.
Sekretarz: Dr Feldman. Przewodniczący: Dr Czyżewicz.

Rok L. Kraków, dnia 11. marca 1911. Nr. 10.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Obojnak przed sądem w Kazimierzu R. P. 1561.

Przyczynek do dziejów obojnactwa.

Podał

Prof. Dr L. Wachholz.

Boć już nie dziś ta nowina słynie,
Iż złego złe nigdy nie ominie.
(*M. Reja Apokalipsis*).

Przy przeglądaniu aktów karnych miast Krakowa i Kazimierza zwrócił moją uwagę kustosz archiwum akt dawnych Krakowa Dr Chmiel [1]) na protokół rozprawy sądowej, odbytej w r. 1561 w ratuszu kaźmierskim w sprawie niejakiego Wojciecha Skwarskiego, ponad którym to protokołem znajduje się dopisek, uczyniony ręką Ambrożego Grabowskiego: »Szczególny spekulant. Hermafrodyt?« Ponieważ protokół ten dotyczy niewątpliwie człowieka z wadą utworową części płciowych, a nadto budzi pewien interes historyczny, przeto podaję go tutaj w dosłownem brzmieniu tylko przy zastosowaniu dzisiejszej pisowni.

»Feria soda post doicam [2]) oculi Anno 1561.

Wojciech z Poznania, Szymona Skwarskiego syn, gdy był przed urzędem pytan, zeznał, iż w Poznaniu był mnichem od Ś. Michała do postu, a gdy wyszedł z klasztora, tedy Panowie Rajce kazali go na Ratuszu przed Panami Paniom oglądać. I Pan Lipczyński, Burmistrz, był przy tem, na to patrzył. Potem Panowie Rajce przykazali Matce pod gardłem i pod imieniem, aby go nosiła za niewiastę. Tamże na Ratuszu wziąwszy u matki zapaśnicę, kazali go zawić a matka kupiwszy suknię Panieńską przyniosła na Ratusz, i kazali go oblec w nię, a tak w takiem odzieniu dziesięć lat się nosił. Item zeznał, iż gdy miał wstąpić do klasztora wziął matce dziesięć złotych i dwie łyżki srebrne i darował je mnichowi starszemu. Item w Krakowie u Wojciecha stolarza brał ślub z Sebastyanem słodownikiem i mieszkał z niem w Poznaniu dwie lecie, któremu Sebestianowi dopuścił niewiastę chować a sam z drugą przebywał. Potem przydało się, iż w poswarku o Niewiastę, którą Sebestian miał sobie gwoli, uderzył onego Sebestiana cegłą w głowę i zaleczono go rychło, a zatem umarł, jenoż nie wie, jeżli od tej rany, abo nie. Item tu w Kazimierzu brał ślub z Wawrzyńcem włoczkiem i powiedział przed niem, iż ma w Poznaniu pietnaście set złotych w płacie, i na to się ukwapił. Item ten łańcuszek, z którym go pojmano, powiedział, iż mu go jakiś ziemianin dał na nocleg. A ten Wojciech wziąwszy łańcuszek skrył się z niem a on ziemianin odjechał. Item zeznał, iż też u inszych ludzi brał pieniądze na nocleg a krył się. Item kiedy z Wawrzyńcem brał ślub, dwoje pacierze a trzy łyżki srebrne, których był u ludzi napożyczał, zastawił u Jelenia żyda w dziewięć złotych a nożenki we dwu złotych czerwonych. Item gdy przyjechał z Opatowa do Sidłowa do gościnnego domu, tam pił Jan kowal i tamże sobie z tem kowalem dali rękę przed dobremi ludźmi i brali ślub w kościele, a nazajutrz od niego z żydy jechał precz. Item gdy robił perłami i złotem tedy co zostawało na zwyż sobie brał a nie wrócił. Item u Panów z Górki wziął pierścionek srebrny. Item letnik kitajczany, powiedział, iż mu matka sprawiła. Ale adamaszkowy sam u żyda w Poznaniu kupił, połowicę zapłacił a połowicę jeszcze nie. Item zeznał, iż kupił kubek srebrny kradziony u chłopca, który chłopiec ukradł ten kubek u niejakiej księżny Ostrowskiej, która stała u jej matki i zafrymarczył go za pasek, na który przydał talery cztery. Item drugiego dnia dobrowolnie zeznał tenże Wojciech krom żadnej męki, iż gdy w Poznaniu był mnichem w klasztorze, tedy obcował z mężatką rybitką. Item tamże w klasztorze tenże Wojciech i organista tegoż kościoła legali w jednem łożu z niemkinią Clarą i oba z nią obcowali. Item gdy wyszedł z klasztora, tedy tamże w Poznaniu, ucząc się haftarstwa, a chodził już w niewieściem odzieniu, obcował z Anuchną, co się tamże uczyła. Item u Pani Spławskiej starej w Poznaniu chodził za Pannę przez lato, tamże z dzieweczką Annuchną, którą sobie była Pani Spławska wychowała, przebywał, która potem była dana za krawca na Środkę [3]). Item kiedy był u Pani Królikowskiej dwie mile za Żninem, tam chodził za Pannę, i z ogrodniczką tam legał. Item kiedy mieszkał z Sebastianem słodownikiem, z którem był ślub brał w Krakowie, tedy w Poznaniu dopuścił temu Sebastianowi niewiastę chować, a sam też z drugą obcował żoną pirwszą Clarą. Item w Poznaniu po śmierci tego Sebastiana piwo szynkował, niewiasty wszeteczne chował, sam z niemi obcował i inszem dopuszczał. Item w Krakowie na jednem miejscu z jedną kucharką obcował i białe jej trzewiki dał, aby na niego nie powiedała. Item we Środzie takież w niewieściem odzieniu z kucharką obcował. Item w Dolsku miasteczku w temże odzieniu z kucharką przebywał. Item indzie wiele tego czynił. Item zeznał, iż tak dziewki jako Niewiasty w tem odzieniu niewieściem ku swej woli miewał i z niemi cielesności swej używał, których imiona dla ich zelżywości tym listem nie są opisane«.

Poniżej protokołu zapisała ręka pisarza krótki wyrok, jakim ukarano Wojciecha Skwarskiego. Brzmi on: »Spalono».

[1]) Spełniam na tem miejscu miły obowiązek, składając Dr Chmielowi za jego uprzejmość i pomoc wyrazy serdecznego podziękowania.

[2]) Skrócenia zamiast: Feria secunda post dominicam oculi 1561, t. j. wedle obecnej rachuby w poniedziałek 10. marca 1561.

[3]) Nazwa dzielnicy Poznania.

Czemże był w istocie Wojciech Skwarski, czy tylko »szczególnym spekulantem«, czy także obojnakiem? Wątpliwość powyższą mogli byli współcześni z całą stanowczością stwierdzić, poddając podsądnego oględzinom lekarskim, których potrzebę uznawało obowiązujące w sądach miejskich ówczesnych prawo magdeburskie n. p. w przypadkach zranień lub śmierci gwałtownej [4]). Lecz i obecnie gdy nas od czasu śmierci Wojciecha za wyrokiem dzieli niespełna półczwarta wieku, możemy z prawdopodobieństwem, graniczącem z pewnością wyświetlić zagadkę jego wątpliwej płci.

Opierając się na samym protokole sądowym, można się oświadczyć za tem, że Wojciech Skwarski był obojnakiem wrzekomym zewnętrznym męskim (pseudohermaphrodisia masculina externa). Dowody na powyższe twierdzenie mamy następujące: Wojciech opuszcza po krótkim pobycie (około 5 miesięcznym) klasztor męski, a to prawdopodobnie z powodu niewyraźnej płci, poczem jest z polecenia »rajców« poznańskich przed mężczyznami przez kobiety oglądany, względnie badany. Powoływanie kobiet do czynności znawców w sprawach płciowych, kobiet dotyczących, utrzymuje się do dziś dnia w Anglii [5]), a nawet i nasz obecny kodeks karny w § 339 zniewala kobietę rodzącą do wezwania lekarza, położnej lub innej »poważnej kobiety« (ehrbare Frau) do pomocy i za świadka biegłego. To też wezwanie kobiet do zbadania Wojciecha nie może nas uderzać. Okoliczność, że przy badaniu tem dano pierwszeństwo kobietom przed mężczyznami, dowodzi, że istniało co do Wojciecha z góry domniemanie, iż jest kobietą. Orzeczenie kobiet znawców wypada na korzyść płci niewieściej i stąd polecenie »rajców«, aby matka przybrała Wojciecha w strój niewieści. Orzeczenie to musiało się niewątpliwie oprzeć na zewnętrznych, łatwo w oczy wpadających znamionach płci, a więc na wejrzeniu twarzy, kształtach ciała i wejrzeniu części płciowych, bez ich dokładnego, lekarskiego zbadania. Gdy tak wejrzenie twarzy, niewątpliwie pozbawionej zarostu bujniejszego, jak i kształty ciała były więcej niewieście, uznano prawdopodobne u Wojciecha rozszczepienie moszny i spodziectwo za części płciowe niewieście, a Wojciecha tem samem za niewiastę. Tymczasem Wojciech ani na chwilę nie czuł się niewiastą i składał wybitne dowody swej męskości, choć z drugiej strony, uznany przez areopag pań za niewiastę, nie widział powodu, dla któregoby przy sposobności nie miał z narzuconej sobie płci korzystać. Dlatego, nosząc się wedle nakazu po niewieściemu, gdy się nadarza sposobność, wychodzi za mąż najpierw za Sebastyana słodownika w Krakowie, z którym żyje wspólnie dwa lata, po tegoż śmierci za Wawrzyńca włoczka i potem wkrótce jeszcze za Jana Kowala. Atoli widać, że w roli żony było mu nieswojsko, i ani on, ani pierwszy jego mąż nie musieli doznać zadowolenia, skoro bez cienia zazdrości zezwala mężowi »chować sobie niewiastę«, a i sam z drugą obcuje. Wprawdzie wynika z tego stosunku z lewej ręki jego męża po dwóch latach pożycia sprzeczka między nim a mężem, w czasie której składa on dowód swego męskiego junactwa i cegłą zabija męża, jednak sprzeczka ta i powód do niej nie dowodzą jeszcze wcale, że czuł się niewiernością swego męża obrażony, że zatem objawił rys charakteru niewieściego. Widać, że przy próbach niewątpliwych dopełnienia obowiązków małżeńskich względem pierwszego swego męża natknął się na trudności i przykrości, które nietylko uczyniły go pobłażliwym na wiarołomstwo męża, lecz także skłoniły go do szybkiego opuszczenia męża drugiego, a już zwłaszcza trzeciego, owego Jana Kowala, z którym wziąwszy jednego dnia ślub, nazajutrz już go opuszcza. A wreszcie zwabia pod postacią kobiecą »jakiegoś ziemianina i inszych ludzi«, bierze jako zadatek swej niewieściej powolności za »nocleg« pieniądze i podarki pod postacią łańcuszka, wiedząc jednak, że nie dogodzi ich wymaganiom płciowym, przed uczynkiem się kryje i zobowiązania nie dopełnia. Tem postępowaniem, wynikłem z narzucenia mu przez grono pań poznańskich płci, którą go przyroda nie obdarzyła, i której on ani na chwilę w sobie nie czuł, zasłużył sobie na miano, nadane mu przez A. Grabowskiego »szczególnego spekulanta«.

Przypuściwszy jednak, że zeznanie Wojciecha przed sądem jako zeznanie obwinionego było o tyle kłamliwe [6]), o ile odnosiło się do faktu badania go z polecenia »rajców« przez panie i uznania go za kobietę, a zeznanie takie mógł był z rozmysłu złożyć celem uniewinnienia się bodaj z części swych przestępstw, to i tak możemy dojść do przekonania, że wyróżnienie się jego płci nie musiało być z natury zbyt wyraźne. Trudno przypuścić, aby w tych czasach i w tej sferze, do jakiej należał Wojciech, mógł się znaleść szalbierz, któryby przejął na siebie wbrew swej zdeklarowanej płci męskiej rolę niewieścią. Wszakże zwłaszcza wtedy dla człowieka koczującego z miejsca na miejsce były strój i rola męska o wiele bezpieczniejsze i pewniejsze, niż rola i strój niewieści. Müller [7]) podał z aktów początku XVIII. wieku przypadek stracenia niejakiej Małgorzaty Katarzyny Lincken, która mimo zdeklarowanej płci niewieściej przejęła na siebie wraz ze strojem rolę mężczyzny, pod nazwiskiem Anastazego Lagrantyna Rosenstengla służyła w wojsku pruskiem, potem ożeniła się i obcowała ze swą żoną zapomocą sztucznie przez siebie sporządzonego priapa (»ein ledern Ding«). Ścięto ją na mocy wyroku »wegen Sodomiterey«. Otóż przejęcie przez kobietę na siebie roli mężczyzny może być w tych czasach prędzej zrozumiałe, niż przejęcie przez mężczyznę roli kobiecej. A że Wojciech Skwarski przejął się rolą kobiecą, nie ulega wątpliwości, skoro protokół sądowy wyraźnie zaznacza, że pojmany został w szatach niewieścich »letniku kitajczanym i adamaszkowym«. Wszakżeż i w dzisiejszych czasach zdarza się u kobiet zwłaszcza osamotnionych spotkać z chęcią przybierania się w strój, jeźli nie męski, to do męskiego zbliżony. Tak np, ów »uomo donna«, o którym zdałem sprawę [8]) na podstawie wiadomości listownej śp. Dra Jakubowskiego, prawdo-

[4]) Art. LXXXV. tego prawa domaga się oględzin zwłok w razie zabójstwa przez wójta, dwóch »przysiężników, dwóch chirurgów lub barwierzy«.

[5]) Por. Hecker. Gerichtssaal. Jahrg. XXIV. H. 3. Sprawozdanie z procesu Krystyny Edmunds.

[6]) Przeciw takiemu przypuszczeniu przemawia to, że zeznania swe uczynił Wojciech, jak podaje protokół, »dobrowolnie, krom żadnej męki« t. j. nie »na męce srogo przez Mistrza (kata) pytan«. Zeznaniom bowiem, wymuszonym torturami, tak często w owych czasach, jak to widać z aktów karnych Kazimierza i Krakowa, stosowanemi, nie możnaby dać wiary.

[7]) Friedreichs Blätter für ger. Med. 1891. Str. 35.

[8]) Wachholz: O przewrotnym popędzie płciowym. Przegl. lek. 1892 i Friedr. Blätter 1892.

podobny pederasta bierny, podający się za pannę, nosił ubranie męskie, gdyż, jak to sam wyjaśnił, uważał przebranie takie dla siebie jako dla samotnie tułającej się po świecie kobiety za jedynie odpowiedne, t. j. chroniące go przed przykrościami. Z tych przykładów widać, że przebranie się Wojciecha i noszenie się w stroju kobiecym nie mogło być wynikiem wyrafinowanego szalbierstwa, lecz jedynie tylko wadliwego określenia jego niewyraźnie z natury wyróżnionej płci. Wprawdzie wiemy, że mężczyźni, dotknięci wadą utworową, tak zwanym feminizmem lub ginandryą, polegagającą na zewnętrznem upodobnieniu się ciała ich do ciała niewieściego [9]) mimo wyraźnej płci męskiej, którzy tak często popisują się w teatrach Rozmaitości jako naśladowcy głosu kobiet i którzy często bywają pederastami biernymi, chętnie kładą na się strój niewieści, lecz przypuszczenie takie, iż Wojciech Skwarski był tylko ginandrem, uczynić trudno, gdyż nie mógł on liczyć na powodzenie w takiej roli w owych czasach, a wiedział, jak sroga go za nią czeka odpowiedzialność wobec surowych ustaw. Że zarazem niepodobna obwiniać Wojciecha o pederastyę, wynika z przeciwnej jego skłonności, a z niechęci do stosunków z mężczyznami, którym musiał się oddawać z racyi narzuconej mu wolą władzy płci niewieściej. Tak więc nie można wątpić, że Wojciech Skwarski był wrzekomym obojnakiem męskim czyli spodźcem, a zarazem i szczególnym spekulantem z tytułu swej wady utworowej, a zatem trafnie określił go obu mianami A. Grabowski w swym dopisku nad protokołem, na wstępie przywiedzionym. Jest jeszcze jeden moment, który wielce przemawia za jego obojnactwem, a tym jest surowa kara, jaka go spotkała z wyroku sądu na Kaźmierzu, t. j. spalenie.

Sprawy o gardło były wówczas sądzone w miastach wedle prawa magdeburskiego albo na sądach wyłożonych [10]), (odpowiadających tak zwanym w ziemskiem prawie polskiem Rokom), które się składały z wójta i ławników (zwykle siedmiu), albo na sądach» gorących«, a na tych wtedy, »jeźli (złoczyńca) będzie pokonany przez powodną stronę świadectwem siedmiu mężów, albo się sam przed sądem zezna« (art. XXXVI). Wojciech musiał być tedy sądzony »prawem gorącem«, a »prawo to bywa złoczyńcy gorące: bo mu więc w natęższy mróz bywa gorąco«. Apelacyi prawo to nie zna, a wedle artykułu XLIX wyrok musi być w 3 dni po jego ogłoszeniu wykonany, aby się skazaniec mógł z Bogiem pojednać, ujawnić skruchę i na śmierć przygotować. Przed spełnieniem wyroku nie wolno skazańcowi dać się napić trunków odurzających, gdyż »pijanym będąc, nie może z taką skruchą iść na śmierć, jakiej do tego potrzeba«. Co do kar śmierci, były one różne. »Jaką śmiercią który złoczyńca ma bydź karan: wypisano speculo saxonum libro 2. articulo 13. 16, 36, to jest: Złodziej ma bydź obieszon, Zdrayca, Rozboynik, Łupiezca w koło wplecion, Mężobóyca, Gwałtownik panien y którybу na cudzołostwie był poimany: takowi maią być ścięci. Odszczepieniec wiary Chrześciańskiey, ma być spalon. Tąż śmiercią ma zginąć Czarownik y ktoby komu iad zadał«. Wedle artykułu LXXIII ci, którzy po więcej żon lub mężów mają, mają być karani »tak, iako o iawne cudzołostwo«. Wedle artykułu LXX »gdzieby kto takowy nalezion był, żeby albo z bydlęciem, albo chłop z chłopem przeciw przyrodzeniu sprawę miał, takowi maią bydż na gardle skazani, a według obyczaiu ogniem maią bydź spaleni, bez wszelakiego zmiłowania i łaski«. Że tych przepisów prawnych trzymano się ściśle, wynika z licznych wyroków, wydanych w różnych sprawach, których protokoły miałem sposobność przejrzeć. I tak za kradzieże (z których wynikła szkoda przekraczała wartość 3 złotych) opiewa wyrok stale »est suspensus« lub »obieszon«; wyrok z r. 1569 na Stanisława Dorsowicza z Opoczna lub wyrok na Andrzeja Pędzichowskiego z Pędzichowa z tegoż roku, wydane przez sąd w Kaźmierzu za popełnione przez nich dwużeństwo, opiewają na ścięcie (»sciętho«). Tak samo opiewa wyrok, wydany za dwużeństwo tamże w r. 1576 na Krzysztofa z Multan. Wyrok wydany tamże w r. 1568 na Bartosza Podliakowicza z Trzcienicza za kradzieże i obcowanie z kozą opiewa »spalony«. Podobnym był wyrok wydany [11]) w roku 1763 w miasteczku Uście Solne na Błażeja Kaczkowskiego za obcowanie z klaczą, przyczem dodano »Taż klacz także, z którą to tenże bezecny uczynek był, ażeby się jakie monstrum z niey nie pokazało, i tey nie przepuszczayąc, ma być także spalona na osobliwym stosie drzew...« Tak więc wyrok nie dozwolił niedobranej parze spłonąć na tym samym stosie!

Wojciech winien był być za same kradzieże, jakich się dopuścił, powieszeniem, ukarany, za dwużeństwo zaś oraz za cudzołóstwo ścięciem. Te dwa ostatnie przewinienia winny mu były być wtedy poczytane, jeżeli sąd dał wiarę jego zeznaniom, t. j., jeżeli uznawał go w myśl przezeń zeznanej opinii pań poznańskich za kobietę. Ponieważ zaś prawo magdeburskie w art. 71., podobnie jak i obecny kodeks karny niemiecki w § 175 zna nierząd przeciwny naturze tylko między mężczyznami, a nie zna i nie karze nierządu między kobietami, przeto sąd w Kaźmierzu, biorąc za podstawę swego wyroku własne zeznania Wojciecha, iż był uznany z ramienia władzy za kobietę, nie mógł go karać za w prawie ówczesnem nieznany nierząd kobiety z kobietą, również nie mógł go karać za nierząd z mężczyznami, skoro się jemu oddawał tylko z konieczności, jako prawnie uznany za kobietę i prawnie w kościele dwom pierwszym mężom poślubiony. Skoro zaś mimo oparcia się na jego zeznaniach, ukarał go ów sąd karą przepisaną dla odszczepieńców wiary, czarowników, trucicieli, sodomitów i notorycznych mężczyzn, obcujących płciowo z mężczyznami, to widać stąd, że na srogi ten wyrok mogła wpłynąć tylko jego w myśl zeznań własnych wątpliwa płeć, a więc obojnactwo wrzekome. Wiadomo zaś, że, o ile nawet obecnie los takiego obojnaka, którego płeć istotna za późno będzie określona, nie jest godny zazdrości, w wiekach ubiegłych był o tyle więcej dotkliwy. Już Romulus miał nakazać, aby obojnacze dzieci

[9]) Obacz Neugebauera: Hermaphrodismus beim Menschen. Leipzig 1908.

[10]) Porządek sądowy spraw mieyskich prawa magdeburskiego w koronie polskiej w Krakowie drukowany r. p. 1616. Przedruk w Przemyślu r. p. 1760. — Ius Sredense theutonicum vel saxonicum nadał Krakowowi Bolesław Wstydliwy r. 1279, zaś wyższe prawo magdeburskie (apelacyą) wprowadził Kazimierz Wielki r. 1355.

[11]) Dr Zofia Daszyńska-Golińska: »Uście Solne«. Studium archiwalne. Kraków. Akad. Um. 1906.

w morzu uroczyście przy pochodzie 27 dziewic, modlących się do Junony, topiono. Później miano obojnaków bądź gładzić ze świata, bądź też porzucać na bezludne wyspy, Chrześcijański władca Konstantyn W. polecił ich zabijać. Indyanie zaś z Florydy skazywali ich na ciężkie roboty i na zajmowanie się grzebaniem zmarłych [12]). Te srogie zarządzenia względem obojnaków wynikały z przekonania, że są oni dziełem złego ducha. W czasach późniejszych, a nawet jeszcze w 17. wieku palono obojnaków, zwłaszcza, jeźli po wybraniu sobie płci i po złożeniu przysięgi, że tylko obranej płci w życiu płciowem będą powolni, przysiędze tej się sprzeniewierzyli [13]). I tak skazał w r. 1602 paryski parlament pewnego obojnaka na spalenie dlatego, że czynił użytek z płci swej, z której zrezygnował. Jeszcze w drugiej połowie 18. wieku uwięziono w Lugdunie niejaką Annę Grandjean za to, że jako obojnak żeński wstąpiła w związek małżeński w charakterze mężczyzny; skuta w kajdany osądzona została na postawienie pod pręgierz z tablicą i napisem na niej »profanateur du sacrament de mariage«, na chłostę i wyświecenie [14]). I socyalnie i cywilnie byli także obojnacy w dawniejszych czasach dotkliwie ukróceni, wszakże obojnak »an muneribus publicis, civilibus, ecclesiasticis fungi queat, an succedat in feudis, an potest esse medicus, advocatus, rector universitatis« (sic!). Jak dalece do niedawna odnoszono się z pogardą do obojnaków, wynika stąd, że nazwanie kogoś obojnakiem stanowiło ciężką i surowo karaną obelgę. W dowcipny sposób stanął sąd angielski na wyższem stanowisku w przypadku jednym podobnej skargi, wniesionej przez pewnego tancmistrza. Oto oddalił go z jego skargą o ubliżenie jego czci przez nazwanie go obojnakiem, motywując wyrok uwalniający tem, że nazwa »obojnak« nie może ubliżać tancmistrzowi, albowiem ten, o ileby był obojnakiem w istocie, byłby bieglejszym w swym kunszcie [15]).

Rozpatrując te smutne dzieje paryasów przyrody, jakże szczęśliwymi czuć się musimy, że światło naukowej prawdy wyzwoliło nas z tej powodzi błędów i pomroku. A zarazem, spoglądając wstecz na prawa i ustawy długich wieków ubiegłych, czyż nie trafnemi nazwać musimy słowa Goethego:

»Prawa, ustawy, to wątki dziedziczne,
Ciągną się niby choroby chroniczne;
Z miejsca na miejsce wsiąkając głęboko
Zwolna od rodu do rodu się wloką.
Rozum w nierozum, cześć w plagę przechodzi.
Biada ci, żeś jest wnukiem, biada, biada!
Bo o tem prawie, które z nami się współrodzi,
Ani pytania nikt sobie nie zada« [16]).

[12]) Kaplan: Hermaphroditismus und Hypospadie. Inaug.-Dissert. Berlin 1895 i Neugebauer l. c.

[13]) To zobowiązywanie obojnaka do wyboru płci wynikało niewątpliwie z przepisu prawa rzymskiego: »Quaeritur, hermaphroditum cui comparamus? et magis puto ejus sexus aestimandum, qui in eo praevalet«.

[14]) Strassmann: Lehrb. d. gericht. Med. Stuttgart, 1895. Na podobną karę skazał w r. 1578 sąd w Kaźmierzu Reginę Kisielową za to, że »zastana jest na cudzołostwie z młodzieńcem i poimano ią z urzędu.... U pręgi sieczona y z miasta wyświecona« (Akta karne Kazimierza). W każdym razie był to wyrok łagodny, bo prawo nakazywało ukarać ją gardłem przez ścięcie.

[15]) Schauenstein: Lehrb. der ger. Med. Wien 1875.

[16]) Faust. Część I. Przekład F. Jezierskiego. Warszawa 1880.

Z pracowni Prof. E. Miecznikowa w Instytucie Pasteura w Paryżu.

W sprawie nadwrażliwości drobnoustrojowej (anafilaksyi bakteryjnej).

Podał

Dr Jan Studziński.

Kraus i Doerr (1) zwrócili w 1908 roku uwagę, że przez wprowadzenie niewielkiej ilości zabitych drobnoustrojów pod skórę można uczynić świnki morskie nadwrażliwemi na ponowne po pewnym przeciągu czasu śródżylne wprowadzenie większej ilości tychże drobnoustrojów, gdy natomiast wprowadzenie innych drobnoustrojów takiego skutku nie wywiera. Ponieważ Weil i Braun (2) podali w wątpliwość istnienie nadwrażliwości drobnoustrojowej wogóle a Delanoë (3) zaprzeczył jej swoistości w szczególności, przeto Hołobut (4) poddał tę sprawę ponownemu zbadaniu w pracowni Prof. Paltaufa i znalazł, że rzeczywiście jednokrotne wprowadzenie drobnoustrojów pod skórę w celu przygotowawczym jest niedostateczne. Wobec tego postanowił Hołobut przygotowywać zwierzęta dziesięciokrotnem, przez 10 dni z rzędu powtarzanem, podskórnem wprowadzaniem niewielkiej ilości zabitych drobnoustrojów, by potem po 2—3 tygodniach wprowadzić śródżylnie ilość drobnoustrojów 50—100-kroć większą. Wtedy udaje się spostrzegać objawy nadwrażliwości, i to przytem dość swoistej, albowiem Hołobut spostrzegał brak swoistości tylko w dwóch przypadkach: morska świnka (bez numeru), przygotowana zapomocą lasecznika okrężnicy, wykazała nadwrażliwość na wprowadzenie lasecznika duru brzusznego, druga zaś (N 156), odwrotnie, przygotowana zapomocą lasecznika duru brzusznego, wykazała nadwrażliwość wobec lasecznika okrężnicy. Spostrzeżenia Hołobuta zostały następnie potwierdzone przez Krausa i ks. Amiradżibi (5), którzy na mocy swoich doświadczeń przyznali, że nadwrażliwość drobnoustrojową, tak czynną, jak i bierną, spostrzega się stale i że jest ona ściśle swoistą.

Wobec atoli różnicy poglądów na daną sprawę Krausa i jego uczniów z jednej strony, a Weila i Brauna, Delanoë, Friedbergera i innych z drugiej, należało przypuszczać, że ta różnica zależy albo od tego, że przeciwnicy Krausa wykonują swoje doświadczenia w inny sposób, niż to czyni sam Kraus, albo może od tego, że Kraus zanadto uogólnia otrzymywane wyniki. Za poradą więc Prof. A. Bezredki postanowiłem wyjaśnić tę sprawę, ściśle trzymając się sposobu, wskazanego w pracy Krausa i ks. Amiradżibi (5). W tym celu wziąłem dwie odmiany lasecznika okrężnicy: »B. coli Loire« i »B. coli J.«. Należy tylko zaznaczyć, że za 1 cm. sz. hodowli uważałem 24-godzinną hodowlę na skośnym agarze w probówce. Hodowlę tę zmywałem rozczynem fizyologicznym soli kuchennej i otrzymaną zawiesinę drobnoustrojów zabijałem, ogrzewając na łaźni wodnej w ciągu 1 godziny przy 70° C.

Spostrzegane u morskiej świnki objawy nadwrażliwości uważałbym za stosowne z punktu widzenia klinicznego podzielić na trzy grupy, wyraźnie zarysowujące się, jak to widać z niżej przytoczonego: 1) Nadwrażliwość I stopnia (zwierzę trochę niespokojne, często obciera łapką pysk,

kicha, poczem stosunkowo prędko powraca do stanu prawidłowego). 2) Nadwrażliwość II stopnia (zwierzę wyraźnie niespokojne, oddech przyspieszony, mniej lub więcej wyraźne drgawki, najeżona sierść, niedowład kończyn tylnych, a często i mięśni karku; objawy te stopniowo i powoli ustępują, jednakże zwierzę ginie zwykle w ciągu pierwszej godziny). 3) Nadwrażliwość III stopnia (zwierzę odrazu staje się bardzo niespokojnem, po 15—60 sekundach występują silne drgawki, trwające około 1 minuty, poczem zwierzę wpada w stan odrętwienia i ginie po upływie 2—3 minut, najdalej zaś po 10 minutach; przed śmiercią zwierzę oddycha rzadko i głęboko, 3—4 ostatnie oddechy są częstsze i mniej głębokie. Po otwarciu klatki piersiowej natychmiast po śmierci, dają się zauważyć objawy, opisane przez Auera i Lewisa (6) i Biedla i Krausa (7) przy nadwrażliwości surowiczej, a mianowicie: płuca blade, mocno rozdęte, niezapadające się, jak twierdzą wyżej wymienieni autorowie, z powodu kurczu oskrzeli, serce jeszcze bije, prawa komora i przedsionek mocno rozszerzone i przepełnione krwią).

Przed wprowadzaniem śródżylnem przygotowanym morskim świnkom hodowli lasecznika okrężnicy, wykonałem kilka doświadczeń na świnkach prawidłowych, by przekonać się, jak na nie wpływa wprowadzenie tej lub innej ilości zabitej hodowli. Otóż morska świnka wagi 400 gr., po wprowadzaniu do żyły szyjnej 0·2 cm. sz. zabitej hodowli »B. coli Loire« zginęła po 22 godzinach; 3 świnki, wagi 330—370 gr., po wprowadzeniu 0·25 cm sz., tejże hodowli zginęły po 18—30 godzinach; 2 morskie świnki, wagi 430, 450 gr., po wprowadzeniu 0·5 cm. sz. hodowli zginęły po 6—7 godzinach; dwie zaś morskie świnki, wagi 300 gr. po wprowadzeniu 1·0 cm. hodowli zginęły po 2—4 godzinach. 2 morskie świnki, wagi 400 gr., po śródżylnem wprowadzeniu 0·5 cm. sz. zabitej hodowli »B. coli J.« zginęły po 6—7 godzinach. U żadnej z tych 10 świnek nie spostrzegano najmniejszych nawet objawów nadwrażliwości.

A. Nadwrażliwość czynna.

2 morskim świnkom wagi 270, 280 gr., wprowadziłem do jamy brzusznej po 3 cm. sz. surowicy krwi prawidłowej królika, a po 24 godzinach wprowadziłem im do żyły szyjnej po 1·0 cm. sz. zabitej hodowli »B. coli Loire«. Obie świnki zginęły po 2—3 godzinach, nie okazując żadnych objawów nadwrażliwości.

Jak widzimy z 5 morskich świnek, przygotowanych zapomocą »B. coli J.«, tylko u jednej spostrzegano objawy nadwrażliwości I stopnia po wprowadzeniu 0·5 cm. sz. hodowli »B. coli J.«. Z 25 morskich świnek przygotowanych zapomocą »B. coli Loire«, po wprowadzeniu śródżylnem 0·5 cm. sz. tejże hodowli u 8 nie spostrzegano żadnych objawów, u 3 zaś objawy nadwrażliwości I stopnia, u jednej także objawy nadwrażliwości I stopnia po wprowadzeniu hodowli »B. coli J.«. Wobec więc znacznej ilości ujemnych wyników, postanowiłem przekroczyć dawkę, wskazaną przez Krausa i Amiradżibi i wprowadzać po 1 cm. sz. hodowli; otóż po wprowadzeniu 1·0 cm. sz. hodowli »B. coli Loire« u 3 świnek też nie spostrzegano żadnych objawów, u 2 spostrzegano nadwrażliwość II stopnia, a u 2 nadwrażliwość III stopnia, u jednej zaś po wprowadzeniu 1·0 cm. sz. hodowli »B. coli J.« również spostrzegano objawy nadwrażliwości III stopnia.

TABLICA I.

Ilość morskich świnek	Waga w gramach	W jaki sposób przygotowywano morskie świnki	Czas wykonania doświadczenia	Ilość cm sz. zabitej hodowli B. coli Loire, wprowadzonych do żyły szyjnej	Ilość cm sz. zabitej hodowli B. coli J., wprowadzonych do żyły szyjnej	Wyniki
3	360—550	Wprowadzano do jamy brzusznej codziennie od 5/XI do 14/XI po 0·01 cm sz. zabitej hodowli B. coli Loire	29/XI	0·5		Żadnych objawów.
1	500	»	»		0·5	» »
1	520	»	»	»		Nadwrażliwość I. stopnia.
2	400, 440	Wprowadzano codziennie od 5/XI do 14/XI pod skórę po 0·01 cm sz. zabitej hodowli B. coli J.	»	»		Żadnych objawów
2	390, 410	»	»		»	» »
1	320	»	»		»	Nadwrażliwość I. stopnia.
6	410—600	Wprowadzano codziennie od 5/XI do 14/XI pod skórę po 0·01 cm sz. zabitej hodowli B. coli Loire	»	»		Żadnych objawów
3	390—420	»	»	»		Nadwrażliwość I. stopnia.
1	400	»	»		»	» »
2	290, 415	Wprowadzano codziennie od 5/XII—14/XII pod skórę po 0·01 cm sz. zabitej hodowli B. coli Loire	30/XII	»		Żadnych objawów.
3	280—400	»	»	1·0		» »
2	550, 580	»	»	»		Nadwrażliwość II. stopnia.
2	400, 410	»	31/XII	»		Nadwrażliwość III. stopnia. (śmierć po 3')
1	450	»	»		1·0	Nadwrażliwość III. stopnia. (śmierć po 3')

Z tego wynika, że przygotowanie morskich świnek zapomocą wprowadzenia hodowli drobnoustrojów bądź pod skórę, bądź do jamy brzusznej, w jednakowym stopniu usposabia je do nadwrażliwości. Dawka atoli, potrzebna dla wywołania nadwrażliwości, powinna być odpowiednio duża, lecz pomimo nawet odpowiedniej dawki spostrzega się przypadki ujemne, również jak spostrzega się objawy nadwrażliwości i wobec innej hodowli. To dowodzi, że nadwrażliwość drobnoustrojowa czynna nie jest zawsze stałą i ściśle swoistą.

B. Nadwrażliwość bierna.

Wprowadziłem królikowi pod skórę 7. XI. 0·1, 17. XI. 0·2, 18. XI. 0·2, 23. XI. 0·5, 29. XI. 0·5 i 5. XII. 1·0 cm. sz. zabitej hodowli »B. coli Loire«. 17. XII., 21. XII., 3. I. i 14. I. surowicę, uzyskaną z krwi tego królika, wprowadzałem morskim świnkom do jamy brzusznej, a po 24 godzinach wprowadzałem im do żyły szyjnej hodowlę lasecznika okrężnicy.

TABLICA 2.

Ilość morskich świnek	Waga w gramach	Kiedy wzięto krew i zdolność aglutynacyjna surowicy	Wprowadzono cm sz. do jamy brzusznej	Czas wykonania doświadczenia	Ilość cm sz. zabitej hodowli B. coli Loire, wprowadzonych do żyły szyjnej	Ilość cm sz. zabitej hodowli B. coli J., wprowadzonych do żyły szyjnej	Wyniki
1	480	17/XII (1:100)	3·0	19/XII	0·5		Żadnych objawów
1	490	»	»	»		1·0	» »
1	470	»	»	»	»		Nadwrażliwość II. stopnia.
2	480, 580	»	»	»	1·0		» »
1	700	»	»	»	»		Nadwrażliwość III. stopnia (śmierć po 6′)
2	410, 500	»	2·0	20/XII	»		Nadwrażliwość I. stopnia
1	410	21/XII (1:100)	3·0	23/XII	0·5		» »
2	340, 350	»	»	»	1·0		Nadwrażliwość III. stopnia (śmierć po 2′ 30″)
1	220	3/I (1:200)	3·0	5/I	»		Nadwrażliwość III. stopnia (śmierć po 3′)
1	280	»	2·5	»	0·75		Nadwrażliwość II. stopnia
1	270	»	»	»		1·0	Nadwrażliwość I. stopnia
1	320	»	»	»		0·75	Nadwrażliwość II. stopnia
1	275	14/I (1:100)	3·0	17/I	1·0		Nadwrażliwość I. stopnia
1	265	»	»	»	»		Nadwrażliwość II. stopnia
1	270	»	»	»		1·0	Nadwrażliwość III. stopnia (śmierć po 10′)
1	250	»	»	»		»	Żadnych objawów.

Z pomiędzy więc 14 morskich świnek, którym wprowadzono śródżylnie hodowlę »B. coli Loire«, u jednej nie spostrzegano żadnych objawów, u 4 spostrzegano nadwrażliwość I stopnia, u 4 nadwrażliwość II stopnia i u 5 nadwrażliwość III stopnia. Z pomiędzy zaś 5 morskich świnek, którym wprowadzono śródżylnie hodowlę »B. coli J.«, u 2 nie spostrzegano żadnych objawów, u 1 spostrzegano nadwrażliwość I stopnia, u 1 nadwrażliwość II stopnia i u jednej nadwrażliwość III stopnia. Z tego wynika, że nadwrażliwość drobnoustrojowa bierna również nie jest stała, chociaż bezwarunkowo zdarza się częściej niż czynna, lecz również jak czynna nie jest ściśle swoista. Przytem i tu nie spostrzegano wielkiej różnicy w zależności od wielkości dawki, a w niektórych nawet przypadkach mniejsza dawka wywoływała cięższe objawy, niż większa.

Wszystko to razem wzięte każe przypuszczać, że w sprawie nadwrażliwości drobnoustrojowej ogromną rolę odgrywa indywidualność morskich świnek, dzięki której jedne z nich wcale nie oddziałują, drugie zaś oddziałują w ten lub inny mniej lub więcej ciężki sposób. Co do braku zaś ścisłej swoistości nadwrażliwości drobnoustrojowej, to wobec tego, że w tym kierunku ani ja, ani inni nie robili odpowiednich poszukiwań, można tylko przypuszczać, że ten brak zależy od bliższego pokrewieństwa i podobieństwa grup chwytnych (receptorowych), użytych przez nas odmian lasecznika okrężnicy.

Jednakże na mocy naszych doświadczeń, dwóch wyżej przytoczonych przypadków Hołobuta, a także na mocy danych Weila i Brauna i Delanoë, należy przyznać, że nadwrażliwość drobnoustrojowa tak czynna, jak i bierna, nie może być wywołana tak ściśle prawidłowo, jak to widzimy przy nadwrażliwości surowiczej, a również nie może być uznana za ściśle swoistą.

Piśmiennictwo. 1) Kraus und Doerr. Wiener klin. Wochenschrift, 1908. — 2) Weil und Braun. Folia serologica, 1909. — 3) Delanoë. Comptes rendus de la Société de Biologie, 1909. — 4) Hołobut. Zeitschrift für Immunitätsforschung, 1909, Orig. Bd. 3. — 5) Kraus und Fürst Amiradżibi. Zeitschrift für Immunitätsforschung, 1909, Orig. Bd. 4. — 6) Auer and Lewis. Journ. of Amer. med. Assoc. 1909. — 7) Biedl und Kraus. Wiener klinische Wochenschrift, 1910.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

A. J. Laptrin. **W sprawie rozpoznawczej i prognostycznej wartości odczynu ocznego przy gruźlicy płuc.** (Wraczebn. Gaz. 1911, Nr 3). Autor stosował odczyn Calmettea (1% »Tuberkulintest«) przeważnie u chorych z wyraźną czynną gruźlicą 210 razy. Powikłań prócz zapalenia spojówki różnego natężenia, nie było. Wyniki rozpoznawcze mniej więcej takie, jak u innych autorów (ujemny odczyn u stanowczo gruźliczych około 5,5%, a dodatni u klinicznie zdrowych w 18,5% przypadków). Stąd wniosek, że masowe szczepienie u zdrowych ludzi niema uzasadnienia, natomiast, jako przyczynek do innych objawów

gruźlicy, ma ważne znaczenie rozpoznawcze i w takiem zastosowaniu daje mniejszy odsetek pomyłek.

Na podstawie doświadczenia, iż u chorych gruźliczych odczyn wypada tem słabiej, im dalej jest posunięta sprawa gruźlicza, zaczął autor stosować go w celach prognostycznych. Rozróżnia on w tym kierunku 5 stopni odczynu: 1) silny, 2) dodatni, 3) słabo dodatni, 4) wątpliwy, 5) ujemny. Z liczby chorych, u których odczyn był silny i dodatni (NN 1 i 2) wyszło z oddziału ze znaczną poprawą 78%; z liczby zaś chorych ze słabym lub ujemnym odczynem (NN 3, 4, 5) — 61% wyszło bez poprawy lub umarło, a także u reszty 39% nie było znacznej poprawy. Uwzględniając, że złe rokowanie zależy nieraz nie od gruźlicy, lecz od zakażenia »mieszanego« i innych powikłań, to odczyn daje mylne rokowanie mniej, niż w 12%, i ma w tym kierunku, szczególnie w związku z innymi objawami podmiotowymi i przedmiotowymi, nadzwyczaj ważne znaczenie, ważniejsze może nawet, niż jako środek rozpoznawczy. Dr T. Makowski.

Bożewski. **Odczyn Pirqueta, jako sposób rozpoznawania gruźlicy wogóle.** (Wraczebn. Gaz. 1911, Nr 3 i 4). Autor przedstawia wyniki stosowania odczynu u 409 chorych wszystkich oddziałów szpitala wojskowego i wogóle potwierdza wnioski innych autorów. Dr T. Makowski.

Hercen. **Przypadek ostrego krwotocznego zapalenia trzustki.** (Medicinsk. Obozr. 1911, Nr 1). 24-letnia szwaczka, nadużywająca alkoholu; początek choroby nagły; silne bole brzucha, wymioty; różniczkowanie trudne; choroba przypomina obraz ostrej niedrożności jelit. Operacya przez otwarcie jamy brzusznej, drenowanie; wyzdrowienie po 3 miesiącach. Autor zastanawia się nad teoryami zapalenia krwotocznego trzustki. Teorya samotrawienia gruczołu (Chiari, Truhard, Hildebrand) nie wytrzymuje krytyki; zakażenie, idące z dróg żółciowych, przenikanie żółci do przewodu Wirsunga, przenikanie soku żołądkowego, soku dwunastnicy (enterokinaza Pawłowa) — oto przyczyny ostrego krwotocznego zapalenia trzustki (Opie, Guleke, Flexner, Oser, doświadczenia Hlavy, Polya). Soki trawienne, przenikając do trzustki, aktywują jej zaczyny: trypsyna niszczy tkankę, a steapsyna, działając na tłuszcze i komórki, wytwarza glicerynę i mydła, wywołujące zapalenie. Autor jest zwolennikiem operacyi. Doberauer za rok 1906 przytacza 22 przypadki ostrego zapalenia, wyleczone przez operacyę. Zjawiska wstrząsu tłómaczy podrażnieniem splotu trzewnego, albo samozatruciem trypsyną, lub mydłami (Aschalme, Guleke, Bergman). Odczyn Cammidgea nie jest znamiennym dla chorób trzustki, jednak w ogólnym zbiorze objawów ma pewne znaczenie rozpoznawcze (Kehr). Tomasz Cichocki.

Fischer. **Wpływ apetytu na czynność żołądka i znaczenie tego dla czynnościowej dyagnostyki żołądka.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 7). Chcąc przy próbach żołądkowych osiągnąć dokładne wyniki badania, powinniśmy brać w rachubę i wpływy psychiczne, zwłaszcza apetyt, albowiem podając choremu to, do czego czuje on wstręt, otrzymać możemy przy badaniu wyniki zupełnie mylne. Z tego powodu podaje F. badanym nie szablonowe śniadanie, lecz do wyboru: 1) z płynów: mleko, kawę, kakao, bulion lub limonadę (po 300 cm³), 2) bułkę lub chleb z masłem, 3) skrobane mięso, szynkę, dwa jaja, śledzia lub kiełbasę. — Przy porównaniu badań ze śniadaniem szablonowem i dobieranem przekonał się F., że śniadanie dobierane daje o wiele cenniejsze i dokładniejsze wyniki, wykazując kwaśność, nawet wzmożoną, tam, gdzie przy zwykłem badaniu brak było kwasu solnego. A.

Gross. **O bezpośredniem przemywaniu** (lavage) **dwunastnicy.** (Münch. mediz. Wochs. 1911, Nr 7). Drogą niejako pośrednią przemywamy dwunastnicę, wprowadzając naczczo do żołądka w dużych ilościach płyny, n. p. wodę karlsbadzką. — Nietylko jednak pośrednio udaje się podług G. przemywać dwunastnicę, ale i nawet bezpośrednio. Technika zaś jest następująca: Chory połyka zgłębnik żołądkowy, obciążony srebrną kulą, do marki 45 cm. Potem, gdy już zgłębnik jest w żołądku, kładzie się chorego na bok prawy i wprowadza zgłębnik aż po markę 60 cm (t. j. odźwiernik). Wtedy zaczynamy wprowadzać zgłębnik zwolna dalej, co zwykle udaje się do marki 70—80 cm. Wtedy obciążony zgłębnik napewno jest w dwunastnicy. Po 20—30 minutach zaczynamy aspiracyę i ewentualne przepłukiwanie dwunastnicy, otrzymując przytem charakterystyczny płyn, oddziałujący zasadowo. Płyn do jelita czczego nie przechodzi z dwunastnicy odrazu, lecz częściami udaje się go z powrotem nieraz wyciągnąć wspólnie z treścią. — Bardzo jest możliwem, że przemywania te znajdą zastosowanie lecznicze przy różnych cierpieniach, jak nieżycie dwunastnicy, żółtaczce, cukrzycy, kamicy żółciowej i t. p. K.

Wenulet i Dmitrowskij. **O stanie substancyi chromochłonnej nadnerczy przy głodzeniu i pod wpływem jodku potasu.** (Medic. Obozr. 1911, Nr 1). Korowa substancya nadnerczy zobojętnia trucizny, pochodzące z zewnątrz i z samego ustroju, wydziela pierwiastek skrzepiający ustrój (adrenalinę), utrzymując ciśnienie krwi na pewnym stałym poziomie; ta czynność nadnerczy złączona jest ściśle z chromochłonną zdolnością komórek (chromaffinitas). (Doświadczenia Schura, Wieesa). Przy głodzeniu królików przekonali się autorzy, że substancya chromochłonna znika; wstrzykując adrenalinę na 8, 9, 10. dzień głodzenia po 0,10, 0,15, 0,20 przedłużali oni życie królików o 1—1½ dnia; substancya chromochłonna nie zjawiała się w nadnerczach. Schur, Wieesl, Hornowski znaleźli zmniejszenie się substancyi chromochłonnej przy chloroformowaniu i znikanie jej w przypadkach, zakończonych śmiercią. Jodek potasu zmniejsza ilość substancyi chromochłonnej, czem może da się wytłómaczyć działanie jego przy miażdżycy tętnic. Tomasz Cichocki.

Nicolle, Conor i Conseil. **Badania doświadczalne w sprawie duru osutkowego, wykonane w zakładzie Pasteura w Tunisie w r. 1910.** (Annal. de l'Inst. Pasteur 1911, Nr 1 i 2). Autorowie dochodzą do następujących wyników: 1) Dur osutkowy da się przenieść z człowieka na szympansa i kilka innych gatunków małp (głównie macacus); inne zwierzęta, prócz świnek morskich, wcale nie są na zarazek wrażliwe. 2) Szympans jest na zarazek wrażliwszy od innych małp i ulega zakażeniu już po wstrzyknięciu podskórnem 1 cm³ krwi człowieka chorego. Zakaźność krwi zdaje się wzrastać ku końcowi okresu gorączkowego. 3) Objawy choroby u małp sztucznie zakażonych są prawie takie same, jak objawy duru osutkowego u dzieci. 4) Z małp, zakażonych sztucznie, da się zakażenie przenosić na inne małpy. Przenoszenie takie powiodło się autorom na szeregu, złożonym z 9 małp, należących do 4 gatunków. 5) Krew zakaża od pierwszych godzin gorączki, aż do okresu zdrowienia. 6) Przebycie sztucznego zakażenia durem osutkowym w postaci ciężkiej wytwarza u małp bardzo szybko odporność na ponowne zakażenie; przebycie lekkiego zakażenia wytwarza odporność tylko wyjątkowo. 7) Surowica ozdrowieńców — ludzi i małp — ma wybitne własności zapobiegawcze i lecznicze zarówno wobec zakażenia sztucznego u małp, jak i wobec naturalnego zakażenia u ludzi. Własności te surowicy, wyraźne 10—12. dnia po spadku gorączki, nikną potem bardzo szybko, tak że już w 15—20. dniu surowica staje się bezskuteczną. Stwierdzenie tych faktów może służyć za podstawę leczenia duru osutkowego u ludzi zapomocą surowicy ozdrowieńców. 8) Ani mikroskopowo, ani ultramikroskopowo nie wykryto we krwi chorych żadnego mikroba. 9) Niefiltrowana surowica, uzyskana z krwi chorych przez odwirowanie krwi odwłókniónej, a zawierająca nieco krwinek i ich szczątki, zakaża małpy; natomiast nie zakaża ich surowica niefiltrowana, ale uzyskana przez skrzepnięcie krwi i niezawierająca krwinek, ani ich szczątków. 10) Surowica odwirowana, a przecedzona przez sączek Berkefelda, nigdy ani nie zakażała, ani nie uodporniała małp.

Surowica zaś uzyskana przez skrzepnięcie krwi, a przecedzona przez sączek Berkefelda, okazała w jednem doświadczeniu autorów własności uodporniające. Zdaniem autorów, to jedno doświadczenie dodatnie wystarcza jako dowód, że zarazkiem duru osutkowego jest jakiś mikrob, przechodzący przez filtry. Nie przechodzi on przez filtry przy użyciu surowicy uzyskanej przez odwirowanie tylko dlatego, że szczątki komórek i kolloidy, zawarte w takiej surowicy, zatykają pory filtrów i nie dozwalają przejść przez nie mikrobom. Autorowie przypuszczają, że zarazek duru znajduje się we wnętrzu komórek krwi. 11) Zarazek ginie przy ogrzaniu krwi do 50—55° C. 12) Surowica krwi nie działa na zarazek zabójczo. 13) Badając epidemie duru w Tunisie, panujące od r. 1906, doszli autorowie do wniosku, że przenośnikiem duru osutkowego są pasorzyty ludzkie i to wszy, a w czterech przypadkach stwierdzili wprost tę rolę wszy w szerzeniu się choroby. To spostrzeżenie powiodło się potwierdzić zapomocą doświadczenia; mianowicie autorowie zdołali u 4 małp wywołać zakażenie zapomocą wszy, które poprzednio zakazili od małp chorych. Stwierdzili przytem, że wesz może zakazić tylko w 5—7. dniu od czasu, gdy sama została zakażona, coby wskazywało, że zarazek przebywa w ciele wszy pewien typowy rozwój. Wesz może się zakazić nietylko krwią człowieka wyraźnie chorego, ale także krwią człowieka, będącego w okresie wylęgania się choroby, oraz ozdrowieńca. 14) Liczba ciałek białych zmienia się przy durze osutkowym w sposób stały, a znamienny: po zaszczepieniu zarazka następuje leukocytoza, potem powrót do normy, następnie leukopenia przy końcu okresu wylęgania i w pierwszej części okresu gorączkowego, wreszcie ponowne wzmożenie się ilości ciałek białych, przeciągające się aż w okres zdrowienia i znikające dopiero w miesiąc od końca choroby. 15) Autorowie stwierdzili, że dur osutkowy występuje także u dzieci, a przebiega u nich łagodnie, i że oseski są odporne. — W końcu zapowiadają autorowie dalsze publikacye, omawiające dokładniej hematologię duru osutkowego, sprawę aglutynacyi i zakażenie świnek morskich. C.

Urriola. **O nowym objawie znamiennym zimnicy.** (Semaine méd. 1911, Nr 1). Autor podaje, że u chorych dotkniętych zimnicą, napotkał w osoczu krwi lub w osadzie moczowym znamienne ziarna barwika, których u zdrowych nie spostrzegał nigdy, a u chorych dotkniętych zimnicą dostrzegał także i wtedy, kiedy badanie zwyczajne krwi daje wynik ujemny. Barwik ten czarny, czy to w moczu, czy w osoczu krwi, napotykamy bądź w postaci mniejszych lub większych ziarn, skupionych w grupki, bądź też w postaci dużych mas wielokształtnych, albo też w postaci ziarn zawartych w leukocytach lub wałeczkach szklistych. Prócz tych, zazwyczaj obfitych ziarenek barwika czarnego, napotyka się stale także barwik niebieski w małych ilościach, a niekiedy także barwik żółty. — Objaw ten oddaje znaczne usługi, zwłaszcza w zimnicy utajonej lub w postaciach niezupełnych choroby. Technika badania jest bardzo prosta. Po nakłuciu małżowiny usznej nabiera się kilka kropel do rurki 5 cm długiej o przekroju 8-milimetrowym, wypełnionej w jednej trzeciej części lub do połowy rozczynem fizyologicznym soli lub jakimkolwiek innym płynem konserwującym krwinki. Po 5 minutach centryfugowania bada się jedną kroplę z dna probówki. — O wiele prostsze i łatwiejsze jest badanie osadu moczowego, który się również centryfuguje przez 5 minut, a które ma jeszcze tę zaletę, że w moczu bywa znacznie więcej znamiennego barwika. Dr Blassberg.

Bürgi. **O farmakologicznem znaczeniu mieszanki leków.** (Tow. lek. berlinsk. 1911, 25. I.). W dawniejszych czasach stosowano przeważnie środki mieszane, bo nawet nie znano czystych przetworów. Obecnie stosujemy zamiast leków surowych, przeważnie chemicznie czyste alkaloidy. Wprawdzie przez to opanowaliśmy dawkowanie, ale nie można powiedzieć, by wyniki leczenia czystymi przetworami były lepsze od stosowania n. p. ziół naturalnych, a to z tej przyczyny, że lepiej i silniej działa często pewna kombinacya leków, niż pojedyncze składniki. To znowu naprowadziło na polecenie kombinowanych środków i mieszanin (n. p. pantopon, digipurat i t. p.). Na mocy 1500 doświadczeń przekonał się Bürgi, że o ile do uśpienia stosuje się środki działające na różne narządy, można przez kombinacyę leków osiągnąć efekt znacznie mniejszemi dawkami, niż suma leków użytych, czyli że działanie ich się potęguje. Tak samo spostrzegać można takie spotęgowane działanie przy kombinacyi innych leków, n. p. moczopędnych. Lepiej działa każdy lek, podawany często w małych dawkach, niż naraz w dużej dawce. Napary dlatego działają dobrze, bo zawierają substancye, które zostają wessane w różnych odstępach czasu, a nie naraz, jak to się dzieje przy czystych przetworach. Prócz tego zawierają napary różne bliżej nam jeszcze może nieznane, a skuteczne składniki, podobnie jak naturalne wody mineralne. Wiele środków działa lepiej przy stosowaniu podskórnem, niż śródżylnem, a to właśnie dlatego, że przy podskórnem stosowaniu zwolna, ale systematycznie dostają się do ustroju. K.

Ortner. **Leczenie stwardnienia tętnic.** (Jahreskurse f. ärztliche Fortbildung 1911, Nr 2). Autor stoi na stanowisku, że tylko chorobowe stwardnienie tętnic należy poddać leczeniu. Podawanie jodu w wieku podeszłym, n. p. w wieku ponad 60 lat, jest zbyteczne, a może być nawet mocno szkodliwe. Tak samo uważa O. podawanie jodu za przeciwwskazane przy silnej niedokrwistości i charłactwie, wywołanem przez stwardnienie tętnic, przy marskości nerek, i przy nadmiernej wydzielinie gruczołu tarczowego (hyperthyreoidismus, choroba Basedowa, wole). Podawanie jodu racyonalne powinno trwać conajmniej przez 2—3 lat, z opuszczaniem 2—3 dni w tygodniu. O. poleca 1 łyżkę stołową dziennie rozczynu jodku potasowego 5: 150 z dodatkiem 10 gramów dwuwęglanu sody, przyczem poleca jeszcze po wypiciu zażyć szczyptę sody. Przy istniejącem osłabieniu serca radzi zamiast jodku potasu stosować jodek sodowy lub rubidowy w takiej samej ilości, albo też sajodynę (aż do 6 pastylek półgramowych dziennie), jodglidynę (2—6 pastylek $^1/_2$ gramowych dziennie), jodomeninę (do 6 pastylek $^1/_2$ gramowych dziennie). Tam, gdzie nie można podawać jodu wewnętrznie, radzi O. co drugi lub trzeci dzień wstrzyknąć podskórnie lub śródmięśniowo jodypinę, albo też wcierać codziennie w inne miejsce skóry 4 gramy jothionu, zmieszanego z takąż samą ilością oliwy, waseliny lub lanoliny. — Przy leczeniu jodem należy kontrolować wagę ciała chorych, a w razie stałego ubytku wagi ciała radzi Ortner leczenie to przerwać, a zastąpić je przez żelazo, arsen i korę chinową. — Doprowadzanie tak zwanych soli fizyologicznych (sól, względnie surowica Trunečka, antysklerozyna, regenerol) uważa O. za bezpodstawne. — Stale wygórowane parcie należy zwalczać, wstrzykując wasotoninę po 1 cm³ i to w ilości 20—30 wstrzyknięć, lub podając wewnętrznie czystą teobrominę (theobrominum purum), diuretynę lub agurynę w ilości 1—1·5 grama dziennie w trzech dawkach. Przy duszniey bolesnej poleca O. na pierwszem miejscu nitroglicerynę w rozczynie alkoholowym 1% (do 5 kropel), a nie w tabletkach, obok tego azotyn amylowy. — Skoro te leki zawiodą, należy wstrzyknąć morfinę lub pantopon, a równocześnie kofeinę, kamforę lub strofantynę (śródżylnie). Nadto zachwala O. przy dusznicy naparstnicę lub digipuratum (0·1) w kombinacyi z kofeiną, diuretyną lub aguryną. Celem zapobieżenia nawrotom dusznicy radzi O. podawać czystą teobrominę, diuretynę, agurynę, teocynę, eusteninę i dyspnon do 1·5 gr dziennie przez szereg tygodni i miesięcy. — Ortner gorąco też poleca środek angielski »erythroltetranitrat« (0·1 na 20 pigułek 3 r. dz. 1 pig.), który działa wprawdzie powoli, lecz wybitnie. — Przy objawach niedomogi sercowej należy podawać przetwory naparstnicy wraz z teobrominą. Przy dychawicy sercowej (asthma cardiacum) morfina działa wręcz

leczniczo jako lek skrzepiający (tonicum) dla serca i mózgu. Przy objawach t. zw. »dyspragia intermittens arteriosclerotica« poleca O. kombinacye jodu i teobrominy. Bezsenność przy stwardnieniu tętnic należy zwalczać, celem uniknięcia następowego charłactwa i osłabienia w narządzie krążenia. Prócz zwykłych przepisów higienicznych stosuje O. co trzeci dzień kombinacyę małych dawek środków nasennych (brom, trional, weronal, medinal, neuronal, bromural, kodeinę). — Przy pełnokrwistości wskazany jest upust krwi. Z zabiegów wodoleczniczych poleca O. zmywania częściowe wystałą wodą, letnie kąpiele i półkąpiele. — Kąpiele z kwasem węglowym są przeciwwskazane przy silnej niedomodze serca, po krwotokach mózgowych, podczas dusznicy bolesnej, przy marskości nerek ze znacznem parciem, oraz przy znacznej wrażliwości nerwowej. Natomiast u nerwowych i przy parciu wysokiem z powodu marskości radzi O. stosować kąpiele »ozetowe« (300 gr natrium perboratum + 30 gr manganborat). Leczenia zdrojowe nie są przy stwardnieniu tętnic przeciwwskazane. Mechanoterapia jest wskazana w początkowych okresach cierpienia, a przeciwwskazana przy tętniakach, niedomodze serca i skłonności do napadów dusznicy bolesnej. Co do leczenia klimatycznego, to autor uważa wysokości ponad 1000 metrów przy stwardnieniu tętnic za przeciwwskazane. Pobyt nad morzem północnem i bałtyckiem chorzy źle odczuwają z powodu mocnego falowania morza, silnych prądów powietrznych i wysokiego ciśnienia powietrznego, natomiast pobyt nad morzem południowem znoszą bardzo dobrze. Wiatry działają u tych chorych nadzwyczaj zgubnie, wywołując napady dusznicy, krwotoki mózgowe, oraz osłabienie serca. Dr Blassberg.

Pedyatrya.

Langowoj. **Dalsze spostrzeżenia nad szczepionką Gabriczewskiego.** (Med. Obozr. 1911, Nr 1). Badania, dotyczące działania szczepionki u 970 dzieci w ciągu lat 4 w różnych przytułkach i w praktyce prywatnej, doprowadzają autora do następujących wniosków: 1) Szczepionka Gabriczewskiego, prawidłowo stosowana, jest zupełnie nieszkodliwa. 2) Szczepionkę stosuje się wedle ściśle wypracowanego planu t. j. 3) szczepień dokonywa się zawsze jedną i tą samą szczepionką z tegosamego zakładu bakteryologicznego. Przed rozsyłaniem szczepionki działanie jej wyprobowuje się przynajmniej na 10 dzieciach (silny, słaby lub żaden odczyn). 5) Dlatego w każdej seryi ustala się specyalne dawkowanie. 6) Ponieważ szczepionka traci swoją siłę i skuteczność pod wpływem różnych czynników, należy przy zbiorowych szczepieniach zbadać szczepionkę próbnie przynajmniej na 10 dzieciach. 7) W rodzinach, w których są chorzy na płonicę stosuje się szczepionkę z surowicą (serovaccinatio), t. j. 50 cm³ wypróbowanej surowicy Mosera razem ze zwykłą dawką szczepionki. 8) Szczepionka może być użyta tylko w ciągu 3 miesięcy od czasu przygotowania. 9) Szczepionkę przechowuje się w ciemnem i chłodnem miejscu (8—9° C.). 10) Szczepionkę stosuje się co tygodnia: dzieciom od 6 miesięcy do 2 lat — 0·10, dzieciom od 2 do 5 lat — 0·2, od 5 do 10 lat — 0·30; od 10 do 15 lat — 0·40, dorosłym — 0·50; powtórną dawkę podwaja się w razie słabego odczynu, w razie średniego odczynu powiększa o $1^1/_2$ raza, w razie silnego odczynu stosuje się tę samą dawkę. Te same przepisy dotyczą trzeciego wstrzyknięcia. Okres tygodniowy ustanawia się dlatego, że wstrzykując wcześniej, można natrafić na fazę ujemną, później na okres anafilaktyczny. Tomasz Cichocki.

Baranow. **Dwa przypadki wrodzonej wady serca.** (Medic. Obozr. 1911. Nr 1). Serce pewnego noworodka odpowiadało okresowi 4 lub 5 tygodni życia płodowego; składało się ono z 2 części: przedsionka i komory (serce rybie, cor biloculare). Autor przytacza embryologię serca i odnośną literaturę. Drugi przypadek dotyczy 12-letniego chłopca, u którego było połączenie komór, tętnica płucna zaś była szersza od tętnicy głównej. Tomasz Cichocki.

Marfan. **Leczenie krzywicy.** (Paris med. 1911 Nr 8). Autor uważa zmiany krzywicze za odczyn szpiku kostnego i chrząstek, wywołany przez zatrucie lub zakażenie przewlekłe ustroju dziecka podczas ostatnich miesięcy życia płodowego lub w pierwszych dwóch latach po urodzeniu. Zatrucie lub zakażenie wywołane bywa przez pokarmy, przez powtarzające się schorzenia przewodu pokarmowego, przez kiłę lub gruźlicę. Rzadszą przyczyną bywają liczne ropienia skórne i wypryski lub schorzenia przewlekłe dróg oddechowych. Czynniki powyższe działają zwłaszcza u jednostek dziedzicznie obciążonych, sztucznie karmionych i przebywających w niehigienicznych mieszkaniach. Leczenie racyonalne powinno się zatem głównie zwrócić ku przyczynie schorzenia, istniejącej u danej jednostki. Źródła przewlekłego zatrucia z przewodu pokarmowego usuwamy, podając dziecku pokarm odpowiedni i w odpowiedniej ilości, przyczem jednak powinno być ideałem uzyskanie stałego przyrostu wagi przy najmniejszej ilości pokarmu. Pokarmów, zawierających sole potasowe (ziemniaków), należy unikać. Dla uniknięcia zniekształtnień kostnych należy dzieci trzymać możliwie długo w pozycyi prawie poziomej, układając je to na grzbiecie, to znów na boku. Później nie należy ich długo nosić na rękach i nie pozwolić im zbyt wiele chodzić. Prócz usuwania przyczyny schorzenia i zapobiegania skutkom nader ważną jest rzeczą dążyć do rozwoju ustroju, a zwłaszcza kości, co osiągamy przez podniecanie przemiany materyi zapomocą słonych kąpieli. Marfan zaleca co 2-gi lub 3-ci dzień kąpiel o ciepłocie 35° C. z dodatkiem 1 kilograma soli na 50—60 litrów wody. Czas trwania powinien wynosić 6—12 minut. Po kąpieli poleca on miesienie całego ciała przez przeciąg jednej minuty. Marfan jest zwolennikiem pobytu nad morzem i kąpieli morskich, które w pierwszych 2—3 latach życia powinny być ciepłe. Na drugim planie stawia Marfan zdroje solankowe, które poleca wtedy, gdy pewne stany neuropatyczne, zapalenia oka, lub cieczenie z ucha stanowią przeciwwskazanie dla kąpieli morskich. Z polskich zdrojów wymienia M. Ciechocinek. Dla zdrojów solankowych stanowią, według M., przeciwwskazanie: gruźlica połączona z gorączką, pewne stany nerwowe nie znoszące żadnej podniety, oraz rozległe ropne cierpienia skórne, jak wypryski i t. p. Dr Blassberg.

Dermatologia i syfilidologia.

Wechselmann. **O leczeniu kiły diamidoarsenobenzolem Ehrlicha.** (Derm. Zeit. 1910, str. 463). W. wstrzykuje arsenobenzol w ilości 0·25—0·50, rozpuszczony w wyskoku metylowym z dodatkiem 10 cm³ wody przekroplonej i zobojętniony ługiem sodowym normalnym. Działanie na zmiany pierwotne okazuje się w krótkim czasie, podstawa ich mięknie, owrzodzenia zabliźniają się. Zmiany drugorzędne ustępują również bardzo szybko, daleko szybciej, niż przy dotychczasowem leczeniu, przetwór ten zatem o wiele przewyższa inne środki; zwłaszcza w pewnych przypadkach kiły złośliwej, która dotychczas uchodziła za nieuleczalną, działanie arsenobensolu jest prawie »cudowne«. Na nerw wzrokowy nie działa arsenobenzol nawet wtedy, jeżeli nerw jest schorzały, również nie pogarsza zapalenia nerek, cukrzycy i t. d., jeżeli te istnieją. Z działań ubocznych zaznacza W. tylko bóle, które, aczkolwiek silne, nie są nie do zniesienia, a występują albo odrazu, albo dopiero w 1—3 dni po wstrzyknięciu i trwają średnio 3 doby, oraz nacieki, które prawie stale się pojawiają, ale z czasem same się wsysają. Krętki giną najdalej siódmego dnia, czasem już drugiego dnia nie dadzą się wykazać, ruchy ich wkrótce po wstrzyknięciu arsenobenzolu stają się znacznie powolniejsze, wreszcie ustają zupełnie. H. L. Weber.

Stroschner. **Leczenie kiły wrodzonej i badania serologiczne.** (Dermat. Zeitschr. 1910, str. 485). Na podstawie doświadczenia radzi S. wszystkie dzieci pozornie zdrowe, pochodzące z rodziców, którzy są nawiedzeni kiłą, badać serologicznie, a w razie dodatniego wyniku odczynu Wassermanna (co pojawia się bardzo często) dzieci te ener-

gicznie leczyć. Omawiając różne sposoby leczenia, poleca S. przedewszystkiem w kile wrodzonej wstrzykiwania miąższowe sublimatu w ilości 1—2 milgr., twierdząc, że 4—7 wstrzykiwań, powtarzanych co tydzień, wystarcza, by zmiany ustąpiły, a odczyn W. zmienił się w ujemny; obok tego nie należy zaniedbywać i leczenia miejscowego. W dalszym ciągu swej pracy przytacza S. cały szereg swych spostrzeżeń, dotyczących matek, które, same nie okazując żadnych zmian kiłowych, rodziły dzieci z objawami tej choroby. U matek tych odczyn W. był zawsze dodatni, co zdaniem S. obala twierdzenie, które wypowiedział Colles, iż kiła może przejść z ojca na dziecko, nietykając matki.

H. L. Weber.

Bergrath. **O kile wrodzonej drugiej generacyi.** (Arch. f. Derm. u. Syph. 1911, t. 105). Szeregiem przykładów i statystyk swoich i cudzych popierając i tłómacząc swoje poglądy, wypowiada B. następujące zdania: Rodzą się tylko dzieci kiłowe lub zdrowe, odpornych zaś na kiłę dzieci niema, bo wogóle taka odporność nie istnieje, a co dawniej (nieznając odczynu Wassermanna) za odporność uważano, nie było niczem innem, jak kiłą istniejącą — przyczajoną, bez objawów zewnętrznych. Istnieje odporność, podobnie jak u ludzi gruźliczych, przeciw zakażeniu wtórorzędnemu, ale wywołana istnieniem jadu kiłowego, z wyleczeniem jednak kiły i ta pozorna odporność ustaje. Kiła wrodzona w drugiej generacyi jest możliwą i zdarza się nierzadko. Prawo Collesa, Beaumèa i Profety niema już dzisiaj żadnej podstawy. Dzieci rodziców kiłowych lub co do kiły podejrzanych powinny być zawsze badane próbą Wasermanna, a w razie wyniku dodatniego tej próby, odpowiednio leczone z zachowaniem pewnych środków ostrożności, a więc nie karmione piersią zdrowej mamki i t. d. H. L. Weber.

Schlasberg. **O późnych drugorzędnych zmianach kiłowych.** (Derm. Zeit. 1911, str. 133). Długo utrzymywało się zdanie, iż w 3—4 lata od zakażenia się zmiany drugorzędne już się nie pojawiają. Dopiero w r. 1889 Portalier, a za nim inni statystykami swemi udowadniali, że zmiany kiłowe drugorzędne mogą również zjawić się daleko później. Sch. również spostrzegał takie późne nawroty i to dość liczne; z jego statystyki, przeprowadzonej na przeszło 900 chorych, wynika, iż 16·6% nawrotów choroby, o charakterze zmian drugorzędnych, zjawia się jeszcze po 5 latach, po 6 latach 5·1%, po dziesięciu 1%; w dwu przypadkach zmiany drugorzędne wystąpiły w 20. i 21. roku, licząc od czasu zakażenia się. Nierzadko i w tych późnych zmianach kiłowych dają się wykazać krętki blade, czasem nawet bardzo liczne. H. L. Weber.

Wechselmann. **O liszaju pryszczykowym (impetigo herpetiformis) u ciężarnych.** (Archiv. f. Derm. u. Syph. T. 102). Przyczyną liszajca pryszczykowego, którą autor bardzo szczegółowo w swej pracy opisuje, jest zdaniem jego pewna niedomoga narządów, które mają za zadanie niszczyć toksyny, jak nerek, przysadki mózgowej i t. d. Toksyny owe, dostawszy się do naczyń włosowatych skóry, drażnią je, powodując powstawanie pęcherzyków, wypełnionych jałową ropą, właściwych powyższej chorobie. H. L. Weber.

Prof. Weljaminow. **Dziesięciolecie oddziału fototerapeutycznego i wyniki leczenia tocznia sposobem Finsena.** (Wraczebn. Gaz. 1911, Nr 1—3). Wyniki dziesięcioletniej pracy autora i jego asystentów na polu leczenia tocznia światłem, dadzą się streścić w tych słowach: Sposobem Finsena bezwarunkowo dają się doszczętnie wyleczyć przypadki tocznia (lupus) nietylko w postaci niewielkich ognisk, lecz też bardzo rozległych spraw. Prawdopodobnie też leczenie światłem daje większą odsetkę wyleczeń trwałych, niż inne sposoby — nóż, tuberkulina, promienie Roentgena i t. p. Co do wyników kosmetycznych, to te po sposobie Finsena są bezwarunkowo najlepsze. Żadnego ubocznego szkodliwego działania nigdy nie zauważono. W rzadkich tylko przypadkach światło Finsena nie wywiera żadnego wpływu na sprawę chorobową, ale rozpoznać takie przypadki można dopiero po nieudanem stosowaniu światła. W takich razach należy spróbować innych sposobów. W razie zajęcia błon śluzowych, niedostępnych dla fototerapii, nic innego nie pozostaje, jak uciec się do stosowania promieni Roentgena, radu, przyżegań chemicznych lub termicznych. Przy przerostowej postaci tocznia należy, jako zabieg wstępny, zastosować promienie Roentgena, tuberkulinę i pyrogallol. Usunięcie operacyjne ogniska z następczą plastyką daje wyniki trwałe i powinno być stosowane przy toczniu części ukrytych, gdzie nie chodzi o kosmetykę, i u ludzi, którzy nie mogą — ze względów ekonomicznych lub innych — poddać się długotrwałemu leczeniu światłem. W tym drugim przypadku należy próbować wszystkich dostępnych środków. Stosowanie promieni Roentgena i radu wymaga wielkiej wprawy i co do wyników kosmetycznych nie może współzawodniczyć z metodą Finsena. W końcu zaznacza autor, że w celu przeprowadzenia należytej walki z toczniem należy urządzać przytułki dla nieuleczalnych i zakłady dla chorych niezamożnych, gdzieby tacy niezamożni chorzy oddać się mogli pewnej pracy, mogącej pokryć chociażby część kosztów leczenia. Przy należycie prowadzonej walce z toczniem powinny zniknąć zupełnie, albo należeć do rzadkich wyjątków — przypadki nieuleczalne. M. Łążyński.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Leczenie krwawiączki sposobem Nolfa (wstrzykiwania 10 cm³ 5% peptonu) oddaje podług Plumiera znakomite usługi. (Le scalp. 1910, 10. 6).

Gromadne zatrucia margaryną w Niemczech pochodziły, jak donosi Dunbar, z dodatku tłuszczu z nasion »hydnocarpus«. (Deutsche med. Wochs. 1911, Nr 2). A.

Okłady wysychające w postaci kaftaników podał (i opatentował) Goetsch z Wrocławia. (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 4). A.

Przy wielkich ubytkach naskórka poleca Widmes jako znakomity środek wystawianie danej części ciała na działanie promieni słonecznych. Spostrzegał on w Szwajcaryi przy tem postępowaniu wyniki doskonałe, nie dające się zresztą osiągnąć żadnym środkiem. (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 4). K.

Fulguracyę uważa Segond jedynie za środek łagodzący cierpienia. Natomiast niema o tem mowy, by leczyła ona raki doszczętnie, a nieraz szkodzi i przyspiesza tworzenie się nawrotów. Nie wolno stosować fulguracyi w początkach zamiast operacyi, lecz tylko razem z operacyą. (Journ. d. Physiotherap. 1910, 8). A.

Przy zranieniach czaszki i mózgu poleca Ritter swym chorym, wbrew przyjętemu zwyczajowi, wczesne wstawanie i osiąga przez to bardzo dobre wyniki co do powrotu czynności. (Zft. f. ärztl. Fortb. 1910, 21. S. 641). A.

Przy ciężkich objawach złamania podstawy czaszki zaleca Apostolides codzienne wypuszczanie płynu mózgowordzeniowego (30—40 cm), postępując przy nakłuciach o krąg od dołu do góry. (Allg. med. Ztl.-Ztg. 1910, 47. S. 649). A.

Przy pooperacyjnych niedowładach pęcherza poleca Frank wstrzykiwać wprost do cewki glicerynę (10—20 cm.) ew. z dodatkiem boru. (Ztbl. f. Chir. 1911, Nr 2). K.

Przy porażeniu prawej kończyny dolnej przeszczepił Maragliano z dobrym co do czynności skutkiem część lewego nerwu udowego na prawy porażony. (Zblt. f. Chir. 1911, Nr 1). K.

Przy wielu uporczywych chorobach skórnych otrzymał Bruck wcale dobre, jak twierdzi, wyniki przez »wymy-

wanie« ustroju zapomocą puszczania krwi i następowych wlewań rozczynów soli kuchennej. (Berl. klin. Wochs. 1911, Nr 3). A.

Przy toczniu twarzy zalecają Belot i Fage robić przez 8 dni nacięcia (skaryfikacye), a potem 15 dni rentgenizować i potem w dłuższych odstępach czasu to leczenie powtarzać aż do skutku. Sprawa wygaja się w 4—5 miesięcy ładną blizną. (Progr. med. 1910, S. 661). A.

Rzucawka porodowa występuje nieraz, jak donosi Santi, u krów, i to u tych, które zwykle dają najwięcej mleka; weterynarze leczą rzucawkę przez wstrzykiwanie w sutki jodku potasu lub powietrza. Zgadza się to z teoryą rzucawki, niedawno postawioną przez Sellheima, a upatrującą przyczynę rzucawki w sutku. (Ztbl. für Gynaek. 1911, 2). A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 8 lutego 1911.

Przewodniczący Prof. Cybulski. — Obecnych członków 64.

1) Odczytano protokół z poprzedniego posiedzenia, który w całości przyjęto.

2) Kol. Kader wniósł, by na przyszłość nie odczytywać własnych streszczeń, jakoteż, by postarać się o tłómaczenie protokołów i posyłanie ich do »Wiener klinische Wochenschrift«. Co się tyczy tłómaczenia na język niemiecki, sam się ofiarowuje przyjść z pomocą. Uchwalono przekazać sprawę Zarządowi Towarzystwa.

3) Na członka Tow. przyjęto jednogłośnie kol. Abrahama Milleta.

4) Kol. Kader pokazuje **preparaty wyciętych gruczołów krokowych** i omawia przebieg choroby i zabiegi operacyjne, wykonane u dwóch chorych ze znacznym przerostem sterczu, którzy skarżyli się na przypadłości w całkiem innych, nawet odległych narządach. Dopiero dokładne zbadanie i wynik operacyjny stwierdziły, że były to wszystko objawy przerostu gruczołu krokowego.

5) Kol. Borzęcki przedstawia:

a) Chorego, przyjętego do swojego oddziału d. 19 I. 1911 z rozpoznaniem **spondylitis cervicalis luetica.** Chory nabył kiły przed 6 laty. Leczony dorywczo, w miarę, jak występowały jakieś objawy, wogóle bardzo niedostatecznie. Przed kilku tygodniami zauważył trudność przy ruchach głowy. W dniu przyjęcia chory nie może ani wykonać ruchów obwodowych głowy, ani jej schylić ku przodowi lub w tył. Badanie wykazuje lekką bolesność przy ucisku w okolicy kręgów szyjnych. D. 22. I. wstrzyknięto 0·6 salvarsanu śródmięśniowo (rozczyn obojętny). W ciągu najbliższych dni nastąpiła wyraźna poprawa tak, że chory w 8 dni po wstrzyknięciu mógł już względnie swobodnie wykonywać ruchy głowy. b) Chorego, przyjętego d. 4. II. 1911 do oddziału z rozpoznaniem: **lues tuberososerpiginosa** exulcerans anguli oris et mucosae labii, periostitis tibiae sinistrae. Chory uległ zakażeniu przed 4 laty. Leczony pobieżnie; przed 4 laty 15 wcierań, przed 2 laty 8 wstrzyknięć (jakich, chory podać nie umie). D. 6. II. wstrzyknięto 0·6 salvarsanu śródmięśniowo (rozczyn obojętny). D. 8 II. zmiany około kąta ust zabliźnione, naciek kości goleniowej znacznie mniejszy, przy ucisku nawet dosyć silnym prawie niebolesny, podczas kiedy przed zastosowaniem »606« najmniejszy ucisk wywoływał silny ból. — W obu przedstawionych przypadkach kiły późnej kości wynik leczenia jest zdumiewająco szybki, zwłaszcza, jeżeli się uwzględni, że właśnie kiła układu kostnego przedstawia przy leczeniu przetworami rtęci i jodu wielkie trudności, nie mówiąc o tych przypadkach, które zupełnie nie okazywały dążenia do ustąpienia. (Streszczenie własne).

6) Kol. Blassberg wygłasza rzecz **o przetworze 606 w świetle chemoterapii Ehrlicha** (wyszło w druku w »Przegl. lek.«).

7) W dyskusyi nad przypadkiem, przedstawionym i omawianym na poprzedniem posiedzeniu, tyczącym się chorej **z pierwotnym wrzodem na sutku** zabierają głos, lub odpowiadają: Kol. Steuermark, Reiss, Rydel, Borzęcki i Wicherkiewicz.

Kol. Steuermark omawia przypadek, dotyczący chorej, u której po wstrzyknięciu salvarsanu wystąpiły objawy podrażnienia opon mózgowych, uznane przez Prof. Reissa za świeży nawrót kiły i na tej podstawie leczone ponownem wstrzyknięciem, po którem niemal błyskawicznie wszystkie objawy chorobowe ustąpiły. Rozpoznanie to było istotnie bardzo subtelne, gdyż często trudno rozstrzygnąć, czy dany objaw położyć należy na karb toksyczności samego przetworu, czy też uważać go za objaw kiły. Z powyższego przypadku jednak wyprowadził Prof. Reiss wniosek, że salvarsan działa wprawdzie szybko i energicznie, ale tylko na krótką metę, skoro tak wcześnie występują po nim nawroty; otóż wniosek ten na podstawie tego właśnie przypadku jest, zdaniem mówcy, nieuzasadniony, a nadto objawy, spostrzegane przez prelegenta, przez odmienne oświetlenie krytyczne nabierają innych, a zarazem niezmiernie ciekawych cech. Nie ulega wątpliwości, że powyższe zaburzenia w sferze układu nerwowego ośrodkowego zaliczyć należy do t. zw. »neurorecydyw«, które w ostatnich miesiącach dzięki publikacyom Fingera, Rillego i Sterna wznieciły istny popłoch pośród niedawnych jeszcze entuzyastów nowego leczenia i przyczyniły się w wysokim stopniu do niesłusznego zresztą zdyskredytowania całej chemoterapii. W odpowiedzi na podniesione zarzuty zabrał głos sam Ehrlich i na podstawie ścisłej analizy 7000 historyi chorób stwierdził, że w tej wielkiej liczbie było zaledwie 9 niewątpliwych neurorecydyw, wszystkie zaś miały następujące wspólne cechy: 1) dotyczyły chorych, którym wstrzyknięto arsenobenzol podskórnie w zawiesinie, a zatem według metody uznanej przez Ehrlicha za najgorszą; 2) wszyscy ci chorzy znajdowali się we wczesnym okresie choroby t. j. najpóźniej w 6—8 miesięcy po zarażeniu się; 3) u wszystkich tych chorych był odczyn Wassermanna ujemny. Co do istoty tych neurorecydyw, to uznał Ehrlich, że należy je uważać za odczyn równorzędny z odczynem Herxheimera, który wogóle jest objawem niedostatecznego wyjałowienia ustroju, że więc występuje tam, gdzie leczenie było wprost złe; gdy mianowicie ilość wstrzykniętego przetworu jest zbyt mała lub też z wstrzykniętego »magazynu« ulegnie wessaniu tylko mała ilość arsenobenzolu, to krętki nie zostają zabite, tylko podrażnione, połaskotane, jak sam Ehrlich się wyraża: »die Spirochäten werden gekitzelt«; wydzielają one wtedy toksyny, które dostawszy się do obiegu krwi, wywołują w zakresie wykwitów kiłowych na skórze odczyn Herxheimera, a jeżeli ujdzie zagłady ognisko krętków, usadowione wewnątrz układu nerwowego ośrodkowego, powstawać mogą t. zw. neurorecydywy. Zazwyczaj są one wynikiem obrzęków okostnych dookoła pni nerwów czaszkowych, które przebiegają przez wązkie kanały kostne i otoczone są przytem niepodatną, zbitą tkanką łączną, jak np. nerw wzrokowy, przechodzący razem z tętnicą przez wązki otwór wzrokowy, otoczony przytem niepodatną oponą twardą, — nerw słuchowy i twarzowy, które przechodzą przez wąski przewód słuchowy wewnętrzny, — nerwy okoruchowy, odwodzący i bloczkowy, które leżą w wązkiej szczelinie (fissura supraorbitalis sup.) i otoczone są zbitym pierścieniem tkanki (annulus tendinosus communis Zinni). Obrzęki więc dookoła tych pni nerwowych mogą wywołać zaburzenia w ich zakresie, objęte ogólną nazwą neurorecydyw kiłowych, będących wynikiem działania toksyn samych krętków,

które nie zginęły po pierwszej dawce arsenobenzolu. Że tak jest w rzeczywistości, a że nie jest to tylko sztucznie zbudowane przypuszczenie Ehrlicha, świadczy fakt, że po drugiej dawce objawy tych neurorecydyw niemal ze ścisłością eksperymentu znikają błyskawicznie. W przypadku Prof. Reissa rzecz się ma niewątliwie analogicznie; była to typowa neurorecydywa, o czem w pierwszej linii świadczy skutek drugiego wstrzyknięcia, wczesny okres choroby, ujemny odczyn Wassermanna, a przypadkowo także i usadowienie wrzodu pierwotnego poza częściami płciowemi (na sutku), jak to również opisuje Rille, którego wszyscy chorzy z neurorecydywami mieli wrzody pierwotne pozapłciowe, a mianowicie na głowie, t. zw. »chancres cephaliques«. Na tej podstawie, zdaniem mówcy, wniosek prelegenta co do działania przetworu Ehrlicha tylko na krótką metę specyalnie w tym przypadku nie jest usprawiedliwiony, a spostrzegane przez niego zaburzenia w układzie nerwowym ośrodkowym są tylko wynikiem zbyt małej ilości arsenobenzolu, która uległa wessaniu do ustroju. (Streszczenie własne).

Prof. Reiss wyraża zdziwienie, że kol. Steuermark załatwił się tak kategorycznie i szybko z rozpoznaniem u chorej, którą widział dorywczo na posiedzeniu Tow. lekarskiego, a która pozostawała w bardzo ścisłej obserwacyi w klinice przez szereg tygodni. »Neurorecydywy« w znaczeniu Ehrlicha (która zresztą nie polega na niczem innem, jak na wytworzeniu się nacieków kiłowych dookoła pewnych pni nerwowych), nie widzi mówca najmniejszej podstawy u danej chorej rozpoznawać, ponieważ wszystkie objawy, spostrzegane w tym przypadku, od początku aż do chwili obecnej, są aż nadto charakterystyczne dla schorzenia kiłowego w zakresie opon podstawy mózgu (meningitis luetica basilaris), aby jakiekolwiek mogły w kierunku rozpoznawczym zachodzić wątpliwości. Mówca przypomina, że sprawa rozpoczęła się silnymi zawrotami głowy, nudnościami, dochodzącemi do wymiotów i bólami głowy o tak znacznem nasileniu, że chora spędzała bezsenne noce, a ogólne rozdrażnienie układu nerwowego wzmagało się z dnia na dzień. W ślad za tymi objawami wystąpiło porażenie nerwu twarzowego i dwóch gałązek n. okoruchowego, t. j. n. unoszącego powiekę górną i zwieracza źrenicy ze strony lewej (ptosis palpebrae sin. et mydriasis paralyt. oc. sin.). Wówczas wstrzyknięto chorej poraz drugi dawkę 0·5 arsenobenzolu, poczem nastąpiło polepszenie, zaznaczające się tem, że bóle głowy w znacznym stopniu ustąpiły, skutkiem czego chora zaczęła już sypiać po kilka godzin na dobę i porażenia w zakresie wspomnianych nerwów nieco się wyrównały. W kilka dni później zauważono u chorej bardzo znaczny niedowład lewej kończyny górnej, który tak często bywa zwiastunem porażenia połowiczego, a do którego zdaniem mówcy byłoby niewątpliwie doszło, gdyby nie był zastosował u chorej odrazu wcierań rtęciowych w dużych dawkach. Od tego czasu chora z dnia na dzień doznawała poprawy stałej i widocznej. Objawy u chorej, tak klasycznie zszeregowane, nie dozwalają wprost, niezależnie już nawet od ponownie stwierdzonego dodatniego odczynu Wassermanna, na inne rozpoznanie, jak kiła mózgu (lues cerebri), które mówca podtrzymuje w całej pełni, nie widząc najmniejszej potrzeby nadawać wspomnianym objawom dziś po wypowiedzeniu się Ehrlicha w kierunku tak zwanych neurorecydyw nazwy innej od tej, na którą zasługują. Mówca zastrzega się równocześnie, jakoby tym właśnie przypadkiem uzasadnił twierdzenie, że środek Ehrlicha działa szybko, ale na krótką metę. Mówca wypowiedział to zdanie raczej na podstawie całego szeregu spostrzeganych w klinice nawrotów (od września do stycznia 13,5%), podkreślając przytem wyraźnie, że nie uchybia to bynajmniej wartości leczniczej środka, który stanowić będzie niewątpliwie bardzo cenny nabytek w zwalczaniu kiły. Wszak i po leczeniu rtęcią spotykamy całe szeregi także niejednokrotnie bardzo wczesnych nawrotów choroby, a jednak uważamy ją za jeden z najpewniejszych środków leczniczych, jakimi wogóle rozporządzamy. O dalszych losach chorej, która stała się powodem niniejszej dyskusyi, nie omieszka mówca kolegów w swoim czasie powiadomić, ponieważ chora pozostanie nadal w klinice.

Dr Steuermark odpowiada Prof. Reissowi, że przytoczone przez niego objawy, jak bóle i zawroty głowy, porażenie nerwu twarzowego i t. d. właśnie w myśl neurorecydyw Ehrlicha wytłómaczyć się dają, żadnych jednak innych wniosków ogólnych co do wartości salvarsanu, częstości nawrotów po nim i t. d. ani sam nie wyprowadzał, ani też na podstawie materyału Prof. Reissa wyprowadzać nie można.

Prof. Wicherkiewicz: Na dziesiątkach prawie tysięcy zdołano oprzeć dotychczasowe doświadczenia z nowym przetworem, ale mimo to niepodobna dziś jeszcze wypowiedzieć ostatniego słowa pod względem wskazań i przeciwwskazań tego środka. To też jest powodem, iż zamierzona przez Neissera ankieta w tej sprawie, już raz odroczona, ponownie, jak mi Neisser donosi, zostaje odroczona na dłuższy czas, gdyż chodzi o to, by módz coś pewnego powiedzieć pod względem działania środka Ehrlicha na daleką metę. Zapatrywania co do działania tego środka w poszczególnych rodzajach chorobowych są dziś jeszcze podzielone, że przytoczę tylko skuteczność tego środka przy zapaleniu miąższowem rogówki. Ogólnie słyszy się zdanie, iż tu środek ten nic nie działa. A jednak sam, mogąc go wypróbować na dość pokaźnej ilości przypadków, jako pierwszy, który wogóle w Krakowie »606« wstrzykiwał, przekonałem się, że środek ten działa znakomicie tam, gdzie zapalenie bardzo ostro występuje. Przed dwoma miesiącami przywieziono mi 8-letniego chłopca z Kamieńca podolskiego z bardzo groźną postacią »keratitis parenchym.«, leczoną już poprzednio, ale bez skutku rtęcią. Swiatłowstręt bardzo silny pozwalał tylko z trudnością odsłonić rogówki, które były całe zamglone i pokryte naczyniami tak, że tęczówki wcale dojrzeć nie było podobna. Dziecko wynędzniałe, chowające ustawicznie twarz. Już po jednorazowem wstrzyknięciu światłowstręt i silne przekrwienie zmniejszyły się, a znikły po drugiem, w 10 dni później powtórzonem. Dalszych jednak postępów nie zauważywszy, puściłem dziecko celem dalszego zwykłego leczenia do domu. Przypadek zrządził, że dziś właśnie matka z dzieckiem powróciła, tak że mogę podać Panom do wiadomości, iż lubo dziecko zyskało bardzo na wyglądzie, rogówki pozostały jeszcze bardzo zmętniałe tak, że dziecko nie rozpoznaje nawet palców bezpośrednio przy oku. Będzie tu musiało dalsze leczenie klasyczne tej typowej choroby przyczynić się do dalszego wyjaśnienia rogówek, a że ono jest skuteczne tam, gdzie »Hata« dalej nie działa, przekonałem się i na innych przypadkach, o czem niebawem szczegółowe zrobię zestawienia. Co do ujemnego działania tego środka arsenowego na nerw wzrokowy, to widocznie już w sierpniu z. r. ogłoszony przezemnie w »Przegl. lek.« przypadek leczenia wiądu, dał powód do zaniepokojenia samego Ehrlicha, który widocznie przez tłómacza mego artykułu był źle poinformowany i sądził, że środkiem jego spowodowałem oślepnięcie chorego, gdy przeciwnie mogłem przy zaniku stwierdzić małą, choć minimalną poprawę. Chodziło o chorego na wiąd, który poprzednio leczony i rtęcią i atoksylem powoli doszedł do tego stanu, iż w prawem oku nie miał poczucia światła, a lewem okiem zaledwo rozpoznawał ruchy ręki. Po wstrzyknięciu środka Ehrlicha w prawem oku powróciło poczucie światła, lewem okiem chory, jak przynajmniej twierdził, rozpoznawał obrazy wiszące na ścianie, źrenice zaś, poprzednio zupełnie nieruchome, bardzo słabo znowu na światło oddziaływały. Na życzenie chorego wstrzyknąłem środek ten po raz drugi, ale bez przedmiotowych zmian, lubo podmiotowo znowu miała poprawa nastąpić, tak, iż chory życzył sobie nawet i dalszego wstrzyknięcia, do czego jednak nie dałem się nakłonić. Opis tego przypadku, widocznie źle z oryginału tłómaczony przez kogoś, który albo nie znał dostatecznie języka niemieckiego, albo prawdopodobniej — polskiego, służy dziś jeszcze jako postrach przeciw stoso

waniu środka Ehrlicha przy zmianach chorobowych nerwów wzrokowych, choćby na tle kiłowem. Czy taka obawa jest uzasadniona, tego przesądzać nie będę, nie mając dostatecznego dalszego w tym kierunku doświadczenia, sądzę jendak, że i tu ostatniego słowa nie wypowiedziano. Sam Ehrlich zachęcał mnie, by stosować jego środek przy kilakach nerwu wzrokowego lub siatkówki. To są jednak przypadki tak rzadkie, że nieraz długo trzebaby na nie czekać. Kończę, zaznaczając raz jeszcze, iż aktów w sprawie doświadczeń naszych z tym środkiem nie można zamknąć. (Streszczenie własne).

Wreszcie przemawiali jeszcze kol. Rydel i Borzęcki.

(Dokończenie nastąpi).

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 29. listopada 1910 r.

1) Gliński przedstawił chorego na **białaczkę szpikową przewlekłą.** Choroba wystąpiła przed 2 laty wkrótce po odejściu tasiemca, wydalonego zapomocą wyciągu paproci. We krwi zasługuje na uwagę brak niedokrwistości pomimo długotrwałej choroby, oraz liczne komórki o podwójnej ziarnistości i eozynofilnej i bazofilnej.

2) Dalszy ciąg dyskusyi nad odczytami Watraszewskiego i Fel. Malinowskiego w sprawie **leczenia przymiotu metodą Ehrlicha.**

Kopytowski podaje swoje spostrzeżenia nad 8 chorymi, leczonymi zapomocą »606« i dochodzi do wniosku, że arsenobenzol niekiedy działa bardzo szybko symptomatycznie na lepieże i na gojenie się pierwotnego wrzodu; na wysypki grudkowe działa wolniej, a na stwardnienie i gruczoły po dwóch tygodniach nie wywierał w opisanych przypadkach widocznego wpływu. Działania na parasyfilityczne cierpienia również nie stwierdzono.

Karwacki wyraża żal, że żaden z prelegentów nie starał się sięgnąć w swych obserwacyach poza stronę czysto objawową i nie usiłował bądź na mocy bioskopii, bądź na mocy działania na krętki krwi leczonych nowym lekiem, bądź też na mocy jakościowych lub ilościowych zmian leukocytowych wejrzeć trochę głębiej w istotę oddziaływania na ustrój nowego leku. Karwacki podkreśla, że związki organiczne arsenu dla wywarcia działania pasorzytobójczego, wymagają współdziałania pewnych ciał białkowych, znajdujących się w ustroju. Zapatrując się na lek Ehrlicha pod tym kątem widzenia, że do wywarcia wpływu niszczącego na krętki potrzebuje on współdziałania niweczników ustrojowych, lub że potęguje on wrodzone siły obronne ustroju, można zrozumieć różnice, zachodzące w oddziaływaniu środka na krętki blade w różnych ustrojach zwierzęcych, oraz w ustroju ludzkim w różnych okresach choroby.

Trzciński zauważa, że arsenobenzol działa skutecznie we wrzodziejących formach przymiotu, we wczesnych zaś albo nie działa zupełnie, albo znacznie wolniej od środków dotychczasowych. Mówca podkreśla fakt kliniczny, że wszystkie dermatologiczne objawy przymiotu ulegają zawsze samorodnej inwolucyi bez żadnego leczenia.

Łapiński zaznacza, że wobec etyologii, danych anatomo-patologicznych, wreszcie wobec przebiegu choroby, nie spodziewa się od »606« dodatnich wyników w porażeniu postępującem.

Biro podkreśla, że próbowanie metody Ehrlicha w przypadkach parasyfilitycznych wymaga oddzielnej statystyki i nie należy przenosić danych, jakie się tu otrzyma, na ogół spraw kiłowych.

Sterling Władysław zdaje sprawę z 7 przypadków przymiotu układu nerwowego, leczonych przetworem Ehrlicha. Wyniki są bardzo mało zachęcające.

Kozerski w dłuższem przemówieniu przytacza literaturę przypadków, w których działanie »606« okazało się albo bezskuteczne, albo wręcz szkodliwe.

Orłowski Stanisław i Jaroszyński na zasadzie spostrzeganych przypadków cierpień układu nerwowego na tle kiłowem, leczonych metodą Ehrlicha, wypowiadają się za stosowaniem tego środka w tych cierpieniach.

Wojciechowski na zasadzie własnych badań dochodzi do wniosku, że »606« w większej liczbie przypadków działa energiczniej, niż rtęć. Częstość występowania ujemnego odczynu Wassermanna po wstrzyknięciu »606« wskazuje bardzo wyraźnie na dodatnie działanie tego nowego środka.

Rychliński uzupełnia jedno spostrzeżenie, na które powoływał się prelegent Malinowski.

Racinowski w odpowiedzi Karwackiemu zaznacza, że skład krwi pod wpływem działania arsenobenzolu badał u 22 chorych. Prawie we wszystkich przypadkach stwierdził zwiększenie się ilości białych ciałek od 3 do 8 tysięcy; w połowie badanych przypadków znalazł limfocytozę z przewagą małych postaci. Leukocytoza występowała po wstrzyknięciu nawet u chorych niegorączkujących i znikała stopniowo po upływie kilku dni.

Watraszewski w odpowiedzi zaznacza, iż w końcu odczytu swojego wyraźnie podkreślił, iż przedstawia jedynie wrażenia, jakie odniósł przy stosowaniu »606«. Wrażenia te są bezwarunkowo na razie bardzo dodatnie, nie można z nich jednakże jeszcze wysnuwać dalej idących wniosków. Powolne ustępowanie objawów po wstrzyknięciu »606«, o którem wspomina Kopytowski, mały wpływ lub zupełny brak działania na niektóre z nich, jak np. lepieże płaskie, wybujałe, a wreszcie wyraźny zastój w rozpoczętem już ustępowaniu, tłómaczyć należy z jednej strony odpornością owych objawów na środek swoisty — z drugiej niedostateczną dawką samego leku. Mówca nie podziela optymizmu Trzcińskiego co do przebiegu sprawy przymiotowej. Kozerskiemu odpowiada, że zapewne, gdybyśmy się tylko na przytoczonych smutnych doświadczeniach z »606«, opierać mieli, to wypadałoby potępić »a priori« środek polecony przez Ehrlicha. Szczęściem jednak obserwacye te stanowią minimalną mniejszość w ocenie nowego leku.

Malinowski podkreśla, że ani on, ani koledzy, którzy obserwowali stale przypadki, leczone »606«, nie zauważyli żadnych poważnych ubocznych zjawisk. Mówca jest bezwarunkowo przeciwnikiem wybierania ze statystyki tylko ujemnych faktów. Wszystkie dotychczasowe sprawozdania są wogóle dodatnie dla »606«. Tymczasem wyszukiwanie w piśmiennictwie tylko ujemnych faktów i sumowanie ich może sprawę niezgodnie z prawdą oświetlać.

Posiedzenie kliniczne 6. grudnia 1910.

Franciszek Neugebauer miał odczyt pod tytułem: **Co lekarz praktyk powinien wiedzieć o ciąży zewnątrzmacicznej.**

Odczyt, oparty na opracowaniu sprawy z szerszego punktu widzenia, oraz na własnem klinicznem doświadczeniu w około 200 spostrzeżeń własnych, pomiędzy niemi 93 leczonych operacyjnie (72 razy cięciem brzusznem, a 21 przez kolpoceliotomię tylną), objaśniony był co do fizyologii zapłodnienia i powstawania ciąży zewnątrzmacicznej przez szereg rysunków, naszkicowanych w schematach szpitalnych w każdym operacyjnie leczonym przypadku Mowca omawiał istotę, częstość ciąży zewnątrzmacicznej, etyologię, znaczenie dla życia ciężarnej, przebieg kliniczny w różnych jego odmianach, symptomatologię, rozpoznanie różniczkowe, rokowanie i leczenie, kładąc nacisk na operacyjne leczenie zaraz po ustaleniu klinicznego rozpoznania krwotoku śródbrzusznego i uwydatniając znakomite wyniki operacyjnego leczenia w porównaniu z leczeniem wyczekującem.

Tadeusz Wilczyński.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie administracyjne z dnia 2. listopada 1910 r.

Przewodniczący: S. Sterling. Sekretarz: A. Tomaszewski.

I. Odczytano odezwę Zarządu Towarzystwa, urządzającego sanatoryum dla lekarzy w Krymie.

II. Oświadczono się przeciw wzięciu udziału w uczczeniu fundatorów szpitala dla dzieci.

III. Rozważano sprawy czerwcowego Zjazdu lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

IV. Zebranie oświadczyło się przeciw wybraniu komisyi w celu wykonywania dyscyplinarnych zarządzeń przeciw reklamie, a włożyło obowiązek ten na Sekretarza Stałego, obiecując mu wskazywać odpowiednie wypadki. W sprawie reklamy Dra F. po dłuższej dyskusyi zgodzono się ze zdaniem Zarządu, aby zaniechać wszelkiej dalszej akcyi.

Posiedzenie z d. 16. listopada 1910 r.

Przewodniczący: S Sterling. Sekretarz: A. Tomaszewski.

I. Kol. Goldberg przedstawił chorą, u której dokonał **strumektomii** w znieczuleniu miejscowem.

II. Kol. Tomaszewski przedstawił dziewczynkę 12-letnią, operowaną z powodu **wola**, wielkości pięści dorosłego człowieka. Chora pochodzi z rodziny, w której wśród ośmiorga rodzeństwa ona i jej młodsza siostra, również przed paru dniami operowana, miały wole. Wole obejmowało tchawicę z boków i przodu i przyprawiało chorą w nocy o napady duszności, które w szpitalu doszły do takiej siły, że musiano bezzwłocznie przystąpić do operacyi. Operowano w uśpieniu chloroformowem, które chora doskonale zniosła. Wycięto $^3/_4$, zostawiając tylko kawałek płatu dolnego z prawej strony. Tętnicę tarczową dolną podwiązano tuż zaraz przy wejściu do gruczołu. Cięcie sposobem Kadera w kształcie podkowy. Na 48 godzin zostawiono sączek. Zagojenie doraźne. Chora szybko zaczęła się poprawiać i przez 3 tygodnie przybyło jej 20 funtów wagi.

III. Kol. Krusche przeczytał referat: **O chorobach gruczołu tarczowego i ich leczeniu** z uwzględnieniem anatomicznej budowy, topografii i znaczenia gruczołków przytarczycznych; zaznaczył przytem, że od czasu odkrycia w r. 1880 przez Sandstroema tych gruczołów u zwierząt, dopiero Gley po r. 1890 zwrócił uwagę, że pozbawienie człowieka tych gruczołów wywołuje tężyczkę, czego ostatecznie dowiodły szczegółowe badania na zwierzętach, dokonane przez Vasallego i Generaliego.

IV. Kol. Tomaszewski przeczytał referat: **O wolu u dzieci.**

W dyskusyi, jaka wywiązała się nad tym tematem, kol. Goldman zaznaczył, że znieczulenie miejscowe nie zdoła nawet w najlepszych razach uwolnić chorego od uczucia bolu, a operującego od bardzo przykrych następstw bolu ze strony chorego, przeto sam mowca jest zwolennikiem operowania w uśpieniu ogólnem; poza tem kładzie mowca nacisk na zachowanie przesmyku tuż nad tchawicą w celu uniknięcia stykania się z nerwem zwrotnym, uważa za konieczne dążenie do idealnego przebiegu pooperacyjnego, a z tego powodu obok ścisłej aseptyki zaleca sączkowanie rany zapomocą drenu gumowego; wspomina o zapaleniach gruczołu tarczowego, czego obserwował 2 przypadki. Jeden z nich obserwuje obecnie u dziewczyny 19-letniej, u której zapalenie gruczołu tarczowego nastąpiło po zapaleniu migdałów. Mowca jest zdania, że czas rozgraniczyć bezwarunkowo postępowanie operacyjne i wyniki pooperacyjne przy zwykłym wolu i chorobie Basedowa. W zakończeniu dodał, że rozporządza materyałem 26 przypadków wola i 3 rzypadkami choroby Basedowa, w których dokonał peracyi. — Kol. M. Cohn zwrócił uwagę na etyologię wola, zaznaczając, że w obecnych czasach coraz więcej utwierdza się przekonanie, iż przerost gruczołu tarczowego zależy od używania wody. — Kol. Perlis nadmienił, że Riedel w Jenie operował zawsze w znieczuleniu miejscowem płynem Schleicha bez morfiny. — Kol. Pański twierdzi, że nie widział żadnej poprawy po operacyach przy chorobie Basedowa. — Kol. Klosenberg zauważa, że w obecnych czasach przeciwnie rozmaici chirurdzy ogłaszają pomyślne wyniki po operacyach przy tej chorobie. — Kol. Sterling zaznacza, że etyologia wola jest dotychczas ciemna i kładzie nacisk na to, że przy wskazaniu do operacyi należy zwracać baczną uwagę na stan serca. — Kol. Tomaszewski oświadcza, że obecnie w chorobie Basedowa starają się operować jak najwcześniej tak zwane »formes frustes« i postępując doszczętnie, zostawiają $^1/_5$ część gruczołu. Statystyki są pomyślne, n. p. Kocher na 153 przypadki miał tylko 2 śmierci, Mays na 75 — żadnej. Co do uśpienia, to zależy to od zapatrywania poszczególnych chirurgów. Garré np. operuje w uśpieniu eterowem i jest bardzo zadowolony (na 28 przyp. 1 śmierć; Haenel na 20 — nie miał żadnego zejścia śmiertelnego).

V. Kol. Goldman przedstawił **preparat wola** usuniętego u 19-letniej chorej i fotografie swoich chorych, operowanych z powodu wola.

VI. Kol. Goldberg przedstawił chłopca ze **spina ventosa** wskazującego palca, którego operował i założył plombę bizmutową.

VII. Kol. M. Cohn przedstawił **preparat wola**, usuniętego u młodej kobiety.

Posiedzenie z dnia 7. grudnia 1910 r.

Przewodniczący: S. Sterling. Sekretarz: A. Tomaszewski.

I. Kol. Maybaum przedstawił 13-letniego ucznia gimnazyum, dotkniętego chorobą Hirschsprunga: **megacolon congenitum.** Syn rodziców zdrowych miał od urodzenia duży brzuch i skłonność do zaparcia, które jednak nigdy poważniejszych zaburzeń nie wywoływały; brzuch jednak powiększał się stale. Niepokoiło to rodziców i choć chłopiec nie miał żadnych dolegliwości i rozwijał się nieźle fizycznie, a doskonale umysłowo, zasięgali często porady lekarskiej. Rozpoznanie zostało ustalone po prześwietleniu promieniami Roentgena, które uwidoczniło niezwykle rozszerzoną okrężnicę. (Przedstawienie zdjęcia rentgenowskiego).

II. Kol. Pański przedstawił chorego z **monoplegia faciei et brachii sinistri,** okazując u tegoż chorego »dłoniopląs«. Kończyna dolna nie porażona. Kol. Pański uważa ten przypadek za porażenie podkorowe.

III. Kol. Cohn przedstawił chorą po operacyi **usunięcia wola.**

IV. Kol. Goldberg przedstawił chorego po operacyi **zeszycia przepony.** Chory przybył do szpitala z raną kłutą klatki piersiowej, przez którą wychodziła sieć.

V. Kol. Kopciński miał odczyt: **O przedmiotowem badaniu inteligencyi u umysłowo chorych.**

VI. Kol. Goldman zawiadomił, że u chorego, operowanego z powodu guza wątroby, a przedstawionego na jednem z poprzednich posiedzeń, badanie drobnowidowe wykazało mięsaka.

VII Kol. Wiceprezes zawiadomił, że skarbnik Tow. kol. Littauer zrzeka się stanowczo swego urzędu, oraz że zawakowała posada drugiego lekarza przy przychodni dla gruźliczych.

Posiedzenie z dnia 21. grudnia 1910 r.

Przewodniczący: S. Sterling. Sekretarz: A. Tomaszewski.

I. Kol. Skalski przeczytał odezwę lekarzy rosyjskich, zwołujących Zjazd lekarzy fabrycznych w Moskwie, oraz przedstawił chłopca 15 l., dotkniętego **bielactwem.**

II. Kol. Prechner przeczytał sprawozdanie z działalności komisyi bibliotecznej.

III. Kol. Grabowski wygłosił wykład: **O inhalacyi suchej.** Prelegent zapoznał słuchaczów z technicznem urządzeniem takiego inhalatoryum, dłużej zatrzymał się na omówieniu inhalacyi suchej pod względem leczniczym i wyższości jej nad inhalacyą wilgotną. W dyskusyi wzięli udział kol. Sterling, Tennenbaum, Schoenaich, Prechner i Trenkner.

IV. Kol. Tomaszewski przeczytał **sprawozdanie z działalności oddziału chirurgicznego w szpitalu Anny Maryi.** A. Tomaszewski.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Krajowa Rada Zdrowia obradowała na posiedzeniu w d. 4. III. b. r. we Lwowie nad następującemi sprawami: 1) Szczepienia leczniczo-ochronne przeciwko wodowstrętowi. 2) Plany szpitala w Nadwórnej. 3) Zakład położnych we Lwowie. 4) Okrąg sanitarny w Brzozdowcach. 5) Pozwolenie na budowę kaplicy mszalnej nad grobem w Mikulińcach. 6) Awanse lekarzy powiatowych i VI. inspektorat sanitarny.

W sprawie szczepień Pirquetowskich dzieci szkolnych. Czytamy w »Gazecie lekarskiej« (Nr 9):

»Na posiedzeniu Tow. lek. lwowskiego w d. 27. stycznia 1911 Prof. Kucera w imieniu komisyi higienicznej odczytał rezolucyę tejże komisyi w sprawie szczepień dzieci w szkołach lwowskich metodą Pirqueta, których to szczepień podjął się Prof. Raczyński wraz z asystentami. Rezolucya brzmi: Towarzystwo lekarskie lwowskie, uważając się za powołane do zabrania głosu w obecnie dyskutowanej kwestyi dyagnostycznych szczepień metodą Pirqueta w niektórych szkołach lwowskich, jako w sprawie, dotyczącej zdrowia publicznego, wyraża — na wniosek swojej komisyi higienicznej — przekonanie, że przeprowadzenie takich szczepień byłoby ze wszech miar pożądane, ponieważ wynik ich oświetliłby w sposób gruntowny stosunki gruźlicy w różnych warstwach ludności i tworzyłby przez to nader cenne oparcie do zwalczania gruźlicy, zwłaszcza wieku dziecięcego. Jest też prawdopodobne, że dostarczyłby on jeszcze jednego jaskrawego dowodu potrzeby tej walki. Zarazem oświadcza Tow. lek. lwowskie, opierając się na dotychczasowych nader licznych doświadczeniach, poczynionych co do metody Pirqueta na klinikach i w szpitalach tutejszych i zagranicznych, że szczepienie takie nie jest połączone z żadnem niebezpieczeństwem dla zdrowia szczepionego«.

»W dyskusyi nad tą rezolucyą wyraził wątpliwości co do całej tej akcyi Prof. Gluziński, którego zdaniem pod względem teoretycznym badania te wykazują z góry przewidywaną pewną liczbę odczynów dodatnich, wynik zaś praktyczny całej tej sprawy będzie bardzo nieznaczny. Badania te nastręczają dużo trudności, gdyż nie można ich robić bez zgody rodziców, z drugiej znowu strony — samo szczepienie metodą Pirqueta nie jest tak zupełnie obojętne dla szczepionego. Inni mowcy nie podzielali tych wątpliwości i rezolucya przeszła głosami wszystkich obecnych z wyjątkiem czterech (obecnych 50)«.

»I nam rezolucya Towarzystwa lekarskiego lwowskiego nastręcza pewne wątpliwości. Akcya ta z punktu widzenia ogólnopatologicznego i higienicznego ma oczywiście znaczenie dla ustalenia częstości gruźlicy wśród dzieci miasta Lwowa. Podobne badania istnieją dla Wiednia (Hamburger-Monti) dla Pragi (Ganghoffner). W tem mieście szczepiono tylko metodą Pirqueta, dlatego też odsetka gruźlicy u dzieci w różnym wieku wypadła niższą, niż w badaniach wiedeńskich autorów, którzy kontrolowali ujemny odczyn Pirqueta odczynem doskórnym (Stichreaktion — 0,1 mgr. lub 1 mgr. tuberkuliny)«.

»O ile więc chodzi projektodawcom lwowskim o stwierdzenie częstości gruźlicy nieczynnej, odsetka wypaść może zbyt niską. O ile zaś chodzi również o stwierdzenie gruźlicy czynnej, to odczyn Pirqueta u dzieci powyżej lat dwu nie może być uważany w tym względzie za miarodajny. Dyagnostyczne szczepienie tuberkulinowe miałoby wogóle największe znaczenie u dzieci do roku, względnie jeszcze do lat dwu życia, wskazuje bowiem na gruźlicę czynną; u dzieci powyżej lat 5 do 6 dodatni odczyn tuberkulinowy należy oceniać z największą ostrożnością, gdyż wogóle gruźlica w tym wieku jest znacznie częstszą i zdarzają się już postaci zagojone, nieczynne. Większe znaczenie ma odczyn ujemny, ale o ile odczyn Pirqueta skontrolowany jest odczynem tuberkulinowym podskórnym. Dokonywanie szczepień jedynie u dzieci w wieku szkolnym stwierdzić więc może odsetkowo liczbę dzieci gruźlicą zarażonych, co nie będzie jednoznaczne z liczbą dzieci chorych na gruźlicę. Ten fakt powinienby być jak najdobitniej zaznaczony, o ile bowiem lekarze zdają sobie sprawę z tej różnicy, o tyle rodzice wezmą wynik dodatni szczepienia za jednoznaczny z chorobą — wyniknie stąd w wielu rodzinach wielkie zaniepokojenie; z drugiej zaś strony mogą wypłynąć niesłuszne żądania usuwania dzieci z odczynem dodatnim ze szkoły, unikanie się wzajemne uczniów i t. d. Wogóle, naszem zdaniem, sprawa częstości gruźlicy u dzieci jest już obecnie o tyle wyświetlona, że do walki z gruźlicą przystępować można z całem przekonaniem już tylko na podstawie dotychczasowych badań, w tym zaś wypadku nie słyszymy o realnych zamierzeniach walki z gruźlicą we Lwowie, dla których takie rozklasyfikowanie dzieci byłoby potrzebne. Gdyby kwestya postawiona była odwrotnie — gdyby zapoczątkowano walkę z gruźlicą przez usuwanie dzieci najmłodszych z otoczenia gruźliczego, przez usuwanie dzieci chorych na gruźlicę ze szkół i wysyłanie ich do szkół leśnych, wiejskich, uzdrowisk górskich i t. d., a gdyby w tej akcyi spotkano opór ze strony rodziców, takie masowe szczepienie, któreby wykazało niebezpieczeństwo, zaalarmowało opornych rodziców, miałoby swoje znaczenie. W obecnej chwili takie szczepienie mogłoby mieć miejsce np. przy wyborze dzieci na kolonie letnie, na oddziałach szpitalnych, i prowadzone przez szereg lat dałoby dostateczny obraz częstości gruźlicy wśród dzieci danego miasta, a w szkołach może i powinno być nawet stosowane w takich przypadkach, gdy po zbadaniu ucznia nastręczają się wątpliwości co do natury gruźliczej danego cierpienia, mogącego być szkodliwem dla innych dzieci, lub wymagającego w interesie ucznia odebrania tegoż ze szkoły i umieszczenia w lepszych warunkach higienicznych i klimatycznych. Ale tu częstokroć samo szczepienie Pirqueta nie wystarczy i wypadnie uciec się do prób tuberkulinowych ściślejszych, które znowu nie są tak obojętne, a przy masowem szczepieniu i trudne do wykonania«.

»Słów tych kilka uważaliśmy za stosowne nakreślić z tego względu, żeby wzbudzić wątpliwości poważne w tych, którzyby w naszych warunkach za przykładem lwowskim iść chcieli«.

Sądzimy, że w sprawie tej byłaby jednakże pożądana dalsza dyskusya publiczna, dla której chętnie otwieramy także nasze łamy.

Stosunki sanitarne w m. Mielcu w roku 1910. W roku 1910 nastąpiło wyodrębnienie tutejszej gminy sanitarnej. Z powodu braku funduszów bardzo mało poczyniono inwestycyi dla celów sanitarnych. Budowa kanałów, których brak w wielu ulicach dotkliwie się daje uczuć, nie postąpiła ani na krok. Wystawiono tylko lodownię dla rzeźni miejskiej, urządzono nowych bruków 540 m., poprawiono 475 m. i wykopano rowów 750 m. O budowie wodociągów dla braku funduszów ani marzyć nie można. Mimoto stan zdrowotny był nader pomyślny. Epidemii nie było żadnej, mieliśmy tylko kilka sporadycznych przypadków błonicy, płonicy i duru brzusznego.

Smiertelność przedstawia się w cyfrach następujących. Na 7000 mieszkańców umarło 90 osób t. j. 1·2%. Z tego wypada połowa na dzieci. Przyczyny śmierci były następujące: gruźlica płuc (9), zapalenie gruźlicze opon (2), zapalenie płuc (22), zapalenie jelit (6), rak żołądka (4), błonica (3), płonica (2), dur brzuszny (1), róża (1), kiła (1), zapalenie nerek (2), tętniak aorty (1), wada serca (1), gościec (1), uwiąd starczy (20); niedonoszonych dzieci 9, nagła śmierć w 5 przypadkach: z pobicia (1), z uduszenia (2), z oparzenia (1), samobójstwo przez utopienie się (1).

Dr Józef Sternberg, lekarz miejski.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 26. II. do 4. III. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 11 † 1 (w tem obcych 1 † —), krztuśca 1, ospy wietrznej 2 † — (1 † —), płonicy 10 † — (1 † —), odry 11, róży 1, kuru 2. Dr Janiszewski.

XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Komitet gospodarczy XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich podaje do wiadomości ogólny program XI. Zjazdu, który się odbędzie w dniach 18—22 lipca b. r.

Dnia 18. lipca, wtorek, o godz. 9 wieczorem, swobodne zebranie towarzyskie w salach Grand Hotelu celem wzajemnego poznania się.

Dnia 19. lipca, środa, o godz. 9 rano uroczyste otwarcie XI. Zjazdu w salach Starego teatru; powitanie przybyłych; odczyt inauguracyjny Prof. Dra E. Romera ze Lwowa: »O krajobrazie«. Po południu posiedzenia sekcyi.

Dnia 20. lipca, czwartek, rano i popołudniu posiedzenia sekcyi; o godz. 5 popołudniu zwiedzanie miasta.

Dnia 21. lipca, piątek, rano i popołudniu posiedzenia sekcyi; o godzinie 5 popołudniu zwiedzanie miasta.

Dnia 22. lipca, sobota, o godz. 9 rano uroczyste zamknięcie XI. Zjazdu w salach Starego teatru — odczyt Dra H. Święcickiego z Poznania z zakresu nauk lekarskich. Popołudniu wycieczka do kopalni w Wieliczce.

Po ukończeniu XI. Zjazdu odbędzie się wycieczka balneologiczna do uzdrowisk galicyjskich, oraz wycieczka geologiczna wzdłuż Raby i Dunajca do Tatr.

W r. b. przypada 50-letni jubileusz »Przeglądu lekarskiego« w Krakowie, najstarszego tygodnika lekarskiego w Polsce. Dla uczczenia tego jubileuszu odbędzie się we wtorek 18. lipca b. r., uroczyste posiedzenie w salach Towarzystwa lekarskiego o godz. 6 wieczorem, na które to posiedzenie Tow. lekarskie krakowskie uczestników XI. Zjazdu najuprzejmiej zaprasza.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Przemówienia doc. Nitscha i Dr Janiszewskiego na ostatniem posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego dowodziły, że miejski Urząd zdrowia, zdając sobie jasno sprawę z nowoczesnych zadań gminy na polu sanitarnem, zmierza konsekwentnie do ich wypełnienia. Urządzenie pracowni bakteryologicznej miejskiej, a przedewszystkiem racyonalny program jej działalności, są dalszym krokiem na tej drodze. Obecnie jest obowiązkiem ogółu lekarzy w naszem mieście z usług pracowni tej tak korzystać, aby corychlej osiągnąć można cel zamierzony. Najlepsza bowiem pracownia o najlepszym nawet programie przyniesie pełny pożytek dopiero wtedy, gdy wszyscy lekarze praktykujący w mieście przejmą się przekonaniem o doniosłości tej instytucyi i czynnie przyłożą się do jej rozwoju.

Obecnie nadchodzi kolej na wprowadzenie w życie uchwalonej już przed szeregiem miesięcy przez Radę miejską instytucyi lekarzy szkolnych. Mianowania ich miały podobno nastąpić jeszcze w jesieni r. 1910; tymczasem dobiega już prawie pół roku, a o aktywowaniu lekarzy szkolnych dotąd jakoś głucho. Oczekujemy załatwienia tej sprawy w czasie najbliższym; po uchwale Rady miejskiej niema chyba żadnej w tem przeszkody. Zwłoka jest tem mniej pożądana, że nawet po mianowaniu lekarzy szkolnych upłynąć musi znów parę miesięcy, zanim ułoży się pewne normy ich działalności, zanim nabiorą oni wprawy w swem urzędowaniu — a tu byłoby pożądane urządzenie osobnych kursów na wzór zagranicy —, wogóle zanim rzecz cała wejdzie w prawidłową kolej.

Warszawa. Termin Zjazdu higienicznego w Kaliszu oznaczono na 8., 9. i 10. września. Program obejmować ma: 1) higienę wsi w całej rozciągłości (zagroda wiejska, zaopatrzenie w wodę, ustępy, gnojowiska, drogi, walka z chorobami zakaźnemi, pomoc lekarska i położnicza i t. p.), 2) zapobieganie zanieczyszczeniom rzek i 3) warunki i potrzeby higieniczne Kalisza.

Łódź. Dr Stanisław Bartoszewicz, kierownik miejskiej pracowni bakteryologicznej w Łodzi, obchodził jubileusz dwudziestopięcioletniej działalności lekarskiej. Dr Bartoszewicz, ur. w r. 1859 w Warszawie, studyował nauki przyrodnicze w Petersburgu, a otrzymawszy stopień kandydata, przebył tamże następnie studya lekarskie. Z kolei pracował, jako lekarz wojskowy i ordynator szpitali w Tyflisie, Kijowie, Petersburgu, w Charkowie, gdzie przez trzy lata wykładał jako docent uniwersytetu bakteryologię, wreszcie w Saratowie. Przeniósłszy się do Warszawy, otrzymał stanowisko starszego ordynatora w szpitalu zakaźnym im. św. Stanisława, a równocześnie wykładał chemię i higienę w szkołach handlowych; od r. 1907 pracuje w Łodzi. Ogłosił drukiem kilkadziesiąt rozpraw i dzieł po polsku i po rosyjsku, oraz przełożył szereg dzieł z polskiego i niemieckiego na rosyjskie (m. i. Jaworskiego »Choroby żołądka«), oraz z francuskiego i niemieckiego na polskie; prócz tego pisał liczne artykuły popularne w sprawach sanitarnych, ogłaszane w dziennikach. (»Nowiny lek.« 3).

Z różnych stron. XVII. międzynarodowy Zjazd lekarski odbędzie się w Londynie w lecie r. 1913. Dokładną datę ustali Komisya stała Zjazdów, która zbierze się po raz pierwszy w Londynie 21. i 22. kwietnia r. b. pod przewodnictwem Dra Pavy. Na temże posiedzeniu ułożona zostanie lista sekcyi. Wnioski co do podziału na sekcye można nadsyłać do d. 1. kwietnia na ręce sekretarza generalnego Komisyi stałej, Prof. H. Burgera (Amsterdam, Vondelstraat 1) lub pod adresem Komisyi stałej (La Haye, Hugo de Grootstraat 10). Komisya prosi za naszem pośrednictwem o nadsyłanie przed 1. kwietnia r. b. informacyi i wszelkich wniosków, dotyczących organizacyi Zjazdu. (Należałoby przeto zająć się niezwłocznie sprawą uznania komitetu polskiego).

Redakcya otrzymała: Baurowicz: 1) Zur Operation der Gaumenmandeln mit der Schlinge. »Monats. f. Ohrenh.« 1910. 2) Uwagi o szerokości rurki tracheotomijnej. 1911. — Rogalski: Zur Kasuistik der juvenilen Form der amaurotischen Idiotie mit histopathologischem Befund. »Archiv. f. Psych.« 1911.

Mianowani: Prof. Uhlenhuth dyrektorem zakładu higienicznego w Strassburgu. Prof. Busse z Poznania profesorem anatomii patolog. w Zurichu.

Powołani: Prof. Sahli z Berna do Wiednia (na miejsce Strümplla).

Zmarli: Pedyatra Prof. Mya we Florencyi; Prof. van t'Hoff, słynny chemik w Berlinie.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 15. marca 1911 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Borkowski: Ehrlich i jego teorya. 2) Prof. Bujwid: Bakteryobójcze działanie światła. Demontracya przyrządu Nogier do wyjaławiania wody zapomocą promieni ultrafioletowych.

Po posiedzeniu odbędzie się **wieczerza koleżeńska;** do udziału w niej uprasza się zgłaszać **jaknajrychlej.**

Zwyczajne posiedzenie Towarzystwa Stomatologów polskich odbędzie się **we wtorek 14. marca b. r. o godzinie 6 wieczorem** w lokalu **c. k. Ambulatoryum dentystycz.** (Rynek gł. 21. II. p.). Porządek dzienny: 1) Odczytanie protokołu z ostatniego posiedzenia. 2) Roczne sprawozdanie kasowe. 3) Sprawozdanie ze Zjazdu stomatologów w Gracu (8., 9., 10. i 11. grudnia 1910 r.), Prof. Dr Łepkowski i Dr Merunowicz. 4) Wnioski i interpelacye.

Nadesłane.

Rok L. Kraków, dnia 18. marca 1911. Nr. 11.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Drogowskazy dyagnostyki schorzeń trzustki [1]).

Podał

Prof. Dr **Witold Orłowski** (Kazań).

»Hoffentlich kommt die Zeit und ist nicht fern, in der es möglich sein wird eine solche klinische Darstellung der Pankreaskrankheiten zu bringen, wie sie ein so lebenswichtiges Organ verdient«. Prof. Oser: Die Erkrankungen des Pankreas, str. VII. przedmowy.

I.

Wśród zagadnień, które nie schodzą w ostatnim czasie ze szpalt czasopism lekarskich, jedno z poważniejszych miejsc zajmuje dyagnostyka i wogóle patologia trzustki. Ogólne zainteresowanie tą sprawą zachęca mnie do krytycznej oceny tych sposobów badania i tych oznak, którym nadają znaczenie znamienne i nawet nieomal rozstrzygające w rozpoznawaniu schorzeń tego narządu. Do tej oceny zabieram się tem chętniej, że oprzeć ją mam nietylko na danych piśmienniczych, lecz i na własnych spostrzeżeniach i badaniach.

Schorzenia trzustki mogą, jak wiadomo, przebiegać już to ze znacznem obrzmieniem tego narządu, które wykrywa się przez obmacanie, już to bez widzialnego i macalnego powiększenia jego objętości. Dla schorzeń pierwszego rodzaju niezależnie od jego cech (zapalenie, nowotwory, torbiele i t. d.), jest znamienne zjawienie się obrzmienia, a w początkowych okresach choroby zjawienie się zwiększonego oporu w okolicy nadbrzusznej, odpowiednio do usadowienia trzustki. Badanie siedziby i właściwości obrzmienia może dać nam bardzo cenne dane dla rozpoznania schorzenia trzustki, nieraz o wiele cenniejsze, niż opracowywana z takim zapałem w ostatnim czasie czynnościowa dyagnostyka tego narządu. Z tego punktu widzenia należy ubolewać, że fizyczne badanie trzustki przy pomocy przeważnie macania i opukiwania jest w ostatnim czasie poniekąd w zaniedbaniu wobec wysunięcia na pierwszy plan metod badania czynnościowego.

Ponieważ zwykłe metody fizycznego badania trzustki mają w dyagnostyce wielkie znaczenie, zatrzymam się na nich nieco szczegółowiej.

Wyżej już nadmieniłem, że schorzenia trzustki przebiegać mogą wśród objawów dostępnego macaniu obrzmienia. W tych razach znajdujemy obrzmienie w okolicy nadbrzusznej, mianowicie najpierw odpowiednio położeniu głowy trzustki, jako tej części tego narządu, która najczęściej ulega zmianie; stąd obrzmienie idzie poprzecznie w kierunku do lewego podżebrza. Usadowienie więc obrzmienia trzustki oznacza się rzutem głowy trzustki na przedniej ścianie brzusznej. Chauffard i Rivet [1]) umieszczają, jak wiadomo, ten odcinek trzustki w t. zw. »zona pancreatico-choledochica«, Desjardins [2]) w swoim »point pancréatique«. Pasmo Chauffarda i Riveta znajduje się między linią środkową brzucha a linią przepoławiającą (bisektrysą) prostego kąta, utworzonego przez tęż linię i prostopadle do niej przeprowadzoną linię pępkową; wzdłuż bisektrysy pas ten nie sięga wyżej nad 5 ctm., ku dołowi zaś nie dochodzi do pępka. Desjardinsa rzut głowy trzustki na przednią ścianę brzucha odpowiada punktowi, leżącemu na odległości 5 lub 6 lub 7 ctm. od pępka na linii, łączącej pępek z najwyższym punktem prawego dołu pachowego przy opuszczonej wzdłuż ciała prawej kończynie górnej.

Obydwa te rzuty głowy trzustki na przedniej ścianie brzucha są, jak wykazują mi moje badania kontrolujące, dość ścisłe. Niestety możemy korzystać z nich dla oznaczenia stosunku obrzmienia do trzustki nie zawsze. Istotnie tak »zona pancreatico-choledochica«, jak »point pancréatique« mają za punkt wyjścia pępek, ten zaś nie jest stałym punktem na powierzchni brzucha. Zwłaszcza nieprawidłowo leży pępek u osób wychudzonych, które przedtem były dobrze odżywione, u wieloródek, u osób z t. zw. »habitus enteroptoticus« i t. d. W razie znacznego otłuszczenia powłok brzusznych również obniża się nieraz, jak przekonałem się, ścisłość wspomnianych wyżej punktów rzutowych.

Wobec tego postawiłem sobie za zadanie określić na przedniej ścianie brzusznej rzut trzustki, któryby był zależny od więcej stałych punktów. Badania te przeprowadziłem przez wkłuwanie długich igieł. Okazało się, że, jeśli przeprowadzimy dwie linie, każdą od barkowego końca obojczyka do środka linii, leżącej po stronie przeciwległej i łączącej górny przedni kolec biodrowy ze spojeniem łonowem, to te linie przecinają się ściśle odpowiednio do położenia ciała trzustki, a górna połowa prawego tępego kąta, utworzonego przez te linie, odpowiada położeniu głowy trzustki. Muszę jednak zastrzedz się, że niezawsze obrzmie-

1) W streszczeniu podano w »Sekcyi lekarskiej Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu« 21 grudnia 1910 r. (3 stycznia 1911 r.) i tegoż dnia na drugim Zjeździe internistów rosyjskich w Petersburgu, jako wykład na temat programowy Zjazdu.

nie, które wyczuwamy odpowiednio do zaznaczonych punktów rzutowych, przedstawia bezwarunkowo chorobowo zmienioną trzustkę. I tak w dwóch przypadkach, mianowicie u osób wychudzonych z nader wiotkiemi powłokami brzusznemi i z opadnięciem żołądka, wyczułem w wyżej opisanej okolicy gładkie, niebolesne, w jednym przypadku ruchome, w drugim nieruchome ciało, które na sekcyi okazało się niezmienioną — przynajmniej przy oglądaniu gołem okiem — głową trzustki. Badanie takie, rzecz prosta, powinno być poprzedzone przez dokładne oczyszczenie przewodu pokarmowego i w razie potrzeby przeprowadzane na chorym, znajdującym się w ciepłej kąpieli. Że głowa trzustki, nie przedstawiająca zmian, czasami wbrew poglądowi Osera jest wyczuwalna, mianowicie u osób chudych z wiotkiemi powłokami brzusznemi, o tem wspomina również Leube[3]). W niektórych przypadkach (Seidel[4]) przy schorzeniu trzustki wyczuwa się nie jedno obrzmienie, lecz dwa odosobnione, odpowiadające głowie i ogonowej części trzustki, rozdzielone pasem wyraźniejszego odgłosu bębenkowego, zależnie od większego przykrycia środkowej części obrzmienia przez żołądek.

Obecność w okolicy nadbrzusznej obrzmienia, odpowiadającego wskazanym wyżej punktom rzutowym, nie daje nam jednak jeszcze prawa bez dalszych badań uważać je za przynależne do trzustki. Rozpoznanie schorzeń tego narządu staje się pewniejsze przy zbadaniu właściwości obrzmienia i objawów ucisku na narządy sąsiednie, wreszcie znajduje nieraz oparcie w danych, wskazujących na stan czynnościowy trzustki.

Co się tyczy właściwości obrzmień trzustki, to ani kształty, ani właściwości granic obrzmienia, ani wreszcie głębokość usadowienia jego nie mają poważniejszego znaczenia dla rozpoznania. Donioślejsze stosunkowo znaczenie mają z tych właściwości granice obrzmienia. Istotnie, gdy nowotwory odźwiernika, dwunastnicy i okrężnicy poprzecznej, z którymi obrzmienia trzustki najłatwiej mogą być pomieszane, mają w przeważnej liczbie przypadków granice, zaznaczone wyraźnie ze wszystkich stron, to obrzmienia trzustki mogą być oznaczone jeszcze mniej więcej wyraźnie od góry i od dołu, boczne zaś ich granice, zwłaszcza lewa, w przeważnej większości przypadków zarysowują się niedokładnie i niewyraźnie.

Bez porównania o wiele donioślejsze dane dla rozpoznania otrzymujemy przez wyjaśnienie stopnia ruchomości wyczuwalnego obrzmienia i jego stosunku do narządów sąsiednich. Dla obrzmień trzustki cechującym jest brak ruchomości od góry w kierunku ku dołowi przy ruchach oddechowych, zarówno jak nieprzesuwalność przy ucisku macającą ręką i przy zmianie położenia ciała. Te oznaki jednak nie są bezwzględne. I tak Stein, Klemperer, Witzel[5]) Israël[6]), Körte[7]) i inni podali przypadki nawet czasami nadzwyczaj wielkiej przesuwalności nowotworów trzustki u osób bez żadnych objawów opadnięcia trzew brzusznych, zależnie w jednych przypadkach od aktu oddechowego, w drugich od ucisku ręką macającą, w innych wreszcie od zmiany ułożenia ciała. Osobiście miałem sposobność spostrzegać u pewnej kobiety z wyraźnem opadnięciem trzew brzusznych macalną za życia trzustkę, która odznaczała się tak znaczną ruchomością zależnie od trzech przed chwilą przytoczonych czynników, że śmiało mogłem nazwać ją trzustką ruchomą, »pancreas mobilis«. Z drugiej znów strony palpacyjna i oddechowa nieruchomość obrzmienia, usadowionego w okolicy rzutu trzustki, nie dowodzi jeszcze sama przez się stanowczo, że to obrzmienie należy do trzustki. Istotnie nieruchomością przy macaniu odznaczają się również z nowotworów narządów sąsiednich nowotwory zstępującej i dolnej poziomej części dwunastnicy; również nieruchome stają się często nawet zwykle ruchome nowotwory okrężnicy poprzecznej, mianowicie wtenczas, gdy, jak to często się zdarza, nowotwór taki zrasta się z jakimkolwiek nieruchomym narządem jamy brzusznej. Co się tyczy nieruchomości oddechowej, to z nowotworów narządów sąsiednich cechuje ona również nowotwory dwunastnicy i okrężnicy poprzecznej, nieraz zaś i odźwiernika; nowotwory okrężnicy poprzecznej przesuwają się przy wdechach głębokich tylko wtenczas, gdy są zrośnięte z jakimkolwiekbądź narządem ruchomym przy ruchach oddechowych.

Jeszcze więcej, niż ruchomość, znamienny jest dla obrzmień trzustki stosunek obrzmienia do narządów sąsiednich, jest on bowiem wręcz przeciwny temu, co cechuje nowotwory odźwiernika, dwunastnicy i okrężnicy poprzecznej, od których najczęściej musimy rozróżniać nowotwory i obrzmienia trzustki. Istotnie, wszelkie obrzmienia trzustki na początku swojego rozwoju leżą poza żołądkiem, mają więc przed sobą część przewodu pokarmowego. Przeciwnie nowotwory odźwiernika, dwunastnicy i okrężnicy poprzecznej nie mają przed sobą przewodu pokarmowego, jeśli, rozumie się, jak to zresztą zwykle bywa, nowotwór nie ogranicza się do tylnej i bocznych ścian tych narządów, lecz zajmuje i przednią ścianę. Wobec tego nowotwory odźwiernika, dwunastnicy i okrężnicy poprzecznej, jeśli je uchwycimy z boków palcami, dają przy opukiwaniu odgłos przytłumiony lub przytłumiono-bębenkowy, obrzmienia zaś trzustki w początku swego powstania dają odgłos bębenkowy. Rzecz prosta, że przy tem badaniu powinniśmy opukiwać o tyle słabo, żeby przednia ściana żołądka możliwie mniej zbliżyła się do trzustki. Ta znamienna właściwość obrzmień trzustki, że dają przy opukiwaniu odgłos bębenkowy, w zależności od tego, iż przed trzustką leży część przewodu pokarmowego, nie znika nawet wtedy, jeśli obrzmienia trzustki dochodzą do znacznych rozmiarów. Istotnie w miarę zwiększania się nowotwór trzustki toruje sobie drogę w jednym z trzech kierunków: 1) najrzadziej rośnie wprost ku przodowi, odsuwając więzadło wątrobowożołądkowe, i przedostaje się między dolny brzeg wątroby i małą krzywiznę żołądka; 2) stosunkowo częściej toruje sobie drogę między żołądkiem i okrężnicą poprzeczną, odsuwając żołądek ku górze, a okrężnicę ku dołowi; 3) może usadawiać się bezpośrednio pod okrężnicą poprzeczną, która przykrywa w tych przypadkach górną część obrzmienia. We wszystkich tych przypadkach, jakkolwiek nad częścią obrzmienia przy opukiwaniu otrzymujemy odgłos tępy, odgłos bębenkowy wszakże nie znika, mianowicie otrzymujemy go w pierwszej kategoryi przypadków nad większą dolną częścią obrzmienia, skrytą poza żołądkiem, w drugiej odpowiednio do najwyżej i najniżej położonych odcinków nowotworu, w razie zaś bardzo wielkich rozmiarów guza (np. torbiele) wzdłuż jego obwodu, wreszcie, jeżeli obrzmienie ma siedzibę trzeciego rodzaju, odgłos bębenkowy otrzymujemy nad górną jego częścią,

mianowicie nad tym jego odcinkiem, który jest przykryty okrężnicą poprzeczną. Jakkolwiek takie przodowanie części przewodu pokarmowego jest dla obrzmień trzustki w wysokim stopniu znamienne, to jednak objaw ten, podobnie jak nieruchomość, sam przez się nie może być uważany za bezwzględny wskaźnik schorzenia trzustki, ten sam bowiem objaw jest właściwy również dla nowotworów nerek, gruczołów zaotrzewnych i krezki jelit cienkich.

W przeciwieństwie do nowotworów odźwiernika, dwunastnicy i okrężnicy poprzecznej, które wyczuwa się jednakowo wyraźnie przy rozdymaniu żołądka, jak również jelita grubego, obrzmienia trzustki wyczuwa się przy tych zabiegach mniej wyraźnie, a mogą one nawet stać się niewyczuwalne. Lecz i ta ich właściwość sama przez się nie jest rozstrzygającą w rozpoznaniu, ponieważ tą samą cechą odznaczają się również nowotwory niektórych narządów sąsiednich.

Ze wszystkiego, co wyżej powiedziałem, wynika, że nawet w tych przypadkach, gdy schorzenie trzustki przejawia się wyczuwalnem obrzmieniem, bez różnicy, czy to obrzmienie zależy od nowotworu, czy od sprawy zapalnej, nie mamy w istocie żadnej oznaki, któraby sama przez się rozstrzygała zupełnie stanowczo, czy obrzmienie należy do trzustki. Każda z przytoczonych wyżej oznak ma sama przez się tylko względne znaczenie, wobec czego jedynie ich połączenie pozwala rozpoznawać schorzenia trzustki, przebiegające z obrzmieniem tego narządu. Jeśli z tego punktu widzenia rozpatrywać i oceniać fizyczną dyagnostykę schorzeń trzustki, to ta dyagnostyka ze względu na stopień opracowania i znaczenia w rozpoznawaniu powinna bezwarunkowo zająć wśród innych sposobów badania trzustki jedno z poważniejszych miejsc.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Leczenie błonicy surowicą swoistą [1]).

Podał

Dr W. Puławski (Radziejów, gub. Warszawska).

W roku ubiegłym, 1910, leczyłem 40 przypadków błonicy gardła i krtani surowicą swoistą; wśród nich było: 1) Angina diphtheritica — przypadków 28; 2) Laryngitis — 14 i 3) Angina c. laryngitide — 8, czyli ogółem przypadków z powikłaniami krtaniowemi było 22, t. j. 55% ogólnej liczby. Wśród nich jeden śmiertelny, co stanowi 4·5% śmiertelności, a zatem 2·5% liczby ogólnej przypadków. Ten niebywale nizki odsetek śmiertelności był przedewszystkiem wynikiem łagodności przypadków wogóle, zjawiających się raczej sporadycznie w osadzie i w miejscowościach bliższych i dalszych w okolicy, a nie epidemicznie. Cechą charakterystyczną roku ubiegłego był brak wszelkich epidemii wogóle, np. ospy, odry, płonicy, krztuśca nie spostrzegałem ani jednego przypadku, co jest niebywałym wyjątkiem w naszych warunkach.

Zestawiając dane liczbowe w porównaniu z dawniej otrzymanemi, widzimy co do przypadków, leczonych surowicą:

Rok	Ogólna ilość przypadków	Liczba przypadków śmiertelnych	Ditto w %	Ilość przypadków krtaniowych	Ditto w %	Śmiertelność ich w %
1910	40	1	2·5	22	55	4·5
1895—1909	703	46	6·5	381	54	12
1895—1910	743	47	6·3	403	54	11·6

Spostrzegane przypadki grupowały się jak następuje:

I. Co do płci: Chłopców 21; dziewcząt 19.

II. Co do wieku chorych:

0—1 roku — 4 przypadki	6—7 lat — 3 przypadki
1—2 lat — 11 przypadków	7—8 » — 1 przypadek
2—3 » — 11 »	10—11 » — 1 »
3—4 » — 2 przypadki	11—12 » — 1 »
4—5 » — 5 przypadków	
5—6 » — 1 przypadek	

III. Co do dnia choroby, w którym surowica została wstrzyknięta.

A) Wszystkie przypadki wogóle.	B) Przypadki krtaniowe.
1 — 5	1 — 1
2 — 18	2 — 10
3 — 13	3 — 7
4 — 3	4 — 3
5 — 1	5 — 1

IV. Co do ilości wstrzykniętej surowicy:

A) Wszystkie przypadki wogóle.	B) Przypadki krtaniowe.
1000 J. ochr. — 8	1000 J. ochr. — 1
2000 » — 29	2000 » — 18
3000 » — 2	3000 » — 2
4000 » — 1	4000 » — 1

V. Co do wielokrotności dawek: Jednorazowo — 38. Dwukrotnie — 2.

VI. Co do przypadku śmiertelnego, to dotyczył on dziewczyny 6-letniej, chorej już od dni pięciu z objawami ciężkiego zapalenia gardła, powikłanego objawami krtaniowymi od samego początku choroby. Rodzice dziecka, zamieszkali w odległości 10 wiorst od osady, widząc na piąty dzień choroby stan bardzo groźny, przywieźli je do mnie, błagając, aby je ratować. Na wyraźne żądanie rodziców wstrzyknąłem 2000 jednostek surowicy przy słabym odczynie podczas wstrzyknięcia, raczej odruchowym, oraz przy źrenicach rozszerzonych do maximum. Jednocześnie podskórnie zastosowałem olejek kamforowy. Śmierć nastąpiła nazajutrz, po upływie 30 godzin od wstrzyknięcia.

VII. Co do wysypek posurowiczych, to spostrzegałem je w 17 przypadkach, co, po odtrąceniu przypadku śmiertelnego, stanowi 43%; przytem w 8 przypadkach z zastosowaniem surowicy w ilości 1000 jedn. ochr. wysypki nie spostrzegałem wcale; z pozostałych 31 przypadków zatem wysypka była w 17, co stanowi 55%. Najwcześniej wystąpiła ona w trzecim dniu po wstrzyknięciu, najpóźniej w dniu 15, najczęściej zaś około ósmego dnia po wstrzyknięciu. Trwała różnie, od jednego do czterech dni, najczęściej ustępowała bez śladu w ciągu dwóch dni. Co do charakteru, to w 10 przypadkach (59%) była pokrzywka (urticaria), w 4 przypadkach (23%) rumień (rash), a w 3 pozostałych (18%) wysypka była wielopostaciową — mieszaną.

VIII. Wstrzykiwania powtórne: Powtórnie wstrzykiwałem surowicę przeciwbłoniczą w roku ubiegłym w trzech przypadkach, a mianowicie. 1) W., chłopiec lat 10, z powodu objawów krtaniowych, trwających dobę, bez zmian

[1]) Dalszy przyczynek; patrz »Przegl. lek. 1910, Nr 35.

zapalnych w gardle, otrzymał 2000 jedn. ochr. w jednej dawce ze skutkiem znakomitym w ciągu 48 godzin bez następczych objawów posurowiczych wysypkowych. Temu samemu chłopcu w r. 1902, liczącemu wówczas dwa lata, wstrzyknąłem był z powodu objawów początkowych krtaniowych 2000 jedn. ochr. surowicy Palmirskiego ze skutkiem doskonałym, przy objawach pokrzywki następczej, która zjawiła się ósmego dnia i w ciągu półtorej doby wędrowała po różnych miejscach skóry, poczem znikła bez śladu.

2) K., dziewczyna lat $2^1/_2$, z powodu objawów krtaniowych (bez zajęcia gardła), trwających półtorej doby, otrzymała 2000 jedn. ochr. w jednej dawce ze skutkiem doskonałym i przy następczej pokrzywce w ciągu dnia ósmego po wstrzyknięciu.

Tej samej dziewczynce w r. 1909, liczącej $1^1/_2$ roku, wstrzyknął z powodu ciężkich zmian krtaniowych w połączeniu z błonicą gardła jeden z kolegów sąsiadów surowicę przeciwbłoniczą w ilości 4000 jedn. ochr. w dwóch dawkach po 2000 j. ochr. na 4. i 6. dzień choroby, z następczą wysypką mieszaną wielopostaciową, która wystąpiła na 7. dzień po wstrzyknięciu, trwając z przerwami przez cztery dni.

3) Ł., chłopiec lat $4^3/_4$, z powodu objawów błonicy gardła, trwającej już 3 dni, objawów krupu krtani, trwających niecałą dobę, otrzymał 2000 j. ochr. z dobrym i szybkim skutkiem bez następczych objawów wysypki posurowiczej.

Ten sam chłopiec w roku 1909, licząc $3^1/_2$ lat, dostał z powodu objawów krtaniowych, trwających 2 dni, 2000 j. ochr. i w 8 dni później powtórnie 2000 j. ochr. z powodu nawrotu i pogorszenia się już przycichających objawów krupowych. Wysypka w postaci mieszanej zjawiła się wówczas dziesiątego dnia po pierwszem wstrzyknięciu i trwała przez trzy doby.

O znaczeniu leczniczem niedotlenionych związków fosforu w przebiegu gruźlicy

przez

Dra A. Brylińskiego

(Berszada, gub. Podolska).

»Wraczebna Gazeta« podała w Nr. 8 z r. 1909 tymczasowe doniesienie lekarza z gubernii Podolskiej Dra Metodego Romanowskiego, w którem zwraca on uwagę na wartość leczniczą podskórnego stosowania »niedotlenionych związków fosforowych«, w chorobach gruzełkowych — mianowicie w gruźlicy i kile.

Ponieważ miałem sposobność przypatrzeć się działaniu omawianych związków fosforowych przy gruźlicy wszelkiego rodzaju i w różnych okresach, jak również i w rozmaitych okresach przymiotu (począwszy od różyczki do wiądu rdzenia i ślepoty), postanowiłem rzecz tę przedstawić nieco obszerniej, oddając ją pod światły sąd i rozwagę Szanownych Kolegów. Zastrzegam się z góry, iż przedstawię tylko kliniczną stronę tego leczenia. Autorowi zaś wynalazku pozostawiam szczegółowsze wyjaśnienie wszystkich procesów mikrochemicznych, jakie zachodzą i tworzą się w ustroju po zastosowaniu wyżej wymienionego leku.

Romanowski skorzystał z właściwości niedotlenionych związków fosforu, na które dotąd w medycynie mało zwracano uwagi. Zestawiwszy je w rozczynie wodnym pewnej koncentracyi kwasów, nazwał Romanowski środek ten fosfacidem.

Główną, zasadniczą składową częścią fosfacidu Romanowskiego, na której wyłącznie jest osnuta lecznicza działalność tego środka, są niedotlenione związki fosforowe absolutnie chemicznie czyste. Są to różne kategorye połączeń chemicznych fosforu z tlenem. Przedstawiają się one w chemii jako kwasy fosforowe różnych koncentracyi. Powołując się na »Wraczebną Gazetę« Nr 8 z r. 1909, widzimy, że te kwasy fosforowe są następujące:

1) Kwas fosforowy H^3PO^4. Jest to chemicznie zakończone połączenie fosforu z tlenem, wyżej którego utlenienie nie następuje.

2) Kwas fosforawy H^3PO^3.

3) Kwas podfosforawy H^3PO^2.

4) Kwas hypotetyczny H^3PO, czyli przedstawiając tę formułę inaczej: $PH^2(OH)$. (Znane są tylko związki organiczne, powstałe z tego kwasu).

Te trzy ostatnie kwasy 2), 3), 4), są to połączenia fosforu z tlenem, chemicznie niedokompletowane: brakuje im do tego chemicznego zakończenia pewnej ilości tlenu.

Wszystkie te niedotlenione związki fosforowe mają tę wspólną cechę chemiczną, że dążą do zupełnego utlenienia się, t. j. do przejścia w kwas fosforowy. Będąc zaś kwasami słabej koncentracyi, nie wytwarzają one żadnych zmian miejscowych przy stosowaniu podskórnem.

Wszystkie wyżej wymienione kwasy fosforowe powstają przez utlenienie fosforowodoru H^3P. Pamiętać jednak należy, że fosforowodór prócz tego rodzaju zmian z tlenem, podlega jeszcze innym chemicznym kombinacyom. W nim bowiem atom wodoru może być zamieniony na różne węglowodory. Tworzą się w ten sposób fosfiny wszelkiego typu. Jeżeli więc jeden, dwa lub wszystkie trzy atomy wodoru w H^3P, zamienimy na odpowiednią ilość węglowodorów (CH^3), to otrzymamy następujące formuły fosfinów:

$PH^2(CH^3)$ = połączenie metyl-fosfinowe
$PH(CH^3)^2$ = » dimetyl-fosfinowe
$P(CH^3)^3$ = » trimetyl-fosfinowe.

Wszystkie te fosfiny przez stopniowe utlenianie się przechodzą w kwasy fosfinowe.

Przy stosowaniu fosfacidu należy, oprócz innych objawów, zwracać szczególną uwagę na obraz krwi.

W odsetkowym podziale wszelkich leukocytów (białych ciałek krwi) w ustroju gruźliczym daje się zauważyć pewien typ specyalny. Grupują się tam w określony mniej więcej liczbowy stosunek neutrofile i limfocyty. Według tej odsetkowej segregacyi sądzić można o stopniu zaburzenia chemiobiozy przez zakażenie gruźlicze. Działanie zaś fizyologiczne fosfacidu w takich razach pozwala zauważyć stale się powtarzającą zmianę wśród tych grup. Jeżeli zmiana ta zbliża się do typu gromad, jaki spostrzegamy zwykle w zdrowych ustrojach, to jest to dowodem, że leczenie w danym przypadku postępuje prawidłowo. W przeciwnym razie, gdy odsetkowe grupowanie się tych gromad pod wpływem leczenia fosfacidowego wcale się nie zmienia, oznacza to, że albo dawka fosfacidu jest niedostateczną dla danego przypadku — lub też, że przy stwierdzeniu jednocześnie odczynu autotuberkulinowego, chemiobiologiczny stan leczonego ustroju jest ostatecznie zachwiany.

Dla przykładu weźmy przypadek znacznie posuniętego zakażenia gruźliczego, które klasyfikacya Turbana zalicza zwykle do kategoryi trzeciej.

Phthisis chronica fibrosa pulmonis utriusque, praecipue dextri. Cavernae pulm. dextri. Adhaesion. pleural ambilater. Ulcus tubercul. profund. linguae.

Początek choroby przed pięciu laty po silnem zaziębieniu; następnie kilka krwotoków nieobfitych. Obecnie osłabienie, wychudzenie, dreszcze niewielkie, bezsenność, duszności, kłucia w klatce piersiowej. Plwocina skąpa (do 60 cm³), trudno się wydzielająca. Łaknienie mierne, stolec wstrzymany. Przedmiotowo: ciepłota 37·2—38·6. Waga 58 kilogr. (mężczyzna dużego wzrostu, lat 46). Obciążenie dziedziczne ze strony ojca. Prątki gruźlicze po 5—8 w polu widzenia, obecność włókien elastycznych. Tętno 80—90. Oddech bardzo często płytki, przyspieszony. Klatka piersiowa: stłumienie w szczycie po prawej stronie z przodu do czwartego żebra, z tyłu do połowy łopatki. Zaostrzenie wdechu i wydechu z przodu przy nielicznych rzężeniach drobnobańkowych dźwięcznych, szczególnie w części nadbrzeżnej płatu górnego w okolicy od drugiego do trzeciego żebra tuż przy mostku. Z tyłu również wdech i wydech zaostrzony. Wydech nawet prawie oskrzelowy bez rzężeń. Po lewej stronie w szczycie z przodu przytłumienie do trzeciego żebra, z tyłu do grzebienia łopatki. Wdech z przodu i z tyłu silnie zaostrzony, wydech chuchający bez rzężeń.

Badanie krwi wykazało: Hemoglobiny 60%, ciałek czerwonych w 1 mm³ 3,500.000, ciałek białych w 1 mm³ 12,000. Jakość ciałek czerwonych prawidłowa, odsetkowy stosunek białych, jak następuje: wielojądrzaste 88%, z tego neutrofile 87, eozynofile 1; jednojądrzaste 12%. w tej liczbie przewaga postaci małych limfocytów *).

Jeżeli do wywiadów i stanu przedmiotowego dołączymy badanie krwi, to z tych wszystkich danych możemy mówić o stanie zaburzenia spraw chemiobiologicznych w każdym przypadku zakażenia gruźliczego Rozejrzawszy się w tem wszystkiem, możemy wówczas określić mniej więcej odpowiednią dawkę fosfacidu dla danego chorego. Tak też i w przypadku obecnie rozbieranym: Jeżeli do wyników badania fizycznego, które już same przez się mówią o daleko posuniętem zakażeniu gruźliczem, dodamy jeszcze badanie krwi, to pogłębi się nasze przeświadczenie o zaburzeniu spraw chemiobiologicznych danego ustroju. Nizki odsetek hemoglobiny (60%), niedostateczna ilość czerwonych ciałek krwi (3,500.000 zamiast 5,000.000), a natomiast zwiększona prawie w dwójnasób ilość białych ciałek 12.000 (norma 7600) w 1 mm³, wszystko to jasno wskazuje, iż stan chorego jest poważny. Odsetkowy stosunek gromad białych

---

*) Dla łatwiejszego oryentowania się wśród tego wzajemnego stosunku odsetkowego białych ciałek krwi (leukocytów), przedstawia go Romanowski w formie ułamka. Licznikiem tego ułamka jest odsetkowa ilość neutrofilów i eozynofilów — mianownikiem zaś ilość limfocytów.

Wobec energicznego działania fosfacidu na białe ciałka krwi, dla ściślejszej kontroli tych zmian, jakie fosfacid wśród nich sprawia, licznik i mianownik dzielą się jeszcze każdy na kilka gromad. I tak: licznik składa się z trzech gromad 1) neutrofile jednojądrzaste, 2) neutrofile kilkojądrzaste, 3) eozynofile. Mianownik zawiera cztery gromady, 4) limfocyty małe, 5) limfocyty duże, 6) myelocyty i 7) ciałka przejściowe.

Przedstawiając odsetkowy stosunek białych ciałek krwi naszego przypadku w ułamkowej formie, będziemy ją mieć jako:

$$\frac{\underset{\text{1) 1-jądrz. neutr.}}{79} + \underset{\text{2) kilkojądrz. neutr.}}{8} + \underset{\text{3) eozynofile}}{1}}{\underset{\text{4) małe limf.}}{8} + \underset{\text{5) duże limf.}}{2} + \underset{\text{6) myeloc.}}{1} + \underset{\text{7) c. przejść.}}{1}}$$

Streszczając tę formułę mamy ułamek $^{88}/_{12}$.

ciałek krwi w omawianym przypadku również różni się od prawidłowego. Mamy tu zwiększoną ilość wielojądrzastych (88% wobec normy 75%), a znacznie zmniejszony jest odsetek jednojądrzastych (tylko 12% wobec 25% normy). Taka leukocytoza przy zakażeniu gruźliczem jest wielce niepożądana. Jest to objaw, wskazujący zwykle, że mamy do czynienia z zakażeniem mieszanem, że wraz z prątkami gruźliczymi działają jeszcze mikroby ropotwórcze. Potwierdza to zwykle i charakter gorączki.

Mieszane zakażenia gruźlicze z odcieniem septycznym znacznie utrudniają leczenie fosfacidem i nakazują ostrożność w dawkowaniu tego leku.

W obecnie roztrząsanym przypadku mała ilość czerwonych ciałek krwi i nizki odsetek hemoglobiny wymagałyby zastosowania fosfacidu w dużych stosunkowo dawkach. Właściwości krwiotwórcze tego środka są bowiem znaczne.

W danym przypadku jednak mimo silnej niedokrwistości nie możemy się decydować na wielką dawkę fosfacidu, gdyż przeszkadzają temu inne jeszcze czynniki. Prócz wyżej wykazanych, liczyć się tu musimy także i z natężeniem zakażenia gruźliczego. O jego natężeniu mówią nam nietylko zewnętrzne oznaki, ale także i wzajemny stosunek grup białych ciałek krwi. Według wyżej przytoczonej formuły, przedstawiają one ułamek nieprawidłowy $^{88}/_{12}$. W zestawieniu tych liczb widzimy, iż odsetkowa ilość limfocytów w danym ustroju gruźliczym jest znacznie mniejszą w porównaniu z neutrofilami. Prace Bartla i Bergela, a także innych badaczy (Eisenberg »Przegl. lekarski« 1910 Nr 30) udowodniły, że jest pewien odwrotny stosunek między zakażeniem gruźliczem i limfocytami. Klinika zaś stwierdziła, że gdzie badanie krwi wykazuje w przybliżeniu prawidłową odsetkową ilość limfocytów, tam zakażenie gruźlicze wielkiego natężenia niema.

Biorąc na uwagę stan ogólny chorego, zmiany fizyczne, tudzież całokształt badania krwi, jak również mając na względzie działanie fosfacidu na ustrój gruźliczy, winniśmy w omawianym przypadku zastosować niewielką dawkę tego leku.

Przy obecnej konstrukcyi chemicznej fosfacidu za taką odpowiednią dawkę w danym przypadku uważać możemy 0,05 (t. j. jedną przedziałkę tuberkulinowej strzykawki »Record« o objętości 1 cm³ podzielonej na 20 części). Wstrzykuje się podskórnie zwykle na plecach, a także w okolicach pośladkowych, wstrzykiwania te można też stosować śródmięśniowo. Miejsce ukłucia obmywa się eterem, igłę wyciera się i przestrzykuje również eterem. Fosfacid jest aseptyczny i w obecnym swym składzie nigdy żadnego miejscowego odczynu nie wytwarza, nawet zaczerwienienia skóry nigdy nie wywołuje. Po wstrzyknięciu miesi się miejsce wstrzyknięcia dość silnie, gdyż inaczej pod wpływem znajdującego się w jednym punkcie fosfacidu następuje tam wzmożony rozrost tkanki łącznej, który później pozostawia podskórne stwardniałe guzki. Miesienie po wstrzyknięciu zapobiega temu. Obolałości niema żadnej, jeżeli igła weszła w tkankę podskórną. Chorzy odczuwają tylko lekkie pieczenie, które po kilku minutach przechodzi.

Po upływie 24 do 36 godzin (rzadko wcześniej), jeżeli użyto za dużej dla naszego przypadku dawki fosfacidu, następuje odczyn autotuberkulinowy w postaci podniesienia ciepłoty, zwiększonego kaszlu, ogólnego zaostrzenia wszystkich zmian przedmiotowych chorego ustroju. Słowem odnajdujemy wtedy wszystkie objawy, następujące zwykle po zastosowaniu tuberkulin.

Jeżeli widoczne są jakie owrzodzenia gruźlicze (na podniebieniu, języku lub też toczeń na skórze), wtedy stają się one przekrwione, boleśniejsze i więcej ropy na nich się tworzy. Odczyn autotuberkulinowy i tu więc jest widoczny. Przy leczeniu fosfacidem trzeba bezwarunkowo zwracać baczną uwagę na ogólny stan chorego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Hochhalt. **O leczeniu zakażenia ogólnego śródżylnemi wstrzykiwaniami sublimatu.** (Tow. lek. szpit. Budapeszt 1910, XI). Leczenie zakażenia ogólnego stoi dotąd na bardzo chwiejnych podstawach i dlatego H. zaleca sposób, który w licznych przypadkach oddał mu cenne usługi, a mianowicie śródżylne wstrzykiwania sublimatu. 3—4 miligramów, wstrzykniętych do żyły, nie wywołuje żadnych objawów, a wiąże toksyny drobnoustrojów i wstrzymuje dalszy rozwój bakteryi. Można podawać bez szkody nawet większe dawki 0,01, a Bársony, który właściwie podał ten sposób, wstrzykuje kilkanaście razy, nieraz ogółem 138 mg bez objawów zatrucia. Zdaniem autora należy próbować w przypadkach ogólnych zakażeń chirurgicznych i położniczych koniecznie tego sposobu leczenia, stosując 4—5 mg na raz, ew. drugi raz wieczorem, a potem co dzień dalej; w razie objawów w jamie ustnej, lub nerkach przerywa się leczenie. — Podług Angyána wstrzykiwania podskórne sublimatu oddają cenne usługi przy nagminnem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych. K.

Fühner. **Badania farmakologiczne nad uśpieniem mieszanem.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 4). W ostatnich czasach gorąco polecają kombinacye środków przy uśpieniu; skombinowane środki działać mają pewniej, a nawet znacznie silniej, niż suma arytmetyczna owych przetworów, czyli że działanie środków ma się wzajemnie potęgować. F. przeprowadził w tej sprawie badania doświadczalne na zwierzętach i doszedł do wniosku, że przy środkach obojętnych kombinacya działa tylko jako suma danych środków, zaś przy łączeniu środków obojętnych z zasadowymi, n. p. morfiny, skopolaminy i t. p. z chloroformem, silniejsze działanie polegać może ewentualnie tylko na zmianie stopnia rozpuszczalności narkotyku w wodzie lub lipoidach, przez co większa niż zwykle ilość danego środka działa na ustrój. — Natomiast nie wierzy F. w to, by środki nawzajem potęgować mogły swe działanie usypiające. K.

Sachs. **Ropotok zębodołowy i jego skuteczne leczenie.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 45). Ropotok zębodołowy (pyorrhoea alveolaris) jest cierpieniem częstem, a uporczywem. Cechuje go odsuwanie się dziąsła, zwłaszcza na zębach dolnych siecznych, złogi kamienia, a za uciskiem na dziąsło wypływ ropy. Panuje mylne przekonanie, że nie należy wtedy usuwać kamienia, »bo zęby wypadną«. — Ropotokowi bardzo często towarzyszy (a może go nawet wywołuje) jakieś schorzenie ogólne, tak że przy obecności ropotoku lekarz powinien zwrócić uwagę na cały ustrój, wyszukać przyczynę i starać się w pierwszym rzędzie o jej usunięcie; zwłaszcza chodzi tu o cukrzycę, o kiłę, gruźlicę i skazę moczanową. Miejscowo dołącza się drażnienie, wywołane tworzeniem się kamienia. Leczenie miejscowe polega na usunięciu kamienia i ziarniny, przypalaniu 50% kwasem mlecznym, szlifowaniu zębów i skrupulatnem leczeniu następowem, w postaci częstych rewizyi zębów, odczyszczań i pielęgnowania jamy ustnej, przy stosowaniu miesienia dziąseł palcem, obsypanym kwiatem siarczanym. W przypadkach uporczywych próbują ustalania zębów zapomocą mostków, ewentualnie reimplantacyi. Ropotok po 40. roku życia występuje niemal u 50% ludzi. K.

Kobrak. **Tonsillotomia, czy tonsillectomia?** (Mediz. Klinik 1911, Nr 7). Od dłuższego już czasu toczy się spór, czy w razie schorzeń migdałów należy je obcinać, czy też wycinać doszczętnie. Amerykanie n. p. zwykle postępują doszczętnie. Natomiast autor jest zdania, że migdały należy doszczętnie usuwać tam, gdzie obecność ich grozi ciągłem niebezpieczeństwem, a więc głównie u starszych, przy ciągle wracających okołomigdałowych ropniach lub migdałach pełnych zaułków, płaskich, powodujących nawroty gośćca. Natomiast zwykłe duże migdały u dzieci, sprawiające mechaniczne tylko przypadłości, nadają się do obcięcia. — U starszych wystarcza nawet do wyłuszczenia znieczulenie miejscowe, nawet popędzlowanie 15—20% alypiną (lepsza od kokainy, bo nie wywołuje krwawień następowych). — Krwotok zwykle ustaje sam, ewentualnie wystarcza ucisk palcem przez kilka minut, rzadko uciekać się potrzeba do zabiegów innych. K.

Holzknecht. **O nowszych postępach w badaniu przewodu pokarmowego promieniami Röntgena.** (Tow. lek. Berlin 1910, XII.). Badanie przesunięć przełyku ułatwia nieraz rozpoznanie cierpień śródpiersia i narządów klatki piersiowej, a często udaje się rozpoznać także raka przełyku. W cierpieniach żołądka oddaje badanie rentgenowskie obecnie już nieocenione usługi (zwężenia, zrosty, blizny, wrzody drążące, zmiany kształtu żołądka, przesunięcia i t. p.). Skurczenie żołądka przemawia za wrzodem, podobnie ułożenie odźwiernika po stronie lewej. Rentgenoskopię wyzyskujemy także prognostycznie. Przy guzach, o ile żołądek w obrazie rentgenowskim ma jeszcze postać haka, zwykle można operować, natomiast przy guzach leżących wysoko, a poprzecznie, już nie. Niedomykalność odźwiernika przemawia pzeciw operacyi. Rentgenoskopia kiszki grubej, jelita ślepego (ruchomość nadmierna i t. p.) oddaje obecnie również nieocenione usługi. Przed każdą operacyą brzuszną powinno się obecnie o ile możności przeprowadzić badanie rentgenowskie. K.

Cholzoff. **Leczenie wrodzonych uchyłków pęcherza moczowego i ich znaczenie kliniczne.** (Archiv f. klin. Chir. T. 94. Z. 1., 1910). Uchyłki pęcherza moczowego mogą być wrodzone lub nabyte. Powodem uchyłków nabytych może być dłużej trwająca przeszkoda w oddawaniu moczu; naprzód rozwija się przerost warstwy mięsnej, następnie przy wzmagającem się ciśnieniu śródpęcherzowem wypuklają się odcinki błony śluzowej pomiędzy beleczkami mięsnemi i dochodzi do powstania uchyłka, którego ściana składa się jedynie z błony śluzowej. Zdarza się często, że do uchyłka wrodzonego uchodzi moczowód. Charakterystyczną jest rzeczą, że uchyłki wrodzone występują częściej pojedynczo, niż nabyte; uchyłki nabyte częściej są mnogie. Najczęściej spotyka się uchyłki wrodzone na tylnej ścianie pęcherza, nieco rzadziej na bocznych ścianach, a najrzadziej na przedniej i górnej ścianie. Małe, niepowikłane inną sprawą uchyłki mogą nie dawać żadnych objawów. Uchyłki duże wyczuwa się często jako guzy, oddawanie moczu bywa utrudnione, chorzy skarżą się na uczucie niezaspokojenia potrzeby po oddaniu moczu, czasami oddają mocz w dwu porcyach, czasami cierpią na częste parcie, a nawet na zupełne lub niezupełne zatrzymanie moczu. Jeżeli pęcherz taki ulegnie zakażeniu, co stać się może w następstwie badania narzędziem, lub też samoistnie, to na pierwszy plan występują objawy nieżytu pęcherza. Jako powikłania mogą wystąpić wodonercze (hydronephrosis), roponercze (pyonephrosis) lub zapalenie miedniczek i nerek. Rozpoznanie uchyłka bywa bardzo trudne i po większej części sekcya go dopiero wykrywa. Dość ważnym objawem jest oddawanie moczu w dwu porcyach; jeszcze ważniejszym, bo rozstrzygającym objawem jest stwierdzenie guza w okolicy pęcherza po wypełnieniu pęcherza płynem i znikanie guza po wypuszczeniu płynu; przy dużych uchyłkach jest to objaw niezawodny, ale wyraźnie występuje on tylko wtedy, jeżeli uchyłek leży na przedniej ścianie pęcherza, mniej wyraźnie, gdy uchyłek leży na bocznych ścianach, a całkiem go niema, jeżeli uchyłek leży na dnie pęcherza. Całkiem pewnie można uchyłek rozpoznać cystoskopem. Uchyłki przy niezakażonym pęcherzu są dla chorych po największej części obojętne; z chwilą zakażenia pęcherza niebezpieczeństwo jest wielkie z powodu powikłań sprawami wyższych dróg moczowych, a śmiertelność wynosi wedle Englischa 88·1%. Ponieważ główne niebezpieczeń-

stwo leży w zatrzymywaniu się moczu w uchyłku, musi być zadaniem leczenia usunąć to zatrzymywanie się, co osiągnąć można przez osączkowanie uchyłka na zewnątrz lub doszczętne wycięcie uchyłka. Jeżeli chodzi o osączkowanie uchyłka, to dostać się do niego można zewnątrzotrzewnie od przodu, jeżeli uchyłek leży na przedniej lub bocznej ścianie pęcherza; do uchyłków na tylnej ścianie pęcherza wiedzie droga zazwyczaj przez jamę otrzewną. Tą samą drogą iść należy, jeżeli chodzi o zupełne usunięcie uchyłka. Tylko duże uchyłki na tylnej ścianie pęcherza mogą wymagać utorowania drogi przez kość krzyżową, którą trzeba czasowo resekować. Jeżeli na szczycie uchyłka znajduje się moczowód, należy go przeciąć i wszczepić do pęcherza. Przy silnie zakażonym pęcherzu, jeżeli jeszcze i ogólny stan chorego jest niedobry, należy naprzód założyć przetokę nadłonową, a dopiero po polepszeniu się warunków miejscowych i ogólnych można przystąpić do operacyi.

Pisarski.

Położnictwo i ginekologia.

Doc. Góth. **Studyum kliniczne nad 700 przypadkami zapalnych guzów przydatków.** (Arch. f. Gyn. tom 92, zesz. 2). W ostatnich latach zaznaczyła się u wszystkich klinicystów dążność do zmiany w dotychczasowem leczeniu zapalnych guzów przydatków, na korzyść leczenia zachowawczego, bez względu na rodzaj przebytego zapalenia. Najczęstszą przyczyną zapalenia jest zresztą zakażenie wiewiórowe, które w przeważającej liczbie przypadków napewno daje się wykazać, w znacznej ilości jest bardzo prawdopodobne, a we wszystkich innych nie wyłączone, bez względu na to, czy zapalenie to pozostaje w związku z połogiem, czy nie. W przypadkach autora (700), 60% chorych kobiet było zamężnych, 36% wolnych, 3·25% owdowiałych, a 0·75% rozwiedzionych, 38·5% wszystkich tych kobiet było bezdzietnych, 28·8% rodziły tylko raz, 13% dwa razy, 19·5% 3—11 razy. Daty te wykazują, że mniej więcej u $^1/_3$ kobiet z guzami przydatków występuje stała niepłodność pierwotna, a u nieco tylko mniejszej liczby niepłodność następowa, t. zn. po pierwszym porodzie. Do głównych objawów zmian zapalnych w przydatkach należą bole stałe, bole w czasie peryodów, krwawienia i upławy. Najstalszym objawem jest ból, który też na 700 chorych wystąpił u 676; na bole w czasie peryodu uskarżało się 55, na krwawienia 219, a na upławy 223 chorych. Zauważono, że nasilenie bolów nie pozostaje w związku z wielkością guzów i że stopień bolów nie zawsze przebiega równolegle z tkliwością przy dotyku. Bole te zależą, zdaniem autora, nierzadko od zmian otrzewnej; do różnego jej zajęcia należy też odnieść te przypadki, gdzie chore skarżą się stale na ból tylko jednostronny, a badanie wykazuje te same guzy po obu stronach. Bardzo szczegółowo omawia autor zachowanie się peryodów. Gdy większość autorów podaje, że peryody występują zwykle regularnie lub wcześniej i zawsze obficie, to autor zauważył, że bardzo często występują peryody raczej w spóźnionym terminie i w ilości zmniejszonej. I tak na 561 spostrzeganych peryodów występowały one 263 razy we właściwym czasie, 103 razy wcześniej, a 195 razy później, i o ile nie trwały prawidłowo długo (400 razy), to w większej części przypadków krótko, w mniejszej zbyt długo (98: 62), bez względu na to, czy peryod wystąpił wcześniej, czy później. Pod względem zachowania się ciepłoty ciała w stosunku do peryodów, rozróżniano 3 grupy przypadków: 1) Peryody przebiegały bez gorączki (350), 2) występowały w czasie trwania gorączki (175), 3) przy bezgorączkowym zresztą stanie ciepłota ciała podnosiła się tylko z chwilą wystąpienia peryodu, albo już 1—2 dni przedtem (100), t. zw. gorączka menstruacyjna. Ciekawe jest spostrzeżenie, że tak w grupie przypadków z gorączką menstruacyjną, jak w tej, gdzie peryody występowały w okresie stałej gorączki, przeważały peryody spóźnione, co przemawia przeciw tłomaczeniu tych peryodów spóźnionych zmniejszoną czynnością jajników wskutek zbliznowaceń ich miąższu w późnym okresie choroby; natomiast spostrzeżenia powyższe wykazują, że znaczne nawet spóźnienia w miesiączkowaniu mogą wystąpić właśnie w okresie ostrym. Autor wykazał, że także w przypadkach bezgorączkowych, gdzie peryody występowały w okresie spóźnionym i skąpo, chodziło również o przypadki świeże, natomiast po ustaniu objawów ostrych, peryody zaczęły występować regularnie lub wcześniej. Od tych typów miesiączkowych należy jeszcze odróżnić nieregularne krwawienia, które zależą prawdopodobnie od zmian macicznych na tle przekrwienia zapalnego. — Gorączka była dość częstym objawem chorobowym (4%). Najczęściej, bo w 260 przypadkach, wynosiła ona 37·1—38°, w 125—38—39°, w 57—39—40°, a w 7—40—41°. Mniej więcej w połowie wszystkich przypadków trwała ona najwyżej 7 dni, w 93 najwyżej 14 dni, w 69 najwyżej 4 tygodnie, a w 81 ponad miesiąc. Szczególnego typu gorączki nie zauważono. — Z powikłań najczęściej zauważono pochylenie macicy ku tyłowi, a szczególnie położenie macicy ku tyłowi (retropositio). — Sprawa chorobowa wystąpiła obustronnie 601 razy = 85·7%, jednostronnie 99 razy = 14·3%. — Leczenie w okresie ostrym: zupełny spokój i pęcherz z lodem na stałe lub naprzemian z okładem wysychającym (szczególnie na noc). Przy łatwym dostępie do ogniska zapalnego od sklepienia pochwowego można działanie nizkiej ciepłoty stosować od pochwy przez zastosowanie specyalnego przyrządu chłodzącego, przez który przepuszcza się 2 razy dziennie po 20 litrów wody wodociągowej. Po ustaniu gorączki i tkliwości przy ucisku można rozpocząć leczenie zmierzające ku wessaniu wysięku, rozpoczynając jednak zawsze od okładów Priessnitza, celem przekonania się, jak sprawa zapalna oddziaływa na usunięcie zimna. Jeżeli tkliwość i gorączka znowu wystąpią, należy natychmiast wrócić do stosowania lodu, w przeciwnym razie, jeżeli chore wilgotne ciepło okładów dobrze znoszą, można równocześnie stosować gorące przestrzykiwania 2 razy dziennie, rozpoczynając od miernej ciepłoty, którą zależnie od wrażliwości chorych można co 2—3 dni podnieść o jeden stopień aż do 45—50° C. Ze środków ułatwiających wessanie wysięku stosowano od pochwy co 2—3. dzień tampony, napojone 10—20% glicerynowym rozczynem ichtyolu i gorące kąpiele (35—40°), zwracając jednak zawsze pilną uwagę na samą sprawę chorobową, ponieważ odczyn, z początku niewidoczny, może nieraz nagle wystąpić dopiero po pewnym czasie (szczególnie po przestrzykiwaniach gorących). W ostatnich czasach polecają zamiast kąpieli i przestrzykiwań stosowanie gorącego powietrza, chociaż i tutaj zaostrzenia choroby nie są wyłączone. Dobre wyniki leczenia gorącem powietrzem osiągnąć można w przypadkach stosunkowo świeżych, a za właściwą chwilę do zastosowania tego leczenia należy uważać ten okres, kiedy wahania ciepłoty ciała i tkliwość przy ucisku na pewne zupełnie już ustały. Miesienie stosowano tylko w tych przypadkach guzów przydatków, gdzie chodziło o odprowadzenie lub podniesienie ustalonego tyłozgięcia macicy, ale naturalnie poza okresem ostrym. Przeciw upławom stosowano albo tampony ichtyolowe, albo, jeżeli wykazano gonokoki, tampony protargolowe 20%. Tam, gdzie objawy zapalne już dawno minęły, a upławy uporczywie dalej się utrzymywały, stosowano niekiedy śródmaciczne wycierania 10% rozczynem argentaminy lub 20% protargolu, jeżeli wykazano gonokoki, gdzie zaś gonokoki wykazać się nie dały, stosowano wycierania 10% rozczynem chlorku cynkowego lub nalewką jodową. Na 31 w ten sposób leczonych przypadków, u 11 wystąpił mniej lub więcej silny odczyn, co nakazuje wielką ostrożność przy stosowaniu leczenia śródmacicznego. W pozostałych przypadkach (20) wynik tak co do upławów, jak i krwawień był zadowalniający. — W 8 przypadkach musiano się uciec wyjątkowo do wyskrobania macicy z powodu długotrwałych nieregularnych krwawień; silniejszy odczyn wy-

stąpił po tym zabiegu u trzech chorych, mimo że go stosowano w okresie przewlekłym. Krwawienie ustało wprawdzie we wszystkich przypadkach, mimo to jednak należy wyskrobanie macicy przy guzach przydatków ograniczyć do wyjątkowych tylko przypadków, gdzie krwawienia opierają się wszelkiemu innemu łeczeniu (gorzknik [hydrastis], styptycyna, okistyptyna, sporysz, przestrzykiwania). — Obok powyższego leczenia samej choroby, należy pilną uwagę zwrócić na ogólny stan chorych i regularne wypróżnienia. W szczególności należy leczyć bardzo często równocześnie występującą błednicę, przypadłości nerwowe i bezsenność; o ile bezsenność wywołują bole, nie można się obejść bez morfiny lub aspiryny. W końcu podaje autor wyniki lecznicze, spostrzegane u 393 chorych w czasie ich pobytu w klinice. E. Ehrenpreis.

Ph. Jung. **Dalsze doświadczenia nad możliwością wstępującej gruźlicy narządu rodnego.** (Arch. f. Gyn. tom 92, zesz. 3).

E. Engelhorn. **Przyczynek doświadczalny do sprawy wstępującej gruźlicy kobiecego narządu rodnego.** (Arch. f. Gyn. tom 92, zesz. 3).

Ponieważ wyniki pierwszego szeregu doświadczeń Junga, wykazujące możliwość wstępującego zakażenia gruźliczego w narządzie rodnym żeńskim, spotkały się z krytyką niektórych autorów, powtórzył Jung swoje doświadczenia, uwzględniając przy nich poczynione mu zarzuty. W tym celu wprowadził do narządu rodnego 33 królików świeży materyał perliczy, jużto przez jamę brzuszną do lewego rogu macicy (20), już w postaci wstrzykiwań do pochwy (13). W 5 przypadkach otrzymał znowu wynik dodatni, w tem znaczeniu, że niewątpliwie można było wykazać postępowanie zakażenia gruźliczego z dołu ku górze. Wyniki te potwierdziły zresztą zupełnie niedwuznacznie preparaty drobnowidowe, wykazujące najsilniejszy rozwój sprawy gruźliczej w dolnych częściach zajętego rogu drugiego, a coraz słabszy rozwój w odcinkach górnych, najlepszy dowód, że sprawa postępowała z dołu do góry. Bezwątpienia, że ten typ wstępujący zakażenia gruźliczego występuje u ludzi stosunkowo rzadko, mimo to jednak należy przypadki gruźlicy narządu rodnego u kobiet, w których sekcya nie wykazała poza tym narządem żadnego innego ogniska, uważać — na podstawie powyższych badań — za gruźlicę pierwotną wstępującą tego narządu. Chcąc wyniki swych badań oprzeć na zupełnie pewnych podstawach, starał się autor jeszcze o zbadanie, w jaki sposób nieruchome zresztą bakterye gruźlicze mogą wędrować przeciw prądowi wydzielin z dołu do góry. Tych właśnie badań podjął się jego asystent Engelhorn. Wiedząc, że i przy zakażeniu połogowem, jakoteż tryprowem, bakterye, nie posiadające własnych ruchów, zawsze wywołują wstępujący typ zajęcia narządu rodnego, był Jung już z góry przekonany o dodatnim wyniku badań Engelhorna. — Engelhorn wprowadzał królikom wysoko do pochwy, przed części pochwowe rogów macicy, delikatnie sproszkowany karmin. Po 1—15 dniach zabijano zwierzęta chloroformem, celem poddania narządu rodnego dokładnemu badaniu. Na 17 przypadków karmin posunął się w 11 do góry, i to drogą błony śluzowej przy pomocy przeciwrobaczkowych ruchów macicy; wielką rolę odgrywają tu także naczynia limfatyczne. Skoro więc takie nieruchome ciała, jak karmin, bez własności zakaźnych mogły wędrować do góry, to niemniej należy to przyjąć dla materyału gruźliczego. Przeciwnicy teoryi o wstępującej gruźlicy podają między innymi jako argument bakteryobójcze działanie wydzieliny pochwowej na bakterye gruźlicze. Celem rozstrzygnięcia i tego pytania zrobił autor mieszankę z wydzieliny pochwowej wielu ciężarnych i na nią zasiewał ludzkie bakterye gruźlicze. Z takiej mieszanki (bakterye + wydzielina pochwowa) wstrzykiwał świnkom morskim do otrzewnej po 1 ctm., zaraz po zasianiu bakteryi, i następnie w 1, 3, 6, 12 i 24 godzin po zasianiu. Wszystkie zaszczepione w ten sposób świnki (14) padły po pewnym czasie z powodu gruźlicy; tem samem upada teorya o zabójczem działaniu wydzieliny pochwowej na bakterye gruźlicze.

E. Ehrenpreis.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 8 lutego 1911.

(Dokończenie).

8) W dyskusyi nad odczytem kol. Blassberga zabierają głos:

Dr Eisenberg: Jednocząc się zupełnie z kol. prelegentem w uznaniu i podziwie dla wielkiego dzieła Ehrlicha, tej, choć nie pierwszej, to jednak dotąd najwspanialszej świadomej celu próbie chemoterapii, chciałbym jednak poczynić kilka zastrzeżeń co do sposobu pojmowania skuteczności nowego leku. W myśl Ehrlicha, za którym w zupełności poszedł kol. B., ma lek ten działać pasorzytozwrotnie (parasitotrop), a przynajmniej skuteczność leku ma polegać na tem, że pasorzytozwrotność ta ma przeważać nad jego narządozwrotnością (organotropią). Otóż nie jest bynajmniej dowiedzionem, że środek rzeczywiście działa w ten sposób; doświadczenie w probówce, gdzie środek działa zabójczo na krętki, nie wchodzi tu naturalnie w rachubę w myśl poglądów samego Ehrlicha, bo decyduje tu tylko to, co się dzieje w ustroju zakażonym, gdzie stosunki są zupełnie odmienne. Znikanie natomiast zarazka w zmianach badaniu dostępnych, spostrzegane wielokrotnie, samo przez się nie pozwala rozstrzygnąć, czy zadziałał tu środek wprost na zarazek, czy też wywołał odczyn zarazkobójczy ustroju. Z tego też powodu wspomniane przez kol. B. spostrzeżenie Gerbera (wyleczenie zapalenia gardła Vincenta i czasowe zniknięcie krętka zębowego w jednym przypadku) niema siły dowodowej, nadto zaś skuteczność w pokrewnej sprawie jest niepewną podstawą do wniosków, jak tego dowodzi fakt, że »606« ma być skuteczny w zimnicy trzeciaczkowej, a zawodzi w czwartaczce i zimnicy zwrotnikowej. Nie można też przytaczać jako dowodu spostrzeżenia, że w niektórych przypadkach odczyn Wassermanna przy zmianie pierwotnej ujemny, pod wpływem »606« zmienia się w dodatni, aby potem dopiero zniknąć, możliwe tu jest bowiem zupełnie inne tłómaczenie na podstawie doświadczeń najnowszych Friedberga i Masudy, którzy znaleźli, że wstrzyknięcie arsenobenzolu, podobnie jak to dawniej wiadomo było o wyskoku, pilokarpinie, gwajakolu, atoksylu, wzmaga w znakomity sposób (do 20 razy) wytwarzanie swoistych ciał ochronnych. Wogóle zaś wyciąganie zasadniczych wniosków co do przebiegu sprawy chorobowej i skuteczności leków z zachowania się odczynu Wassermanna, np. ze znikania odczynu po leczeniu, wydaje mi się niedopuszczalne, ponieważ dotąd nie wiemy nic pewnego o tem, jaki właściwie zachodzi związek między zarazkiem kiły, a tym odczynem, a na ogół skłonni jesteśmy w nim widzieć nie działanie swoistych odczynników, lecz wyraz zmian fizykochemicznych w składzie krwi pod wpływem zakażenia. Wreszcie przeciwko bezpośredniej zarazkobójczości nowego środka przemawiałby fakt kilkakrotnie spostrzeganej skuteczności mleka matek leczonych na kiłę osesków, obarczonych kiłą dziedziczną, mleka nb. wolnego od śladów arsenu; dowodzi on, że w ustroju matki musiały powstać jakieś ciała ochronne i że one to, przeniesione z mlekiem, działają w ustroju dziecka. Wreszcie z punktu zarazkozwrotności dziwna byłaby powszechnie stwierdzana wybitna skuteczność »606« w kile złośliwej, gdzie według Buschkego nie znajduje się wcale krętków lub bardzo małą ich ilość.

Natomiast cały szereg spostrzeżeń każe przypuszczać, że narządozwrotność nowego środka nie jest bynajmniej mała i że w mechanizmie jego skuteczności odgrywa ona niepoślednią rolę, zdanie, za którem wypowiadają się w ostatnim czasie Lesser i Riehl. Narządozwrotne działanie arsenu nieorganicznego, znane już dawniej z badań Cloetty, kazało przypuszczać, że i organiczne jego związki podobnie będą się zachowywać. Co do arsenobenzolu Martins wykazał, że wszystkie tkanki, z któremi się środek ten zetknie bezpośrednio, ulegają obumarciu i że w miejscu wstrzyknięcia przez dłuższy czas utrzymują się składy arsenu w tkance; spostrzeżenia, potwierdzone przez badania rentgenologiczne Ullmanna i Haudeka. Co więcej Bornstein stwierdził, że arsenobenzol, wstrzyknięty w jakikolwiek sposób, po pewnym czasie zostaje złożony w narządach wewnętrznych — wątrobie, śledzionie, mięśniach i tam utrzymuje się dość długo nawet, gdy już wydzielanie z moczem ustało. Bardach i Klausner po wstrzyknięciu arsenobenzolu spostrzegali znaczne zwiększanie się liczby krwinek czerwonych (już po kilku godzinach) i wzmożone wydzielanie urobiliny, znowu dowody jego narządozwrotności. Wreszcie spostrzegana powszechnie poprawa stanu ogólnego, często bardzo uderzająca i analogia z działaniem leczniczem arsenu w innych chorobach ogólnych, przemawiają za tem, że działanie na narządy wewnętrzne (może krwiotwórcze) i pobudzenie ich sprawności mogą stanowić ważny składnik skuteczności nowego środka, zaś omówione wyżej doświadczenia Friedbergera i Masudy pozwalają przypuszczać, że i wytwarzanie ciał ochronnych, pobudzone i wzmożone pod wpływem »606«, ma pewien wpływ na przebieg choroby. Co do wyjałowienia zupełnego ustroju, które jako ideał przyświecało Ehrlichowi w jego pracach, oczywiście tylko spostrzeżenia, na szeroką skalę prowadzone, będą mogły wydać sąd rozstrzygający, choć już dziś zdaje się ono wątpliwem; spostrzeżenia Miliana, niewątpliwie bardzo ciekawe, zbyt jednak są odosobnione, a przykład duru powrotnego, gdzie następuje rzeczywiście w większości przypadków wyjałowienie, niczego nie dowodzi, bo chodzi tam o zarazek, znajdujący się we krwi przeważnie, a nie w zaułkach narządów wewnętrznych, jak zarazek kiłowy. (Streszczenie własne).

Prof. Krzyształowicz: Sprawa doszczętnego leczenia kiły przetworem Ehrlicha nie może być naturalnie obecnie rozstrzygnięta, ale można ją roztrząsać już obecnie, przedewszystkiem ze stanowiska, czy przetwór działa zabójczo na krętki, czy też wywiera swe działanie na tkanki. Odczyn Jarisch-Herxheimera i zachowanie się jego w stosunku do dawki i sposobu wstrzykiwania, podniesienia ciepłoty, pojawiające się z reguły po wstrzykiwaniu, zachowanie się odczynu Wassermanna, bardzo kapryśne i zmienne, wszystkie te czynniki nie dowodzą działania na krętki. Szybkie nawroty w znacznej liczbie przypadków przemawiają również przeciw temu. Wogóle przyszłość dopiero pokaże, o ile możemy liczyć na doszczętne działanie arsenobenzolu, szczególnie wtedy, gdy wypracuje się sposoby i metody użycia, które dotąd nie są jeszcze ustalone. Na razie zatem uważać trzeba przetwór »606« za środek bardzo szybko działający na zmiany kiłowe, a dalsze wnioski muszą jeszcze długo czekać na rozstrzygnięcie. (Streszczenie własne).

Dr Herman Hirsch: Prelegent wspomniał, że atoksyl w próbówce nie niszczy świdrowców. To się o tyle nie zgadza z badaniami, że i w próbówce atoksyl niszczy świdrowce, ale dopiero w rozczynie 5—6%, kiedy w ciele ludzkiem zabija je w rozczynie 1:120.000, co usprawiedliwia przypuszczenie, że działanie to nie jest bezpośredniem, ale pośredniem. Tu uderza różnica zapatrywań Uhlenhutta i Ehrlicha; kiedy pierwszy twierdzi, że wobec tak znacznego rozcieńczenia i wobec małej dawki w stosunku do wielkości ciała atoksyl nie może być świdrowcobójczym, lecz że tylko pobudza ustrój, względnie komórki do wytworzenia pasorzytobójczych istot. — Ehrlich przyjmuje, że organizm wytwarza z atoksylu przez redukcyę świdrowcobójcze pochodne połączenie chemiczne. Czy Ehrlicha zdanie w tym kierunku się utrzyma (Nevena badania zdają się za tem przemawiać) nie wiadomo; na razie doświadczenia na człowieku z tym teoretycznym aksyomatem niezupełnie idą w parze. Fritz Lesser w ostatnich czasach staje po stronie Uhlenhutta i wykazuje, że »606« wzmacnia żywotność tkanek i wzmaga naturalną odporność ciała (podobnie jak arsen wogóle), że przeważnie więc działa »organotropicznie«, a przemawia za tem: 1) szybkie ustąpienie zmian późnej kiły, w których niewiele tylko stwierdzić można krętków, 2) że złośliwej formy kiły nie powodują zbyt jadowite krętki (przeniesione na innego osobnika nie muszą złośliwej formy wywołać), że zależy ona tylko od zmniejszonej odporności ciała, że wreszcie 3) zdrowy osobnik prątkonośny (Bazillenträger) nie ulega chorobie tylko dlatego, że ustrój jego jest odporny, a nie dlatego, że prątki są mniej jadowite (nie należałoby się go bowiem bać), dostawszy się bowiem do ustroju mniej odpornego zakażą. — Co do różnicy działania według zasad Ehrlicha »parasitotrop« i »organotrop«, zaznaczyć należy, że przyjmując nawet większe powinowactwo chemiczne salvarsanu do krętków i świdrowców aniżeli do tkanek, to jednak w najlepszej kombinacyi, jeszcze tego drugiego czynnika wyłączyć nie możemy, jak nie wyłączamy działalności chloroformu na inne tkanki, choć wiemy, że on działa przeważnie na tkanki, bogate w lipoidy (szara substancya mózgu), bo i inne tkanki, choć w mniejszej ilości, zawierają lipoidy. Zasady więc »dystrybucyi« nigdy ściśle przeprowadzić nie można. Nie umniejsza to bynajmniej zasług Ehrlicha, ani wartości, ogólnie uznanej, salvarsanu, że nie wszystkie teoretyczne podstawy (już w pojęciu teoryi leży zmienność), na których ten wielki myśliciel i genialny wynalazca budował plan walki z kiłą, w przyszłości utrzymać się dadzą, jak nie zmniejsza wartości surowicy przeciwbłoniczej, jako środka znakomicie leczącego, jeżeli wiele z teoretycznych danych dawniejszych zmianie uledz musiało. Wycieniowanie szczegółowych wskazań salvarsanu bę zie rzeczą ścisłych dalszych badań w zakładach naukowych; ze stanowiska praktycznego należy się raczej dziś już zastanowić nad tem, gdzie lek ten jest przeciwwskazany. I tu zestawienie Tomaszewskiego z kliniki Lessera, oparte na własnych i innych spostrzeżeniach, jest, zdaniem mojem, bardzo cenne. Podług tego zestawienia salvarsan jest przeciwwskazany: 1) w chorobach serca (wstrzykiwania śródżylne nawet przy zupełnej domodze serca), 2) w zwyrodnieniu naczyń, 3) przy tętniakach, 4) przy znacznej pobudliwości nerwów sercowych (pojawiają się częste omdlewania i nawet stany bez tętna), 5) przy nieżycie cuchnącym oskrzeli, 6) przy wrzodach żołądka i nieżycie jelit, 7) przy zapaleniu nerek, 8) po przebytych, choć przemijających, wybroczynach mózgowych, 9) przy zwyrodnieniach ośrodkowego układu nerwowego, przy wiądzie rdzenia i porażeniu postępowem, 10) przy ogólnem charłactwie, 11) w wieku starszym, 12) w cukrzycy, nawet wówczas, jeżeli acetonu brak, 13) we wszystkich przypadkach, leczonych już poprzednio atoksylem, arsenofenylglicyną, enesolem, choćby już i rok od czasu leczenia upłynął (przypadek Fingera), 14) przy zapaleniu tęczówki, naczyniówki i nerwu wzrokowego, 15) przy porażeniach nerwu twarzowego, okoruchowego i innych, o ile wystąpiły jako objaw nawrotu po wstrzykiwaniach salvarsanu, 16) przy wszelkich zmianach nerwu słuchowego, czy one są przyrody kiłowej, czy są innego pochodzenia. — Pominąć nie można bez odpowiedzi zarzutu, który uczynił kol. prelegent farmakologii, że jest dotychczas toksykologią, nauką badającą wpływ leków, względnie trucizn tylko na zdrowy ustrój zwierzęcy, przeciwstawiając jej chemoterapię. Na to się zgodzić nie można, raczej należy farmakologię, jako taką, nazwać chemoterapią, gdyż działanie każdego leku na komórkę, względnie na narządy, musi być w pierwszym rzędzie chemiczne, względnie chemiczno-fizyczne, a podporządkować należy dopiero ogólnej tej nauce ostatnie zdobycze leczenia doświadczalnego, t. j. seroterapię, która zmusza ustrój do wy-

tworzenia leczących czynników (budowa ich chemiczna wcale nam nie jest znana) i tak zwaną przez Ehrlicha chemoterapię (która raczej etyoterapią — leczeniem przyczynowem — zwać się winna), a która zwalcza przyczyny chorobotwórcze środkami chemicznymi o mniej lub więcej znanej budowie. Na razie t. zw. chemoterapia zajmuje się tylko arsenem i jego pochodnymi. Dla stwierdzenia jak się niedocenia farmakologii (zadanie jej jest dla niezmiernej ilości kombinacyi nader utrudnione), przytoczę pokrótce doświadczenia Overtona i Meyera, które wykazują, że substancye lepiej rozpuszczalne w oliwie, niż w wodzie, działają narkotycznie (w ustroju ludzkim lub zwierzęcym mówić musimy o rozpuszczalnych w lipoidach, a nierozpuszczalnych w surowicy), że dostają się dla tej właściwości do szarej substancyi mózgowej, najbogatszej w lipoidy i że tylko dlatego działają narkotycznie; doświadczenia Bendyego i Jakobyego, które wskazują, że kwas salicylowy ma szczególne powinowactwo chemiczne do stawów, szczególnie do chorobowo zmienionych, że swoiste działanie tego środka w gośćcu polega właśnie na tem wspólnem powinowactwie do tego samego narządu (tu stawy) i leku i pasorzytów, chorobę tę wywołujących. Loeb i Michaud wykazali powinowactwo chemiczne jodoformu do gruźliczo zmienionych części ustroju. A ważne badania Nenckiego i Schoumowa o rozłożeniu się bromu w ustroju i możliwości wyparcia chloru przez brom wykazały doświadczalnie powinowactwo leków do pewnych tkanek ustroju (»dystrybucyę«). Wreszcie wspominane przez kol. prelegenta prace o potęgowaniu się leków skombinowanych, — ja podkreślę prace Bürgiego, który wykazał, że środki narkotyczne skombinowane z różnych grup nie sumują się w działaniu, ale się potęgują — wykazują niejako, jakby dla każdego leku były osobne chwytniki (receptory) komórkowe. To co Bürgi wykazał co do narkotyków, stwierdził później także co do środków odkażających. Ehrlich sam w leczeniu świdrowicy u ludzi poleca kombinacyę różnych leków, gdyż »therapia magna sterilisans« jednym lekiem, o wybitnych toksycznych właściwościach nie wydaje mu się wskazaną, chcąc zaś uniknąć odporności szczepów przez przewlekłe leczenie, łączy leki różnych grup, z których każdy z osobna jest bez działania, »organotropia« bowiem jest niejednakową dla tych leków, tak, że sumowania się trującego działania obawiać się nie należy, natomiast potęguje się świdrobójcza czynność. — A wreszcie odporność pewnych narządów ciała wobec pewnych leków daje się wytłómaczyć — zgodnie z Ehrlichem – zmniejszoną ich chciwością (Aviditätsverminderung) dla tych leków. — W uwzględnieniu tego wszystkiego, stwierdzić można, że niema różnic zasadniczych między farmakologią i gałęziami nowego leczenia doświadczalnego i że tylko z praktycznych względów tolerować można odrębne stanowisko tak zwanej »chemoterapii«. (Streszczenie własne).

Dr Blassberg w końcowem przemówieniu zaznacza, że zarzuty kol. Prof. Krzyształowicza i Dra Eisenberga streszczają się w tem, iż przetwór Ehrlicha jest także organotropowym. Otóż i z prac Ehrlicha nie wynika bynajmniej, jakoby ten przetwór nie działał na ustrój zupełnie. Jest tylko znaczny niestosunek między parasitotropią, a organotropią na niekorzyść tej ostatniej. Za możliwością »sterilisatio magna« najbardziej przemawiają, według B.: 1) udatna »sterilisatio« przy gorączce powrotnej, 2) przypadki Miliana i Schreibera zupełnie świeżego zakażenia pierwotnego kiłą u chorych, poprzednio salvarsanem wyleczonych, który to fakt reinfekcyi uważają syfilidologowie za dowód wyleczenia poprzedniego zakażenia kiłowego. Postulatem dla praktyki codziennej, wynikającym z prac Ehrlicha, jest jak najenergiczniejsze leczenie chorych kiłowych równocześnie i salvarsanem i rtęcią celem wygubienia doraźnego wszystkich krętków wywołujących zakażenie.

Sekretarz doroczny: Dr G. Grzybowski.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 4. stycznia 1911.

Przewodniczący Dr Krusche, sekretarz Dr Tomaszewski.

1) Kol. Tomaszewski przeczytał **sprawozdanie roczne** z działalności Tow. za rok 1910.

Dnia 31 grudnia 1910 r. Towarzystwo liczyło 3 członków honorowych, 17 korespondentów i 102 członków czynnych. (Patrz sprawozdanie za r. 1909). Zawieszono na rok wskutek niepłacenia składek 3 kolegów. W roku sprawozdawczym umarł b. członek Tow. lek. kol. Tumpowski, W poczet członków Tow. przyjęto kol. Garlicką, Łuniewskiego i Lewinsohna.

Zarząd stanowili: Prezes kol. Krusche, wiceprezes Sterling, sekretarz I. Sonnenberg, sekretarz II. Tomaszewski, skarbnik Littauer, bibliotekarz I. Prechner, bibliotekarz II. Wacław Jasiński, sekretarz stały Ksawery Jasiński. Komitety stałe: biblioteczny: M. Cohn, Goldmann, Trenkner. Komisya rewizyjna: Likiernik, Pański i Wisłocki. Członkowie sądu: K. Jasiński, Sterling, Grabowski, Michalski Józef, Pieniążek, zastępca Sonnenberg.

Zarząd Tow. odbył 3 posiedzenia zwyczajne i 1 nadzwyczajne, na których omawiano sprawy, rozpatrywane następnie na posiedzeniach ogólnych Towarzystwa.

Towarzystwo odbyło w ciągu roku ubiegłego 22 posiedzeń; wykładów i rozpraw odczytano 17, dłuższych przemówień 4.

Pod względem treści: I. Z dziedziny dyagnostyki: 1) Kol. Maybaum: O postępach w rozpoznawaniu chorób żołądka. — II. Z dziedziny okulistyki: 2) Kol. Garliński: O badaniu dna ocznego zapomocą przyrządu Bauma. — III. Z chirurgii: 3) Goldmann: O pooperacyjnem zapaleniu ślinianki okołousznej. 4) Perlis: O sztucznem obezkrwieniu dolnej połowy ciała sposobem Momburga. 5) Krusche: O chorobach gruczołu tarczowego i ich leczeniu. 6) Tomaszewski: O wolu u dzieci. 7) Tomaszewski: Sprawozdanie roczne z działalności oddziału chirurg. szpitala Anny-Maryi za r. 1909. — IV. Z dziedziny chorób wewnętrznych: 8) Sterling: O postępach w dziedzinie lecznictwa chorób płuc i serca. 9) Sterling: Z kliniki gruźlicy. — V. Z dziedziny chorób nosa, uszu i gardła. 10) Przedborski: Jakie usługi oddaje wiedzy lekarskiej nowoczesna laryngo-rhino- i otologia. 11) Grabowski: O inhalacyi suchej. — VI. Z psychiatryi i chorób nerwowych: 12) Kopciński: O objektywnem badaniu inteligencyi u umysłowo chorych. 13) Grossglück: Przyczynek do etyologicznego leczenia wiądu rdzenia. — VII. Z pedyatryi: 14) Jasiński Wacław: O drgawkach u dzieci. 15) Lipszyc: Kropla mleka w walce ze śmiertelnością niemowląt. — VIII. Z chemii lekarskiej: 16) Sonnenberg: O t. zw. reakcyi Nylandera na cukier gronowy. — IX. Z rentgenologii: 17) B. Kon: O postępach w dziedzinie rentgenologii.

Oprócz powyższych odczytów były 4 dłuższe przemówienia, mianowicie: Sterling: O Kochu; Pański i Goldmann: O przypadku usuniętego nowotworu rdzenia; Ruegier: O objawie Adam-Stokesa; Przedborski: O faryngoskopie Schumcherta. Chorych pokazano 33, preparatów anatomo-patologicznych 24. W porównaniu z rokiem 1909 o jeden wykład i o jedno przemówienie więcej.

Z działalności Tow. lek. należy podnieść zmiany regulaminu, tyczące się przyjmowania nowych członków, stosowania pewnych obostrzeń względem członków zalegających z opłatą składek, oraz załatwiania spraw administracyjnych Tow. (Patrz I. posiedzenie z r. 1910). Postanowiono uczcić 25-lecie istnienia Towarzystwa przez zwołanie Zjazdu lekarzy prowincyonalnych na Zielone Święta 1911 r. Opracowano regulamin w sprawie ogłoszeń lekarskich, a nadzór nad jego wypełnieniem powierzono Sekretarzowi stałemu. Postanowiono przyjąć udział w Zjeździe chirurgów polskich w Warszawie i na delegata wybrano kol. Kruschego.

2) Dalej odczytali swe sprawozdania skarbnik i bi-

bliotekarz, potem kol. Klosenberg odczytał sprawozdanie z działalności sekcyi neurologicznej za r. 1910.

3) Po przeczytaniu sprawozdań kol. Jasiński uczcił w przemowie z powodu 25-lecia lekarskiej działalności zasługi kol. Kruschego, jako lekarza, kolegi i członka Towarzystwa, a później kol. Littauerowi, Gajewiczowi, Bomaschowi i Marguliesowi złożył życzenia również z powodu ich 25-letniej działalności lekarskiej.

4) Następnie przystąpiono do wyborów członków Zarządu na rok 1911. Przewodniczącym zebraniu ogólnemu wybrano kol. Pinkusa, który na asesora zaprosił kol. Kolińskiego a na sekretarza kol. Trenknera.

Wybory Zarządu na rok 1911: Prezesem wybrano Kruschego, wiceprezesem Sterlinga, skarbnikiem Trenknera, sekretarzem I. Sonnenberga, sekretarzem II. Tomaszewskiego, bibliotekarzem I. Prechnera, bibliotekarzem II. W. Jasińskiego. Do komisyi bibliotecznej przez aklamacyę wybrano M. Cohna, Goldmanna i Trenknera. Do komisyi rewizyjnej Wisłockiego, Littauera i Pańskiego. W końcu posiedzenia balotowano i przyjęto kol. Czaplickiego, Ruegiera, Łuczyckiego, Sadkowskiego, Tennenbauma, Tennenbaumównę i Kantora.

A. Tomaszewski.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

66. Ogólne Zebranie w d. 18. lutego 1911 r.

Przed porządkiem dziennym przedstawił kol. Kossak czterech chorych, leczonych przezeń zapomocą **salvarsanu**. Trzech z nich było już opisanych na jednem z poprzednich posiedzeń. Czwarty J. P., lat 38, przed 7 laty pierwotne zakażenie, leczył się kilkakrotnie w szpitalu św. Kazimierza w Radomiu i u św. Łazarza w Warszawie; wogóle wtarto mu około 300 wcierań rtęciowych. Obecnie skarży się na ból w nogach i brzuchu, ogólne osłabienie. Przedmiotowo stwierdzono: odżywienie słabe, źrenice oddziałują na światło i przystosowanie słabo. Odruchy kolanowe osłabione, a czasami wcale ich niema. Chód prawidłowy; stojąc z zamkniętemi oczami chory chwieje się; bezład (ataxia) górnych kończyn, czucie bólowe zmniejszone, dotykowe również, brak odruchu rogówki i gardła; osłabienie siły mięśniowej. Chory zaznacza, że chodząc po twardej posadzce, ma wrażenie, jakgdyby chodził po dywanie. Prelegent wyraża przypuszczenie, czy to nie jest wiąd części szyjnej rdzenia (tabes cervicalis) w początkowym okresie.

W dyskusyi koledzy wyrażają zdanie, że wiądu niema, lecz że jest to histerya, mianowicie kol. Fidler uważa chorego za histeryka. — Kol. prelegent zaznacza również, że chorego również zna jako histeryka, dopiero w ostatnich czasach pod wpływem skarg chorego i na zasadzie wyraźnie występującego chwilami bezładu ruchów powziął podejrzenie, że to może być także wiąd w początkowym okresie, chociaż obecnie wyraża przypuszczenie, że chory jako histeryk, będąc świadkiem badania chorego na wiąd, zaczął go naśladować i stąd w błąd wprowadził. — Co do chorego tabetyka J. z Kazimierza nad Wisłą zaznacza kol. Chojko, że go zna oddawna jako nałogowego pijaka; pozatem kol. Chojko podejrzywa, czy tu nie działa sugestya, gdyż jest to człowiek względnie inteligentny. W każdym razie oświadcza się mowca za powtórnem zbadaniem. — Kol. Raszkes zaznacza, że chorego tego nie można uważać za sugestyonowanego. Przeciwnie chory ten nie chciał poddać się wstrzyknięciu »606«, potem żałował, że mu środek ten wstrzyknięto, a jednak polepszenie było widoczne, mianowicie poprawa apetytu, stanu przedmiotowego, ogólne wzmocnienie. — Kol. Cung uważa przypadek ten za »taboparalysis«, za początek prawdziwego wiądu. — Kol. Kossak zaznacza, że chory ten nie chciał pozwolić sobie wstrzyknąć »606«, dopiero po 2 dniach zgodził się. Przed »606« nic nie jadał, wymiotował, był osłabiony i wymorzony. Prawda, że obecnie czuje się »gorzej«, ale to »gorzej« jest »lepiej«, niż było przed wstrzyknięciem. — Kol. Fidler zaznacza, że przypadek ten kwadruje z wieloma innymi: wszyscy chorzy tracą bóle, następuje ogólne polepszenie; czy to była sugestya, czy nie, to nic nie dowodzi, jak również i to, czy chory nie chciał, czy chciał poddać się wstrzyknięciu. — Kol. Cung co do ostatniego chorego uważa przypadek ten za zapalenie wielu nerwów (polyneuritis); sprawa zapalna minęła, stąd poprawa. — Kol. Chojko zaznacza, że brak odruchu kolanowego może zdarzyć się i u histeryka.

I. Na przewodniczącego zebrania wybrany został kol. Przychodzki.

II. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego zebrania.

III. Kol. sekretarz odczytał sprawozdanie z działalności Towarzystwa za rok 1910, które brzmi:

»Na początku 1910 r., 8-go swego istnienia, Towarzystwa liczyło 45 członków, w tem 2 członków honorowych, 2 korespondentów i 41 członków rzeczywistych; w ciągu roku sprawozdawczego ubyło: wskutek śmierci 2, z powodu wyjazdu 2, na własną prośbę 1, razem 5; że zaś w ciągu roku przyjęto 8 (2 honorowych i 6 rzeczywistych), przeto z dniem 1. I. 1911 roku Towarzystwo liczyło 48 członków, w tem 4 honorowych, 2 korespondentów i 42 rzeczywistych. W myśl § 12 statutu ustąpili na początku roku sprawozdawczego z powodu ukończenia kadencyi: członek Zarządu kol. Pełczyński i członek Zarządu skarbnik kol. Szczepaniak. Wybory nowych członków Zarządu odbyły się 5. III., przyczem koledzy Pełczyński i Szczepaniak zostali wybrani ponownie. Po wybalotowaniu w myśl tegoż statutu członka Komisyi rewizyjnej prow. farmacyi Juliana Kasprzykowskiego tenże został dnia 30. IV. wybrany ponownie. Na miejsce członków Zarządu z powodu wyjazdu kol. Rogozińskiego i śmierci ś. p. kol. Cennère'a zostali wybrani dnia 30. IV. na członka Zarządu kol. Józef Kossak i na członka Zarządu i sekretarza kol. Tadeusz Rakowski. W roku sprawozdawczym odbyło się 8 zebrań ogólnych, a mianowicie; 5. III., 30. IV., 21. V., 18. VI., 17. IX., 15. X., 26. XI. i 17. XII. Na każdem posiedzeniu bywało średnio 15 członków, co stanowi 37% ogólnej liczby uczestników, nadto wprowadzono 7 gości. Na zebraniach tych wygłoszono 7 odczytów, oraz przedstawiano 7 pokazów. Co do treści były 2 odczyty z dziedziny chorób wewnętrznych, 2 z dziedziny chorób kobiecych, jeden z dziedziny chorób wenerycznych, jeden z dziedziny chorób zakaźnych i jeden z higieny. Odczyty były następujące: I. 30. IV. kol. Raszkes (z pokazem chorych, operowanych z wynikiem pomyślnym): a) pelveoperitonitis purulenta, b) cystis ovarii sin. myxomatosa, c) graviditas extrauterina tub. dextra, d) graviditas extrauterina interstitialis, e) graviditas extrauterina et haemotocele retrouterina. II. 26. XI. kol. Raszkes: Mięśniaki i ciąża według prof. Landau. III. 17. IX. kol. Fidler i Kossak: Przyczynek do epidemiologii i charakterystyki duru brzusznego. IV. 15. X. kol. Fidler: O chemioterapii. V. kol. Szczepaniak (tegoż dnia): Ruch chorych zakaźnych w Radomiu za sierpień i wrzesień 1910 r. VI. 17. IX. kol. Raszkes: O nowym przetworze Ehrlicha-Haty »606« i VII. lek. wet Józef Wojczyński 17. XII.: Wyniki badania bakteryologicznego wód studziennych m. Radomia i wpływ rozczynów o różnem stężeniu kwaśnego siarczanu sodu (natr. bisulfuricum) na bakterye cholery, duru i inne, przebywające w wodzie (z pokazem preparatów). Prócz tego kol. Fuksiewicz przedstawił 17. IX. chorego z objawami przymiotu: kłykcinami w gardle i rozpadłym kilakiem na goleni, leczonego pomyślnie zapomocą »606«. Wreszcie na każdem prawie zebraniu ogólnem rozpatrywano projekt organizacyi zawodowej lekarzy ziemi radomskiej.

W ciągu roku sprawozdawczego wzięło Towarzystwo udział w jubileuszu 25-lecia pracy lekarskiej i obywatelskiej kol. Henryka Fidlera w Zjeździe chirurgów polskich

w Warszawie, w jubileuszu 25-letniego istnienia Towarzystwa lekarskiego w Kremieńczugu oraz w obchodach, jubileuszowych kol. Dobrzyckiego, prof. Pareńskiego, prof. Cybulskiego. Prof. Cybulskiego i Rydygiera dnia 17. XII. zaliczono w poczet członków honorowych i zajęto się zredagowaniem odpowiednich dyplomów. Sekretaryat Towarzystwa odezw otrzymał 37, wysłał 123. Zarząd Towarzystwa zbierał się 8 razy, na posiedzeniach tych rozpatrywano wszystkie sprawy, wnoszone potem na zebrania ogólne. Posiedzenia Zarządu odbywały się w lokalu własnym przy placu Soborowym l. 1, zebrania zaś ogólne w lokalu Kasy przemysłowców radomskich; za użyczenie tego lokalu Zarząd Towarzystwa składa Zarządowi Kasy przemysłowców serdeczne podziękowanie.

W ciągu roku sprawozdawczego utraciło Towarzystwo dwóch kolegów: ś. p. kol. Wacława Cennère'a i ś. p. kol. Jana Głogowskiego.

Ś. p. Wacław Cennère urodził się w Radomiu w r. 1869, tutaj uczęszczał do gimnazyum, po którego ukończeniu w r. 1887 wstąpił na wydział lekarski w Warszawie. W r. 1894 wprost z ławy uniwersyteckiej zamieszkał w Radomiu, gdzie zajmował się głównie pracownią analityczną, a położył wielkie zasługi jako jeden z założycieli i sekretarz radomskiego Towarzystwa lekarskiego i jako sekretarz radomskiego Towarzystwa Dobroczynności Był to człowiek zacny, kolega wzorowy, pracownik niezastąpiony. Radomskie Towarzystwo lekarskie uczciło pamięć zmarłego na Zebraniu 30. IV. 1910 przez powstanie i zawieszenie jego portretu w sali posiedzeń Zarządu.

S. p. kol. Jan Głogowski urodził się w r. 1854, medycynę studyował w Warszawie. Po ukończeniu studyów w r. 1880 został mianowany lekarzem miasta Ostrowca, na którem to stanowisku pozostawał aż do śmierci w r. 1910. Zmarły był dzielnym lekarzem praktykiem i dobrym obywatelem kraju. Miasto Ostrowiec dużo zawdzięcza jego inicyatywie. Umierając, znaczny fundusz zapisał na utworzenie szkoły miejskiej w Ostrowcu. Radomskie Towarzystwo lekarskie uczciło pamięć zmarłego na Zebraniu 30. IV. 1910 roku podniosłą mową, wygłoszoną przez prezesa oraz powstaniem z miejsc.

IV. Kol. Bibliotekarz odczytał sprawozdanie za r. 1910, które brzmi:

»Biblioteka Towarzystwa w ciągu roku ubiegłego powiększyła się o 5 dzieł, zakupionych przez zarząd za 16 rb. 65 kop. W dniu 1. stycznia 1911 r. biblioteka zawierała dzieł 1082 w 1260 tomach wartości 1066 rb. Oprócz wyżej wymienionych biblioteka powiększyła się jeszcze o sto kilkadziesiąt tomów, pozostałych po zmarłych kolegach Pomperze i Cennere, których jednak z powodu braku funduszów na oprawę ich i na zakupienie nowej szafy na pomieszczenie dotąd nie skatalogowano. Czasopism prenumerowano 19, a mianowicie: Gazeta lekarska, Medycyna, Przegląd lekarski, Nowiny lekarskie, Przegląd higieniczny, Przegląd pedyatryczny, Zdrowie, Gruźlica, Medycyna współczesna, Farmacya, Ruskij Wracz, Wraczebnaja Gazeta, Prakticzeskaja medycyna, Münchener med. Wochenschrift, Centralblatt für Chirurgie, Schmidt's Jahrbücher, La semaine médicale, La revue de médecine; dwa z nich, mianowicie Medycyna współczesna i Gruźlica przestały wychodzić. Na r. 1911 oprócz wyżej wymienionych zaprenumerowano: Neurologię polską i Miesięcznik terapeutyczny. Na prenumeratę czasopism wydano 131 rb. Roczników czasopism oprawnych biblioteka posiada 252. Redakcya Medycyny i Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego warszawskiego wydawnictwa swoje przesyłały bibliotece bezinteresownie. Oprócz tego ofiarodawcami jeszcze byli koledzy: Fidler, Tanfilijew i Wołyński. Z powodu braku funduszów w r. ubiegłym książek do oprawy nie dawano. Na powtórne zakupienie zagubionych pojedynczych numerów czasopism wydano 5 rb. 50 kop.«.

V. Kol skarbnik odczytał sprawozdanie następujące: »A. Dochód: 1) Remanent z r. 1909 69·57 rb. 2) Wpisowe 18 rb. 3) Składki zaległe 114 rb. 4) Składki bieżące 378 rb. 5) Za odnajem pokoju Tow. krajoznawcz. 30 rb. 6) Wpływy nadzwyczajne 22 rb. Razem dochód 631·57 rb. B. Rozchód: 1) Lokal 180 rb. 2) Opał 27 rb. 3) Swiatło 6·76 rb. 4) Pensya woźnego 120 rb. 5) Służba na Zebraniu ogólnem 8 rb. 6) Prenumerata czasopism 131 rb. 7) Kupno książek 16·65 rb. 8) Kancelarya 34·66 rb. 9) Nadzwyczajne 20·13 kop. Razem rozchód 544·20 rb. C) Remanent na r. 1911 87·37 rb.

VI. Sprawozdanie komisyi rewizyjnej: Po sprawdzeniu książek dochodu i rozchodu za r. 1910 komisya znalazła takowe w należytym porządku. Bibliotekę po sprawdzeniu z katalogiem znaleźliśmy w należytym porządku.

VII. Kol. przewodniczący, zaprosiwszy na prowadzącego protokół kol. Tadeusza Rakowskiego i na skrutatorów kol. Chojkę i Raszkesa, zarządził wybory na prezesa, wiceprezesa, bibliotekarza i członka komisyi rewizyjnej. Po odebraniu i przeliczeniu głosów okazało się, że prezesem został wybrany kol. Henryk Fidler, wiceprezesem kol. Franciszek Kosicki, bibliotekarzem kol. Józefat Kondratowicz, a członkiem komisyi rewizyjnej kol. Feliks Bijejko, wszyscy ponownie.

VIII. Kol. Raszkes odczytał rzecz: **O kamieniach w cewce moczowej u kobiet.** Autor omawia przedewszystkiem pochodzenie, rozpoznanie i leczenie tego cierpienia, poczem przytacza swój przypadek. Chora, lat 72, cierpi od roku na bole i trudności przy oddawaniu moczu. Leczono ją bez skutku środkami wewnętrznymi. Autor cewnikiem kobiecym stwierdził kamień, który prawie całkowicie zamykał światło cewki moczowej. Po przecięciu cewki moczowej na przestrzeni 3 centymetrów usunięto kamień formy prawie sześciennej, mający w obwodzie $6^1/_2$ cm. Cewkę zeszyto czterema szwami. Zupełne wyleczenie.

W dyskusyi zaznacza kol. Chojko, że przypadek podobny opisał kol. Trepka przed 25 laty z Solca nad Wisłą.

Członek Zarządu sekretarz: T. Rakowski.

Towarzystwo lekarzy gubernii Kieleckiej.

Sprawozdanie z działalności za drugie półrocze roku 1910.

W miesiącu lipcu i sierpniu Towarzystwo posiedzeń nie odbywało, z powodu letnich feryi. Posiedzenie wrześniowe nie odbyło się z powodu niedostatecznej liczby członków (obecnych 6 członków).

Posiedzenie z d. 15 października 1910 r.

Obecnych 7 członków. Przewodniczy kol. Daszewski. Po odczytaniu protokółu, kol. Ryttel przedstawił **fotografię rentgenowską** chorego **z raną postrzałową jamy brzusznej** i podał w krótkich słowach charakter, przebieg i niektóre dane statystyczne o jamach postrzałowych jamy brzusznej; następnie przedstawił guz (**melanosarcoma**) usunięty drogą operacyi z górnej części biodra, oraz kilka historyi chorób z praktyki prywatnej.

Posiedzenie z d. 19 listopada 1910 r.

Obecnych 5 członków. Przewodniczy kol. Czaplicki. Na posiedzeniu tem omawiano sprawę wyborów nowych członków Zarządu oraz inne sprawy Towarzystwa.

Posiedzenie z d 19 grudnia 1910 r.

Obecnych 10 członków. Prezyduje kol. Czaplicki. Po odczytaniu protokółu posiedzenia poprzedniego, kol. Szenk przedstawił 13 letniego chłopca z praktyki szpitalnej z olbrzymim guzem w lewem podżebrzu. Przy dyskusyi

większość kolegów oświadczyła się za zimniczem pochodzeniem guza, kol. Steczkiewicz przypuszczał kiłę. — W dalszym ciągu odczytano odezwę komitetu organizacyjnego I-go Zjazdu lekarzy prowincyonalnych w Łodzi. Wybrany został podkomitet Zjazdowy z 3 członków: kol. Szenka, Heina i Lewinsona. Sekretarz: A. Kopczyński.

Sprawozdanie roczne z działalności za rok 1910

Na początku roku 1910 Towarzystwo liczyło 26 członków rzeczywistych; w ciągu roku sprawozdawczego przybył jeden, zapisując się na członka korespondenta, — przeto z d. 15 stycznia 1910 r., Towarzystwo liczyło 27 członków, w tej liczbie 3 członków korespondentów. W myśl § 1 Ustawy z roku 1904 z powodu ukończenia 3-letniej kadencyi ustąpili sekretarz kol. Rytel i skarbnik kol. Jedlicki, oraz członkowie komisyi rewizyjnej: kol. Stadnicki. kol. Piotr Jankowski i prow. farm. Krzanowski. Wybory na miejsce ustępujących członków odbyły się w d. 15 stycznia 1910 r. Wybrani zostali: na sekretarza — kol. Kopczyński, na skarbnika — ponownie kol. Jedlicki, członkowie komisyi rewizyjnej zostali ponownie wybrani ciż sami. W roku sprawozdawczym skład zarządu Towarzystwa, wybranego na ogólnem zebraniu w d. 15 stycznia 1910 r., był następujący: prezes — kol. A. Czaplicki; wice-prezes — kol. J. Daszewski; sekretarz — kol. A. Kopczyński; skarbnik — kol. Z. Jedlicki; bibliotekarz — kol. Kosieradzki; członkowie zarządu: kol. M. Zawadzki i kol. Br. Laskowski; komisya rewizyjna — kol. Piotr Jankowski, kol. Stadnicki i prow. farm. Krzanowski. W ciągu roku ubiegłego odbyło się zamiast 10 posiedzeń tylko 7 posiedzeń zwyczajnych i jedno nadzwyczajne w d. 15 stycznia 1910 r. Zebrania w lipcu i sierpniu nie odbywały się z powodu letnich feryi; w czerwcu zaś i we wrześniu, z powodu małej liczby członków. Zarząd posiedzeń w roku sprawozdawczym nie odbywał. Na każdem posiedzeniu było obecnych średnio 8 członków, co stanowi zaledwie 30% ogólnej liczby członków. Największa liczba obecnych wynosiła 11, najmniejsza 3. Na posiedzeniach powyższych wygłoszono: 3 odczyty (z demonstracyą chorych), 2 referaty, przedstawiono 3 pokazy. Odczyty w roku sprawozdawczym wypowiedzieli: 1) kol. Kozieradzki i kol. Daszewski: »Patologia źrenicy w cierpieniach narządów wewnętrznych i nerwowych«, 2) kol. Szenk: »Tumor lienis«. 3) Kol. Ryttel: »Rany postrzałowe jamy brzusznej«. 4) Kol. Kopczyński: »Lues cerebri«. 5) Kol. Lewinson: »Przypadek histeryi z krwawieniem z oczów i z uszów«. Oprócz tego następujący koledzy przedstawiali chorych z praktyki szpitalnej i podawali krótkie streszczenia z przypadków praktyki prywatnej. 1) Kol. Ryttel przedstawił chorą po dokonanej laparotomii z powodu mięśniaka macicy. 2) Kol. Ryttel przedstawił mięsaka barwikowego, usuniętego drogą operacyi u chorego z lewego biodra oraz ciało obce, usunięte z dołu pachowego, 3) Kol. Ryttel przedstawił fotografię rentgenowską chorego z raną postrzałową jamy brzusznej i podał 4 przypadki wydobycia ciała obcego z przełyku u dzieci. 4) Kol. Kopczyński przedstawił chorą z guzem jamy brzusznej. Sekretarz: Kopczyński.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 15. III. b. r. posiedzenie, na którem prof. Wicherkiewicz przedstawił chorych z kliniki okulistycznej, leczonych salvarsanem, poczem odbył się zapowiedziany wykład prof. Bujwida i I. część wykładu inż Borkowskiego.

— Prof. Dr Kostanecki mianowany został członkiem honorowym »Spolku lekařu českych« w Pradze.

— Zarząd Biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie Dr J. Baschkopfowi w Krakowie za ofiarowane bibliotece roczniki czasopism lekarskich.
Bibliotekarz: Dr Blassberg.

— Z odsetek państwowego funduszu przeciwgruźliczego, wynoszących z końcem r. 1910 866·31 k. przyznano m. i. stałą subwencyę galicyjskiemu Towarzystwu walki z gruźlicą po 6000 k. rocznie, a jednorazowy zasiłek 2000 k., »Bratniej Pomocy« w Zakopanem zaś jednorazowo 1000 k.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 5. III. do 11. III. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 9 † 3 (w tem obcych 1 † 1), krztuśca 16 † 1, ospy wietrznej 1, płonicy 15 † 1 (2 † 1), odry 10 † 1 (2 † —), róży 3 † 2 (1 † 1), kuru.
Dr Janiszewski.

Warszawa. Polskie Towarzystwo okulistyczne, istniejące w Warszawie od r. 1908, liczy 40 członków. Na r. 1911 wybrani zostali: prezesem Dr Ziemiński, wiceprezesem Dr Gepner, sekretarzem i skarbnikiem Dr Paradowski. Posiedzenia Towarzystwa odbywają się raz na miesiąc. (Gaz. lek. 10).

— Otrzymujemy następujące pismo:

»Komitet, rozporządzający funduszem imienia Dr Alfreda Sokołowskiego na wydawnictwa popularne, ogłasza niniejszem konkurs na napisanie rozprawy na temat: »Higiena zagrody wiejskiej i najodpowiedniejsze typy mieszkań służby folwarcznej«. Warunki konkursu są następujące: Rozprawa winna zawierać dokładny opis zagrody wiejskiej (chata, zabudowania gospodarskie, studnia, gnojówka, ustęp, ogródek i t. d.) wraz z planem sytuacyjnym, rozkładem wewnętrznym izb, z uwzględnieniem urządzenia wewnętrznego izb, materyału budowlanego i t. d. Projekt winien jednoczyć wymogi potrzeb życiowych i gospodarczych wieśniaka z wymaganiami higieny. Praca ma obejmować od 4 do 5 arkuszy druku zwykłej 8⁰, a zaopatrzona być winna w odpowiednie schematyczne rysunki. Autor pracy, uznanej przez sąd konkursowy za najlepszą, otrzyma 150 rb. nagrody. Termin nadsyłania prac na ręce redaktora »Zdrowia« (Warszawa, ul. Zielna Nr 13, Dr J. Jaworski), upływa z dniem 1. października r. b. t. j. 1911. Praca nagrodzona staje się własnością Komitetu, któremu przysługuje prawo wydania jej swoim kosztem i rozpowszechniania. Prace winny być zaopatrzone godłem, a nazwiska autorów nadesłane w zamkniętych kopertach«.

Z różnych stron. Porządek dzienny XIII. posiedzenia Wydziału lekarskiego »Związku polskiego lekarzy i przyrodników« w Petersburgu w d. 25. II. (3. III.) r. b. obejmował następujące wykłady: 1) Dr Zdanowicz: W sprawie autoseroterapii przy wodniaku (hydrocele). 2) Prof. Dr Ziemacki: Przypadek gruźlicy nerki i moczowodu (nephrectomia). W dyskusyach przemawiali: prof. Ziemacki, Zaleski, Dr Zboromirski, Karnicki, O. Czeczott, Biron, Uliński.

— Dr O. Czeczott w Petersburgu odznaczony został orderem św. Anny I. kl.

— Statystykę śmierci z raka w Bawaryi z roku 1909 zebrał Theilhaber i wysnuł z niej ciekawe wnioski, a mianowicie: 1) Rak kiszki stolcowej nagabuje bardzo często urzędników (»Staatshämorrhoidarier«), potem służbę domową i kowali. 2) Rak żołądka jest przeważnie cierpieniem ludności ubogiej, zwłaszcza wieśniaków, tkaczy i żebraków. 3) Raka twarzy spotyka się głównie u osób pracujących i przebywających na świeżem powietrzu. 4) Co do raka żołądka, to nie jest prawdą mniemanie, że kultura i życie nowoczesne zwiększa liczbę schorzeń, albowiem występuje on właśnie najczęściej u starych wieśniaków. X.

— Przeciwko wykonywaniu rozbiorów moczu i wydalin przez aptekarzy wystąpił niedawno Vogt, twierdząc, że aptekarze nie mają po temu odpowiednich wiadomości (zwłaszcza co do badań drobnowidowych), a publiczność przyzwyczaja się przez to do omijania lekarza, gdyż nieraz aptekarz w rozbiorze wdaje się w rozpoznanie choroby, a nawet leczy chorych według swego rozpoznania »z moczu«. X.

— Z funduszów im. Hufelanda rozdano w Niemczech w r. 1910 następujące zapomogi: 21 lekarzom 9478 marek, a 172 wdowom po lekarzach 22.410 marek (fundusze te powstają drogą składek). Z fundacyi Gobureka wypłacono zaś 50 sierotom po lekarzach 5550 marek.

— Według podjętych niedawno badań są stosunki zdrowotne dozorczyń chorych w Niemczech bardzo złe. 95% sióstr może najwyżej pozostać przy swych obowiązkach do lat 10, a 70% już w 30 roku życia jest wyczerpanych pracą. Prócz ciężkiej pracy wchodzą tu w rachubę: złe odżywianie się, zbyt młody wiek, jak na tak ciężki zawód, i czasem zanadto wielka asceza. X.

Redakcya otrzymała: Sprawozdanie lwowskiego Towarzystwa ratunkowego z czynności za rok 1910.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung. 1911. Zeszyt III. (Monachium, J. F. Lehmann). Cena 4 Mk., za cały rocznik 16 Mk.

Marcowy zeszyt »Kursów«, obejmujący choroby trawienia, wymiany materyi i krwi, ma w tym roku znacznie większą objętość, niż w zeszłym, mianowicie 8 arkuszy druku, a mieści dwie rozprawy Prof. Fleinera »Fizyologia trawienia jelitowego« i »Bakterye w przewodzie pokarmowym«, artykuł Dr Michauda i Prof. Lüthjego »Rozwój nauki o wydzielaniu wewnętrznem i znaczenie jej dla organoterapii«, wreszcie pracę Prof. Ericha Meyera z zakresu chorób krwi. Prof. Fleiner omawia w pierwszej swej rozprawie trawienie w jelicie cienkiem, wessanie w jelicie, ruchy jelita i badanie kału, a w drugiej — znaczenie bakteryi dla odżywienia, działanie bakteryi na pokarmy i urządzenia ochronne ustroju przeciw bakteryom, zawartym w pokarmach. Dr Michaud i Prof. Lüthje podzielili swą rozprawę na następujące rozdziały: gruczoł tarczowy i gruczoły przytarczyczne, przysadka mózgowa, układ chromochłonny (nadnercza), nerka, trzustka, korelacya narządów o wydzielaniu wewnętrznem. X.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Rok L. Kraków, dnia 25. marca 1911. Nr. 12.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Drogowskazy dyagnostyki schorzeń trzustki.

Podał

Prof. Dr **Witold Orłowski** (Kazań).

(Ciąg dalszy).

II.

Bardzo często jednak nowotwory trzustki, a również — i jeszcze częściej nawet — jej zmiany zapalne lub innego pochodzenia, nie przejawiają się wyczuwalnem obrzmieniem. Na 100 przypadków nowotworów trzustki, zestawionych przez Martynowa [8]) wyczuwano trzustkę, jako guz lub obrzmienie, lub wreszcie jako zwiększony opór zaledwie 28 razy (sam Martynow na str. 201 swojej monografii powiada: »ze 100 przypadków powiodło się w 27«; w rzeczywistości jednak przejrzenie tablicy, którą on przytacza, stwierdza liczbę 28), na 22 zaś przypadki Manuiłowa [9]) 13 razy. Stąd wynika, że, jeśli obecność wyczuwalnego obrzmienia ułatwia znacznie rozpoznanie schorzenia trzustki przy zbadaniu tego obrzmienia w wyżej podany sposób, to brak obrzmienia w każdym razie nie wyłącza możliwości zmian trzustki. W takich przypadkach rozpoznanie schorzeń trzustki przedstawia o wiele więcej trudności, jednakże w wielu przypadkach dziś jest możliwe. Opiera się ono w tych razach na danych ubocznych, mianowicie na badaniu objawów ucisku na narządy sąsiednie lub na zbadaniu sprawności czynnościowej trzustki. Te dane mogą nieraz znacznie wzmocnić rozpoznanie również w tych przypadkach, w których schorzenie trzustki, przejawiające się wyczuwalnem obrzmieniem, rozpoznać można już na podstawie danych przytoczonej wyżej dyagnostyki fizycznej.

Z objawów ucisku narządów sąsiednich przez chorą trzustkę największe znaczenie w nauce o rozpoznawaniu mają bóle w brzuchu i objawy ucisku na wspólny przewód żółciowy. Zmieniona trzustka może przedewszystkiem uciskać na leżący poza nią splot trzewny lub nawet wciągnąć go w sprawę chorobową. W tych razach, nieraz jako jeden z najwcześniejszych objawów schorzenia trzustki, zwłaszcza w przypadkach ostrego jej zapalenia lub jej nowotworu, występuje ból w okolicy nadbrzusznej, rozpromieniający się stąd nieraz ku grzbietowi lub w całym brzuchu. W niektórych przypadkach bóle te najsilniej występują z tyłu u samego kręgosłupa, ściśle odpowiednio do położenia trzustki. W przypadkach przewlekłych bóle noszą początkowo po większej części cechy napadu, wzmagające się czasami do wielkiego stopnia (»neuralgia coeliaca« Friedreicha [10]) i Leubego), a w dalszym przebiegu choroby stają się coraz słabsze. W przypadkach ostrych bóle mogą być nadzwyczaj silne, przypominać istotną kolkę i wreszcie dochodzić do takiego stopnia, że chorzy określają je jako bóle wprost nie do zniesienia. Ponieważ jednak bardzo silne bóle w nadbrzuszu mogą być wywołane również schorzeniami innych narządów, z drugiej zaś strony nie zawsze towarzyszą one schorzeniom trzustki i nie zawsze występują we wspomnianych miejscach (Dörfler [11]) np. w przypadku ostrego krwotocznego zapalenia trzustki spostrzegał ostre bóle wyłącznie w okolicy krzyżowej, rozpromieniające się do obydwu kończyn dolnych aż do goleni), to oczywiście opierać rozpoznania schorzeń trzustki przeważnie na obecności lub braku bólów nadbrzusznych nie można.

Oprócz splotu trzewnego może ulegać uciskowi już nawet przez niewielkie nowotwory, sprawy zapalne lub włókniste, usadowione przeważnie w głowie, trzustki, również wspólny przewód żółciowy (Battersby, Bard i Pic [12]), Körte, v. Büngner [13]) i inni), który przebiega w 95% w głowie trzustki, przynajmniej na przestrzeni 2 cm. (Büngner). Ucisk taki wiedzie do mniej więcej znacznego przepełnienia i rozdęcia żółcią wszystkich przewodów żółciowych i powiększenia samego pęcherzyka żółciowego. Sama wątroba w tych razach, wbrew temu, co spostrzegamy przy zatkaniu wspólnego przewodu żółciowego przez kamienie żółciowe, przeważnie nie powiększa się lub nawet się zmniejsza lub wreszcie, jeśli nawet się powiększy, to bardzo niewiele. Pęcherzyk żółciowy można w tych przypadkach czasami wyczuć z pod brzegu wątroby w kształcie miękkiego, sprężystego, zwykle niebolesnego guza, który daje chełbotanie. Według Courvoisiera [14]), który wydał bardzo dokładną monografię, dotyczącą chirurgii dróg żółciowych, takie rozszerzenie pęcherzyka żółciowego zdarza się przy zatkaniu wspólnego przewodu żółciowego przez kamienie bardzo rzadko, jeszcze bowiem przed zatkaniem ulega pęcherzyk zwykle zmniejszeniu wskutek zmian zapalnych, które wiodą do kurczenia się pęcherzyka. Rozszerzenie więc pęcherzyka przemawia więcej za innemi przyczynami niedrożności wspólnego przewodu żółciowego, śród których schorzenia trzustki zajmują jedno z pierwszych miejsc. Obrzmienie pęcherzyka żółciowego wyczuwa się jednak nie zawsze, ponieważ może być ono nie tak znaczne, żeby wysuwało się z pod brzegu wątroby. Choupin i Molle, Moncorgé [15]), Kellermann [16]), Cochez [17]) i inni spostrzegali znów kurcz pęcherzyka żółciowego w przy-

padkach schorzenia trzustki, co osobiście spostrzegałem również w przypadku raka głowy trzustki, Oser i inni zwiększenie rozmiarów pęcherzyka w przypadkach kamicy żółciowej bez jednoczesnych zmian trzustki. Wobec tego tej oznaki, acz bardzo ważnej dla rozpoznawania chorób trzustki, nie można uważać za objaw znamienny (patognomoniczny).

Pomijając obrzmienie pęcherzyka żółciowego, zatkanie wspólnego przewodu żółciowego wyraża się żółtaczką. Żółtaczkę spostrzega się w chorobach trzustki nieraz, zwłaszcza w przypadkach zajęcia jej głowy, i może ona dochodzić, osobliwie przy raku głowy trzustki, do bardzo wysokich stopni, przejawiając się pod postacią żółtaczki czarnej (»ictère noire« Carnot, »melasicterus«). Ta, zwykle stopniowo rowijająca się, lecz stale wzmagająca się, nigdy nie słabnąca żółtaczka u chorego ze znacznem zwiększeniem pęcherzyka żółciowego bez zwiększenia wątroby, z objawami szybko rozwijającego się charłactwa przy ciepłocie obniżonej, przedstawia, według Barda i Pica, klasyczny obraz kliniczny dla raka głowy trzustki, pozwalając rozpoznać tę sprawę chorobową nawet wtenczas, gdy nowotwór nie jest wyczuwalny. Lecz i ta uporczywa żółtaczka o znamiennej ciemnożółtooliwkowej barwie, nawet w połączeniu z tym zbiorem objawów Barda i Pica, nie może być, wbrew poglądowi tych autorów, uznaną za objaw znamienny nietylko raka trzustki, w szczególności jej głowy, lecz i wogóle schorzenia tego narządu. Istotnie tenże obraz kliniczny spostrzegano, jakkolwiek rzadziej, w przypadkach przewlekłego zapalenia trzustki, osobiście spostrzegałem go w jednym przypadku raka uchyłka Vatera, Oser w przypadku raka wspólnego przewodu żółciowego z zajęciem dwunastnicy i t. d. Z drugiej strony nawet w przypadkach niewątpliwych zmian trzustki z zajęciem jej głowy może żółtaczki brakować (Lubieniecki i Fofanow [18]) i inni).

Widzimy więc, że omówione powyżej, najczęściej występujące objawy ucisku narządów sąsiednich przy chorobach trzustki nie mają same przez się bezwzględnego, lecz tylko względne znaczenie. Łącząc się z innymi objawami klinicznymi, objawy te mogą w znacznym stopniu dopomagać do rozpoznania.

III.

Przechodzę teraz do krytycznej oceny danych czynnościowej dyagnostyki trzustki. Dyagnostyka ta, jak wiadomo, opiera się na tem, że trzustka spełnia w ustroju różnorodne i doniosłe czynności, jak to po części już wykazałem w jednej z poprzednich moich prac. Wobec tego zupełnie słusznie należy oczekiwać, że ustanie lub zaburzenie tych czynności w razie choroby trzustki powinno wywołać szereg wybitnych zboczeń od prawidłowego przebiegu tych spraw w ustroju, w których trzustka bierze udział swojemi wydzielinami. Ponieważ znaczenie fizyologiczne soku trzustkowego jest wyjaśnione dokładniej, niż znaczenie wydzieliny wewnętrznej trzustki, to nic dziwnego, że uwaga klinicystów skierowała się najpierw na zbadanie przebiegu spraw trawienia i wchłaniania się tłuszczów, białkanów, węglowodanów, w tych razach, gdy dopływ soku trzustkowego do jelit jest zniesiony. Najnowsze doświadczenia w tym kierunku wykazały, że (Brugsch [19]) jedynie całkowite usunięcie trzustki z ustroju wiedzie do znacznych zaburzeń trawienia białkanów i tłuszczów, oraz do zaburzeń wydzielniczej, wchłaniającej i ruchowej czynności wyżej i niżej leżących odcinków przewodu żołądkowo-jelitowego; samo zaś tylko podwiązanie przewodów trzustki z pozostawieniem gruczołu »in situ« nie wywołuje żadnych zaburzeń ani w ruchowej i wchłaniającej czynności jelit, ani w sprawach proteolizy i lipolizy. Taki stan rzeczy co do zahamowania trawienia białkanów i tłuszczów tłómaczy się przedewszystkiem zastępczą czynnością innych soków trawiennych, poczęści zaś — co zresztą Burgsch odrzuca — przedostawaniem się zaczynów trzustkowych do jelit drogą uboczną po uprzedniem wessaniu się do krwi (Sandmeyer [20]), Rosenberg [21]), Lombroso [22]), Zuntz z Mayerem [23]) i inni). Co się tyczy prawidłowego stanu spraw wchłaniania, to doniosłe znaczenie odgrywa w tych razach wykazana w ostatnim czasie przez Lombroso, Zuntza z Mayerem, Niemanna [24]) i zwłaszcza przez bardzo dokładne i ścisłe doświadczenia Flecksedera [25]) zależność tych spraw nietyle od przedostawania się do jelit soku trzustkowego, ile od wpływu wewnętrznej wydzieliny trzustki na wchłaniającą czynność jelit, które to wydzielanie wewnętrzne, rzecz prosta, może trwać nadal, pomimo niedrożności przewodów trzustkowych. Sprawy wchłaniania w jelitach mogą (Fleckseder) nie ulegać zaburzeniom nawet przy braku, oprócz wydzieliny zewnętrznej, także i wydzieliny wewnętrznej, jeśli tylko wyrabianie tej wydzieliny wewnętrznej ustaje powoli. Ustrój nasz oczywiście jest uposażony w dostatecznej mierze w urządzenia regulujące na wypadek zaniku jakiejkolwiekbądź czynności trzustki. W tej regulacyi mogą brać udział nawet odległe narządy. Tak np. co do spraw wessania tłuszczów w jelitach taką rolę regulacyjną może brać na siebie (Falta [26]) szereg »gruczołów krwi«, przedewszystkiem przysadka mózgowa. Takie wyrównanie czynności trawiennych trzustki w razie usunięcia lub schorzenia lub zatkania jej przewodów następuje, rzecz prosta, nie zawsze w dostatecznej mierze. W tych przypadkach, gdy mechanizm regulacyjny nie jest na wysokości zadania, przejawia się niedostateczne zrównoważenie czynności trzustki w sprawie trawiennej najczęściej zaburzeniem wchłaniania tłuszczów, t. zw. stolcami tłuszczowymi (steatorrhoea). Zdaniem Brugscha [27]) ze stopnia tej biegunki można nawet wnosić o jej pochodzeniu. I tak, w przypadkach ciężkich nieżytów jelit, zwłaszcza wrzodziejących, czasami w przypadkach nadmiernie wzmożonych ruchów robaczkowych jelit, nawet bez organicznych ich zmian, np. przy nerwicach ruchowych jelit, zawartość tłuszczu w wypróżnieniach może wynosić według Brugscha 10—40% tłuszczu, wprowadzonego z pokarmem, zamiast prawidłowych 4—6%, maximum 10%, w żółtaczce z zupełnem zatkaniem wspólnego przewodu żółciowego średnio 45%, przy jednoczesnem zaś zatkaniu także i przewodów trzustkowych 80—90% i więcej, wreszcie w przewlekłych sprawach zwyradniających trzustki, niepowikłanych z żółtaczką, lub w ostrych schorzeniach trzustki z mniejwięcej znacznem obniżeniem dostawania się soku trzustkowego do jelit, lecz bez żółtaczki, 50—60% i wyżej.

Jakkolwiek stolce tłuszczowe (steatorrhoea) przedstawiają jeden z częstych i bardzo doniosłych dla rozpoznawania schorzenia trzustki objawów, pomimo to nie można pogodzić się bez poważnych zastrzeżeń z twierdzeniem Brugscha, jakkolwiek jest ono oparte na doświadczeniach na zwierzętach i spostrzeżeniach klinicznych tego badacza. Zre-

stą przeciwko takiemu uogólnieniu zastrzegł się — co prawda tylko po części — i sam Brugsch. Uprzytomnijmy sobie przedewszystkiem, że samo tylko podwiązanie przewodów trzustkowych u zwierząt może także i nie sprowadzać zaburzeń trawienia i wchłaniania tłuszczów w jelitach. Badanie wessania się tłuszczów w warunkach chorobowych również wykazało, że zboczenia w przebiegu tych spraw niezawsze odpowiadają schematowi Brugscha. I tak Fr. Müller[28]) spostrzegał w wypróżnieniach chorych na żółtaczkę 55% straty wprowadzonego do ustroju tłuszczu, Schmidt[29]) zaś zaledwie 25·89%, jakkolwiek w 2 z jego przypadków zatkanie wspólnego przewodu żółciowego było zupełne; co się tyczy odosobnionych schorzeń trzustki, to Weintraud[30]) znalazł w kale zaledwie 22·2% i 25·9% tłuszczu pokarmowego, Deucher 82·9% i 52·6%, Schmidt wreszcie w czynnościowym braku wydzieliny trzustki (achylia pancreatica) wykazał zaledwie 18–19% straty tłuszczu. Obok tych danych spostrzeżenia kliniczne świadczą, że sprawy wchłaniania tłuszczów w jelitach nieraz — zdaje się, przeważnie w przypadkach niedrożności przewodów trzustkowych — przebiegają prawidłowo (Fr. Müller, Adler i Milchner[33]), Keuthe[34]) i inni), lub wykazują nieznaczne tylko zboczenia do — 10—30% straty tłuszczu, wprowadzonego z pokarmem. Wobec tego Fr. Müller dochodzi nawet do wniosku, że wybitne stolce tłuszczowe (steatorrhoea), sięgające 55·2—78·5%, przedstawiają objaw znamienny nie dla schorzeń trzustki, lecz dla zatkania wielkich przewodów żółciowych ze zniesieniem dostawania się żółci do jelit. Z twierdzeniem tem jednak zgodzić się nie można, jeśli uprzytomnić sobie wyżej przytoczone spostrzeżenie Deuchera, w którem w przypadku niewątpliwych odosobnionych zmian trzustki utrata tłuszczu pokarmowego z kałem dochodziła 82·9%. Jeśli więc brak stolców tłuszczowych nie wyłączą schorzenia trzustki, to z innej strony znaczne obniżenie wessania tłuszczów w przewodzie jelitowym, przejawiające się zawartością w płynnych lub zbitych wypróżnieniach znacznej ilości tłuszczu obojętnego, kwasów tłuszczowych i mydeł, nie stanowi wbrew zdaniu Cl. Bernarda i jego ucznia Moyse[35]) patognomonicznego objawu schorzenia trzustki. Istotnie, znaczne stolce tłuszczowe nawet przy braku żółtaczki spostrzegamy i przy prawidłowym stanie trzustki, np. w ciężkich nieżytach jelit cienkich (Brugsch, Müller), w ich zwyrodnieniu skrobiowatem (Müller — do 32·9% straty spożytego tłuszczu), gruźlicy gruczołów krezkowych (Müller — do 21·11% straty tłuszczu, Schmidt), gruźliczem zapaleniem otrzewnej (Nothnagel), raku (Ury i Alexander i inni), gruźlicy jelit (Müller, Weintraud — do 30—37% straty tłuszczu), w chorobie Basedowa (Falta, Salomon i Almagia[36]) — do 45—77% straty tłuszczu) i t. d. Co do znaczenia rozpoznawczego stolców tłuszczowych możemy więc przyłączyć się w zupełności do zdania, które wygłosił jeszcze w r. 1879 Bonnamy[37]), a które głosi, że stolce tłuszczowe »nie są objawem znamiennym (patognomonicznym) dla schorzeń trzustki, jednak zawsze, gdy występują, należy zwrócić baczną uwagę na trzustkę«. Oceniając tę oznakę, nie należy wszakże zapominać, że stolce tłuszczowe u człowieka, gdy występują przy schorzeniu trzustki, są zwykle zaznaczone w mniejszym stopniu, niż u zwierząt po wycięciu trzustki. Ta różnica zależy od tego że wobec powolnego rozwoju sprawy chorobowej ustrój ludzki zużytkowuje z większem o wiele powodzeniem swoje mechanizmy regulacyjne, niż to jest możliwe w ostrem doświadczeniu.

Fr. Müller, Weintraud, Przibram[38]), zwłaszcza zaś Katz[39]) i Salomon uważają za cechujące dla schorzeń trzustki nietyle zmniejszenie wchłaniania tłuszczów w jelitach, ile znaczne obniżenie rozkładu tłuszczów obojętnych w przewodzie jelitowym. W schorzeniach trzustki Fr. Müller znajdował zamiast prawidłowych $^3/_4$ rozłożoną zaledwie $^1/_8$—$^1/_5$ część całkowitego tłuszczu i nawet jeszcze mniej, Weintraud — 23·2—27·5%. Katz wygłasza nawet pogląd, że zawartość kwasów tłuszczowych i mydeł, więc rozłożonego tłuszczu w kale, w ilości mniejszej, niż 70% całkowitego tłuszczu wypróżnień, przemawia za schorzeniem trzustki. W razie ostrej niedrożności przewodów trzustkowych upośledzenie rozkładu tłuszczu występuje, według Katza, w większym o wiele stopniu, niż w przypadkach powolnego ich zatkania. Katz ogranicza nieco zresztą swój pogląd, twierdząc, że oseski i cierpiący na obfitą biegunkę stanowią wyjątek od jego prawidła. Upośledzenie rozkładu tłuszczów obojętnych wykrywa się nietylko sposobami chemicznymi, lecz i badaniem drobnowidowem, które wykazuje przewagę obojętnego tłuszczu nad kryształami kwasów tłuszczowych i mydeł.

Badania kliniczne Deuchera, Albu[40]), Brugscha z Umberem[41]), Brugscha[27]), Keuthe i innych, jak również doświadczenia Abelmanna[42]) i innych ograniczyły wkrótce znaczenie stopnia rozkładu tłuszczów w jelitach dla dyagnostyki schorzeń trzustki. Okazało się bowiem, że nawet w razie wybitnego upośledzenia wchłaniania tłuszczów w jelitach sprawa rozkładu obojętnego tłuszczu w przypadkach odosobnionego schorzenia trzustki lub całkowitego wycięcia jej z ustroju może mieć przebieg zupełnie prawidłowy na wzór tego, co spostrzegamy w przypadkach zatkania przewodu żółciowego wspólnego, lub być prawie prawidłową. I tak, Deucher w dokładnie zbadanym przypadku ciężkiego odosobnionego schorzenia trzustki otrzymał dla rozkładu tłuszczu w jelitach tak wysoką liczbę, jak 80%, Albu w jednym przypadku 80—90%, Keuthe w przypadku nader wyraźnego zaniku trzustki 92·3%, Brugsch wreszcie znajdował prawidłowy przebieg rozkładu tłuszczów w jelitach nawet w przypadku jednoczesnego schorzenia trzustki i zatkania przewodu żółciowego wspólnego. Takie zachowanie prawidłowego przebiegu rozkładu tłuszczów w jelitach w wielu przypadkach schorzeń trzustki tłómaczy się zastępczą czynnością innych trawiennych zaczynów tłuszczowych (żołądkowego Volharda, jelitowego Bołdyrewa) i żółci, po części zaś działaniem drobnoustrojów jelitowych, które rozkładają, według Müllera, w warunkach zwykłych do 14·7% tłuszczu w jelitach, wreszcie — wyrównawczą czynnością błony śluzowej jelit cienkich, a prawdopodobnie również wydzielin wewnętrznych śledziony, wątroby i samej trzustki (Umber z Brugschem). Dzięki tym mechanizmom regulującym, sprawy rozkładu tłuszczów w jelitach w przypadkach schorzeń trzustki mogą do tego stopnia zachować przebieg prawidłowy, że Umber wygłosił nawet twierdzenie, iż upośledzenie rozkładu tłuszczów w jelitach występuje jedynie w tych przypadkach schorzeń trzustki, w których w sprawę chorobową w znacznej mierze jest wciągnięty również przewód jelitowy, jak to było w spostrzeżeniach Fr. Müllera i Weintrauda. Zbierając więc wszy-

stko, com wyżej podał o rozkładzie tłuszczów w jelitach, dochodzimy do wniosku, że schorzenia trzustki mogą przebiegać z prawidłowym lub nieco upośledzonym ich rozkładem.

We wzajemnym stosunku ilości kwasów tłuszczowych i mydeł w wypróżnieniach także dopatrywano się dokładnego wskaźnika stanu trzustki. Zoja [44]) mianowicie uważa nizką zawartość mydeł w kale w porównaniu do ilości kwasów tłuszczowych w nim za doniosłą oznakę utrudnionego dopływu soku trzustkowego do jelit, przypisując jej takie znaczenie, jakie Katz i inni nadają wysokiej zawartości tłuszczów obojętnych w wypróżnieniach. Do tego poglądu przyłączył się również Deucher. Jakkolwiek zapatrywanie tych badaczy znalazło dalsze oparcie w badaniach Brugscha, pomimo to jednak należy uprzytomnić sobie, że taki wzajemny stosunek w ilości mydeł i kwasów tłuszczowych w wypróżnieniach spostrzegamy nieraz u chorych na żółtaczkę, nerwice jelitowe i in. Prędzej jeszcze naodwrót znaczną przewagę mydeł nad kwasami tłuszczowymi w kale przy znaczniejszych stratach tłuszczu można (Brugsch) uznać za objaw, przemawiający przeciwko schorzeniu trzustki, zasady bowiem dostarcza treści jelitowej przeważnie sok trzustkowy.

Jeżeli teraz streszczę wszystko, co powiedziałem o przebiegu spraw wchłaniania i trawienia tłuszczów w jelitach w schorzeniach trzustki, to z łatwością dochodzi się do wniosku, że badanie tych spraw nie wykrywa objawów znamiennych dla zajęcia chorobowego trzustki. W tych przypadkach jednak, w których w obrazie klinicznym występuje znaczne upośledzenie wessania tłuszczów lub rozkładu tłuszczu obojętnego, takie zaburzenie w przebiegu tych spraw musi skierować szczególniejszą naszą uwagę na stan trzustki, ponieważ ona właśnie może być tego przyczyną. Kojarząc się więc z innymi objawami, takie zakłócenie trawienia i wchłaniania tłuszczów w jelitach może w znacznym stopniu dopomódz do prawidłowego rozpoznania schorzeń trzustki.

Zanim przejdę do przebiegu spraw trawienia i wchłaniania białkanów w schorzeniach trzustki, zatrzymam się jeszcze pokrótce na poglądzie szkoły v. Noordena (v. Noorden [44]), Salomon [45]), która uznaje za rzecz bardzo znamienną dla schorzeń trzustki znaczną poprawę przebiegu spraw wchłaniania i trawienia tłuszczów i białkanów w jelitach przy podawaniu chorym trzustki lub pankreatyny firmy Rhenania (Akwisgran) lub pankreonu. Osobiście nie mogę przyłączyć się do tego zapatrywania, nieraz bowiem spostrzegałem znaczne polepszenie objawów stolców tłuszczowych (steatorrhoea) po dużych dawkach pankreatyny lub pankreonu w przypadkach zaburzeń czysto jelitowych. Z drugiej zaś strony już niejednokrotnie (Adler z Milchnerem [33]), Wynhausen [46]) i inni) stwierdzono, że opoterapia pozostaje pod tym względem często bezskuteczną w przypadkach niewątpliwego schorzenia trzustki.

(Ciąg dalszy nastąpi).

O znaczeniu leczniczem niedotlenionych związków fosforu w przebiegu gruźlicy

przez

Dra A. Brylińskiego
(Berszada, gub. Podolska).

(Dokończenie).

Zjawiska we krwi, na podstawie których przekonujemy się o zmianach zaszłych w ustroju, mogą być obserwowane dopiero po zakończeniu się odczynu autotuberkulinowego. Trwa on 6—12 godzin, rzadko 24 lub dłużej. Zwykle jednak przypuszczać można, że po upływie trzech dni od wstrzyknięcia małych, t. j. nieprzewyższających 0,2 dawek fosfacidu, odczyn przez nie wywołany jest ukończony. Wszystko to jednak zależy od indywidualności chorego i w każdym poszczególnym przypadku trzeba się z tem liczyć. Następną dawkę, zmniejszoną lub też zwiększoną stosownie do potrzeby, wstrzykuje się po upływie trzeciej doby. Gdyby dawka 0,05 okazała się za wielką, następną rozcieńczyć należy przekroploną wodą i wstrzyknąć połowę tejże t. j. 0,025. Postępując w ten sposób wynajdziemy poniekąd empirycznie dla danego chorego odpowiednią dawkę.

Przy leczeniu fosfacidowem należy dać choremu warunki spokoju tak fizycznego, jak i moralnego. Wobec subtelnych zmian, dokonujących się w drobinach protoplazmatycznych, nie należy temu przeszkadzać ani wysiłkami fizycznymi, ani też moralnemi wstrząśnieniami. Tak ciężko chorych, jak omawiany obecnie, trzeba bezwarunkowo trzymać w łóżku. Po zastosowaniu trzech wstrzyknięć należy zbadać krew i plwocinę, aby skontrolować zmiany, jakie w nich zachodzą.

W danym przypadku dawka fosfacidu okazała się odpowiednią. Odczyn autotuberkulinowy po upływie 18 godzin uwidocznia się tylko silniejszym suchym kaszlem, który po kilku godzinach przeszedł w wilgotny z obfitą plwociną. Ciepłota prawie się nie podnosiła, lub też wzniesienia jej trwały bardzo krótko i nie zostały dostrzeżone (mierzono co trzy godziny). Podmiotowo chory miał nieco większy apetyt, gorączka po trzeciem wstrzyknięciu zmniejszyła się: w ostatnich dwóch dniach nie podniosła się ponad 38·4. Przy badaniu krwi okazał się także dodatni wpływ leczenia. Hemoglobiny 61%, czerwonych ciałek krwi 3,700.000, białych 11,500. Grupowanie się białych ciałek krwi nieco się poprawiło, gdyż ilość neutrofilów jednojądrzastych zmniejszyła się, a ilość limfocytów powiększyła. Przedstawiony w formie ułamka był stosunek ten: $68 + 15 + 1 = 84$, $11 + 3 + 1 + 1 = 16$. Zwiększona ilość czerwonych, a zmniejszona białych ciałek, świadczą także o dodatniem działaniu dawki fosfacidu w tym przypadku użytej. Wynik badania plwocin bez zmiany. — Wrzodzik na języku mniej bolesny, brzegi zaczerwienione, całość zaś wydaje się mniej szarą. Wobec takiego polepszającego się stanu pozostawiamy chorego przy tej samej dawce, t. j. 0·05 raz na trzy doby.

Po zastosowaniu znowu trzech wstrzyknięć wykazało badanie, że sprawa ma się ku lepszemu, choć postępy są nieznaczne.

Hemoglobiny 61%, czerw. ciał. kr. 3,800.000, białych 11,400. Formuła białych ciałek: $66 + 16 + 2 = 84$, $12 + 3 + 0 + 1 = 16$. Ciepłota, jak dawniej najwyższa 38·4, nie codzień. Badanie plwocin: bez zmiany. Wrzodzik na języku mniej wrażliwy, nie daje się choremu odczuwać przy rozmowie. Wobec widocznej tendencyi do poprawy stanu, aby dodać ustrojowi nieco większego impulsu na tej drodze, następną dawkę zwiększyliśmy w dwójnasób, do 0,1.

Po pierwszem zastosowaniu tej dawki odczyn autotuberkulinowy dał się odczuć silniej: ciepłota 38·8. Na-

stępne dwa wstrzyknięcia nie wywołały już zmian, ani w ciepłocie, ani też w objawach fizycznych. Kaszel przytem był wilgotny prawie cały czas, z czego wnoszę, że przekrwienie w zajętych ogniskach trwało ciągle. Wrzodzik na języku, który jest więcej oczyszczony i przekrwiony stale, a z tej przyczyny nieco bolesny, to przypuszczenie potwierdza. Przekrwienie owo nie jest jednak bardzo silne, gdyż ani w rzężeniach, ani też w innych objawach oddechowych zmian wielkich nie widzimy. Ciepłota po pierwszem wstrzyknięciu tej dawki 0,1, była, jak wspomniano, 38·8. Następne wstrzyknięcia nie oddziaływały na nią. Po ostatniem wstrzyknięciu była ciepłota w ciągu tych trzech dni 38·2, ma więc skłonność do opadania. Badanie plwocin wykazuje większą ilość włókien elastycznych, przy niezmienionej liczbie bakteryi. Zwiększoną ilość włókien elastycznych tłomaczę sobie jako skutek przekrwienia, stale trwającego w ogniskach gruźliczych. Z tej przyczyny prędzej i łatwiej, jak sądzę, oddzielają się zmartwiałe ich części i z tej przyczyny również kaszel jest lżejszy, nie męczący. Apetyt lepszy. Trawienie prawidłowe.

Badanie krwi: Hemoglobiny 62%, czerw. ciałek krwi 4,000.000, białych 11,000. Stosunek białych ciałek krwi do siebie: 64 + 17 + 1 = 82%, 13 + 2 + 2 + 1 = 18%. Dawka 0,10 sprawiła znaczniejsze polepszenie w obrazie krwi przy jednakowym prawie stanie podmiotowym. Mamy już pewność, że w danym przypadku dawki fosfacidu dobrane zostały odpowiednio i tendencya ku polepszeniu widoczna. Nic nam więc nie wskazuje, by dawki nie powiększyć. Następną tedy dawkę zwiększamy o 0,05.

Po zastosowaniu po raz pierwszy dawki 0,15, ciepłota podniosła się po 20 godzinach do wysokości 38·5. Mały ból głowy, dreszczyki, tętno częste, wyżej 100. Kaszel w ciągu kilku godzin suchy, męczący. Po lekkich potach ciepłota opadła do 38·1, i tak się utrzymywała przez następne dwa dni. W czasie tego odczynu autotuberkulinowego, plwociny, znacznie więcej ropiaste, trudno się wydzielały. Następnie wykrztuszanie stało się mniej męczącem, choć było obfitem. Późniejsze dwa wstrzyknięcia w ciągu sześciu dni przeszły prawie bez odczynu; najwyższa ciepłota wynosiła 38·3 w 12 godzin po wstrzyknięciu, zresztą trzymała się około 38·1. Chory miał apetyt dobry, spał lepiej, czuł się dość rzeźkim. Obraz krwi jednak nie odpowiada temu podmiotowemu polepszeniu: Hemoglobiny 63½%, czerw. ciał. krwi 4,000.000, białych 11,000. Stosunek białych ciałek krwi: 62 + 18 + 2 = 82%. 15 + 2 + 0 + 1 = 18%. Wobec tego, że badanie krwi nie wskazuje większego ustalania się stosunku leukocytów, niż przy mniejszych dawkach fosfacidu, biorąc też na uwagę wydzielanie się plwociny ropiastej, dochodzę do wniosku, że należy pozostać przy tej samej dawce 0,15 jeszcze przez przeciąg trzech dni.

Ten drugi okres trzechrazowych wstrzyknięć dawki 0,15 dał znaczne polepszenie. Samopoczucie chorego wielce się podniosło, a przyczyniła się do tego i autosugestya, wywołana przez obserwowanie gojącego się widocznie wrzodzika na języku, który dotąd tyle niepokoju choremu sprawiał. Apetyt dobry, kaszel rzadszy, plwociny nieco mniej. Badanie plwocin wciąż jednak stwierdza wielką ilość włókien elastycznych. Ta sama ilość laseczników Kocha — po 6—8 w polu widzenia. Przy osłuchiwaniu polepszenie widoczne. Ciepłota opada stopniowo. Po wstrzykiwaniach tej seryi — żadnego odczynu nie było: najwyższa ciepłota wynosiła 38, średnio zaś trzymała się na wysokości 37·8—9. Badanie krwi, jak następuje: Hemoglobiny 65%. czerw. ciał. krwi 4,300.000, białych 10.600. Stosunek leukocytów: 56 + 20 + 1 = 77%, 18 + 4 + 1 + 0 = 23%. Z tego ogólnego polepszenia sądzić mojem zdaniem można, że zakażenie gruźlicze w danym przypadku zostało opanowane i że iść należy tą drogą dalej, a nastąpi wyzdrowienie. To też wobec nieoddziaływania prawie na trzy ostatnie wstrzyknięcia i przy tak ogólnem polepszeniu całego stanu chorego, co on sam stwierdzić może nawet podmiotowo (oglądając wrzodzik gruźliczy języka w lustrze), możemy podnieść dozę fosfacidu jeszcze wyżej. Zwiększać te dawki będziemy nieznacznie, a więc zawsze tylko o 0,05.

Po wstrzyknięciu 0,20 chory nie odczuł zmian żadnych. Ciepłota raz tylko wynosiła 38·2 przez parę godzin. Kaszel lżejszy, plwocina mniej ropiasta. Włókna elastyczne są w plwocinie w dużej ilości, bakteryi Kocha natomiast znacznie mniej; w trzydziestu polach widzenia naliczono 90. Ogólny stan dobry. Po każdem wstrzyknięciu ciepłota zawsze podskakiwała do wyżej wspomnianej wysokości. Innych zmian nie zauważono. Wrzodzik języka po każdem wstrzyknięciu stawał się czerwieńszy, lecz w następnych dniach oczyszczał się znacznie i zmniejszał. Przy rozmowie już oddawna choremu nie przeszkadza, a przy ostatnich dawkach chory często zapominał o istnieniu tej ranki. Wyglądała ona świeżo, zaczęła ziarenkować, nadżarcia i zagłębienia wyrównały się. Ten wrzodzik gruźliczy, który można było obserwować, ułatwił mi wielce zrozumienie objawów, zauważonych przy osłuchiwaniu chorego. Przy badaniu płuc stwierdza się, że zniknęły prawie zupełnie drobnobańkowe rzężenia, a i wdech i wydech stały się mniej ostre. Obraz krwi idzie stale ku lepszemu: Hemoglobiny 68%. Czerw. ciałek krwi 4,500.000, białych 10,100 Formuła leukocytów: 50 + 22 + 1 = 73%, 20 + 5 + 1 + 1 = 27%. Wobec polepszenia można było znowu podwyższyć dawkę do 0,25.

Ponieważ większą ilość fosfacidu wprowadzono teraz do ustroju, należy dać mu więcej czasu do jej przerobienia. Zwykle sam stan chorego wskazuje lekarzowi, czy proces przemian biologicznych, wywołany fosfacidem, został zakończony, czy też trwa w dalszym ciągu.

Po wstrzyknięciu 0,25 chory nasz przeszedł przez takie same objawy odczynu autotuberkulinowego, jak i przedtem raz jeden przy dawce 0,15. Ciepłota, najwyżej dochodząca do 37·9, podskoczyła na 38·6. Odczyn nastąpił w 12 godzin od wstrzyknięcia, a trwał przeszło 18 godzin, wystąpiły wszystkie objawy, świadczące o zaostrzeniu całego przebiegu choroby. Przyczyną tego było, że chory zepsuł sobie żołądek i przez te trzy dni miał rodzaj choleryny. Czynności przewodu pokarmowego przy zakażeniu gruźliczem są niezmiernej doniosłości. W danym przypadku czynności te były dotychczas stosunkowo sprawne, obecne zaś zaburzenia przypisać należy silnej niestrawności, której chory sam się nabawił, zaspakajając zbyt gwałtownie swój powiększony apetyt. (W takich razach stosuję z wielkiem powodzeniem przy odpowiedniej dyecie nastój jodowy po 5—10 kropli w pół szklanki wody trzy, cztery razy na dobę. Zwykle po kilku dawkach zaburzenia żołądkowe ustępują. Przy powtarzających się często niedomaganiach tego rodzaju polecam stale zażywać jodynę w tej formie dwa razy dziennie lub raz na noc. Nieżytu przytem żadnego nie zauważyłem. Niektórzy chorzy przez pół roku stale zażywali po 10 kropel dwa razy dziennie. W danym przypadku po 6 dawkach po 5 kropel zaburzenia trawienia ustąpiły). Trzeciego dnia stan podmiotowy poprawił się, samopoczucie, sen, apetyt polepszyły się. Następne wstrzyknięcia dawki 0,25 nie wywołały podniesienia ciepłoty, ani też innych objawów odczynu autotuberkulinowego. Ciepłota po trzeciem wstrzyknięciu nawet zmniejszać się zaczęła, gdyż w ostatnich trzech dniach sięgała najwyżej 37·7. — Stan ogólny chorego, pomimo owej biegunki, w czasie tej seryi wstrzykiwań (0,25) był bardzo dobry. W płucach, zbyt nagle nawet, obraz się pozornie polepszył. Ma to jednak związek z owemi zaburzeniami żołądkowemi, w takich bowiem razach zmiany chorobowe w płucach u suchotników stają się przy osłuchiwaniu mniej wyraźne, co jednak nie znaczy, żeby zupełnie ucichły. — Obraz wrzodu na języku nie pogorszył się. Kaszel znacznie mniejszy, a plwocina mniej obfita, co również jednak, mojem zdaniem, ma w danym razie związek z zaburzeniem trawienia. Ilość bakteryi i włókien elastycznych w plwocinie prawie się nie zmniejszyła. Badanie krwi: Hemoglobiny 69%, czerw. ciał. krwi

4,600,000, białych 10.000. Formuła białych ciałek 62 + 19 + 1 = 82%, 16 + 1 + 1 + 0 = 18%. Formuła ta jest tylko odbiciem zaburzeń jelitowych. Następującej dawki fosfacidu nie zwiększyliśmy, a pozostaliśmy przy tej sumej 0,25, z tą różnicą jednak, że wobec zwiększonych dawek stosowaliśmy je odtąd co cztery, a nie co trzy doby.

Trzy wstrzyknięcia w czterodniowych odstępach przeszły zupełnie bez odczynu autotuberkulinowego. Samopoczucie chorego dobre; wrzodzik na języku, aczkolwiek mało się w ciągu tych dwunastu dni zmniejszył, stracił już swój pewien swoisty wygląd gruźliczy. Ciepłota cały czas zbytnio się nie podnosiła po wstrzyknięciach. Prócz okresu, w którym zwykle następuje odczyn, parę razy trzeciego i raz czwartego dnia dochodziła ciepłota do 38,0. Przedtem zaś przy przeszłych wstrzykiwaniach w te dni ciepłota była najniższą. Obraz krwi nie wskazuje wielkiego postępu: Hemoglobiny 69½%, czerw. ciał. krwi 4,600.000, białych 10.100. Formuła leukocytów: 58 + 23 + 2 = 83%, 14 + 2 + 1 + 0 = 17%. Z powyższych danych, jak również z ogólnego stanu chorego widzimy, iż pod wpływem ostatnich dawek 0,25 fosfacidu polepszenie idzie bardzo powoli. Decydujemy się powiększyć dawkę fosfacidu do 0,3.

Po zastosowaniu tej dawki odczyn autotuberkulinowy był bardzo silny. Ciepłota po upływie dziesięciu godzin podskoczyła do 39·1. Chory czuł się bardzo niedobrze, doznawał bolu głowy, łamania w całem ciele, suchego, męczącego kaszlu i dreszczy na przemianę z potami. Przy osłuchiwaniu odnosiło się wrażenie, że sprawa gruźlicza odnowiła się w zupełności. Wszystkie objawy, jak na początku leczenia, powróciły, nawet ze zdwojoną siłą. Trwało to jeszcze cały następny dzień, a więc 36 godzin. Czwartego dnia dopiero gorączka nieco spadła (do 38·6). Badanie moczu wykazało dużo fosforanów i szczawianów wapnia znacznie ponad normę. Piątego dnia ciepłota spadła do 38,1. Stan ogólny polepszył się, ostrość zmian w płucach zmniejszyła się. Wszystkie inne objawy stopniowo ustępowały. Siódmego dnia chory czuł się stosunkowo dobrze, wrzodzik na języku jednak wciąż był zaczerwieniony i bolesny. Stan płuc lepszy, zaostrzenie wszelako w okolicy jamy pozostało. Plwocina stała się więcej ropiastą, ilość bakteryi zwiększyła się, włókien elastycznych dużo. Badanie krwi: Hemoglobiny 62%, czerw. ciał. krwi 4,000.000, białych 10.800. Formuła leukocytów: 65 + 21 + 2 = 87%, 10 + 3 + 0 + = 13%. Okazuje się z tego, że w danym przypadku niepotrzebnie zastosowano większą dawkę fosfacidu.

Po upływie dni dziewięciu, t. j. gdy odczyn autotuberkulinowy, tak męczący chorego, zupełnie minął, wstrzyknięto choremu dawkę o połowę mniejszą, t. j. 0,15. Nie było potem żadnego odczynu. Ciepłota zaraz na drugi dzień spadła i w następnych dniach trzymała się najwyżej na 37·6. Wrzodzik na języku zaczął się zmniejszać, ziarenkując od brzegów. — Co trzy dni powtarzano dawki małe, powiększając je za każdym razem o 0,05. Stan chorego wciąż się poprawiał. Przy dawce 0,25 badano chorego. W płucach znaczne polepszenie, kaszel o wiele mniejszy, w plwocinie bakteryi mniej. W trzydziestu polach widzenia 60, włókien elastycznych znacznie mniej. Wrzodzik na języku widocznie się zmniejsza. Ciepłota nie przekraczała 37,6. Wagi przybyło 3 kilogr. od początku leczenia (w czasie odczynu autotuberkulinowego w ciągu 9 dni chory stracił 1 kilgr.). Badanie krwi: Hemoglobiny 72%. czerw. ciał. krwi 5,000.000, białych 9200. Formuła leukocytów: 41 + 21 + 2 = 64%, 28 + 6 + 1 + 1 = 36%. Porównując obecną formułę stanu krwi przy dawce 0,25 z taką samą dawniejszą przy tejże dawce, widzimy znaczną różnicę ku lepszemu. Tę samą różnicę widzimy w stanie ogólnym. Możemy więc teraz zupełnie spokojnie przystąpić do wstrzyknięcia dawki 0,3. Po wstrzyknięciu 0,3 żadnych zmian odczynowych nie było. Ciepłota nie zwiększyła się ani razu. Kaszel mniejszy. Stan podmiotowy świetny. Ponieważ polepszenie jest widoczne, możemy się zdecydować na wstrzykiwanie jednej i tej samej dawki dwa razy z rzędu, zamiast trzy, jak dotychczas. Wstrzykując co cztery dni stopniowo (tylko o 0,05) powiększaną dawkę, doszliśmy do 0,5. Wówczas ponownie zbadano chorego i stwierdzono, co następuje: wrzodzik na języku, który był wielkości marki pocztowej, zajmuje teraz czwartą część tej przestrzeni. Ciepłota po każdem wstrzyknięciu dochodzi do 37·6, zwykle zaś trzyma się na 37·3. Kaszel lekki. Z trzydziestu pól widzenia w sześciu tylko zauważono włókna elastyczne. — Prątków gruźliczych w trzydziestu polach widzenia naliczono czterdzieści; wyglądają one przytem nieco odmiennie, są grubsze i dłuższe. Badanie krwi: Hemoglobiny 80%, czerw. ciałek krwi 5,200.000, białych 8500. Formuła leukocytów: 25 + 28 + 3 = 56%, 33 + 8 + 2 + 1 = 44%. Badanie wykonano piątego dnia po wstrzyknięciu dawki 0,5.

Z powodu zwiększenia dawek postanowiliśmy powtarzać wstrzykiwania w dłuższych odstępach, aby dać im możność przerabiania się w ustroju. Następne więc wstrzykiwania robiliśmy co pięć dni. Idąc dalej w tym kierunku, dochodzimy do dawki 0,8, podwyższając o 0,05 każdą trzecią dawkę. Oględziny chorego wykazały, co następuje: Wagi przybyło mu sześć kilgr. od początku leczenia. Wrzodzik na języku bardzo mały. Stan płuc poprawił się znacznie. Jama zmniejszyła się, okolice zaś jej wracają powoli do stanu prawidłowego; rzężeń już nie słychać. Samopoczucie, apetyt, sen bardzo dobre; kaszel nieznaczny, plwociny mało się wydziela, a odchodzi ona łatwo. Badanie krwi: Hemoglobiny 84%, czerw. ciał. krwi 5,400.000, białych 8200. Formuła leukocytów: 20 + 30 + 2 = 52%. 38 + 6 + 2 + 2 = 48%. W plwocinie mniej włókien elastycznych: z trzydziestu pól widzenia znaleziono je tylko w trzech. Bakteryi również mniej: w trzydziestu polach naliczono 28. Wyglądają, jak ostatni raz wspomniano, niby dłuższe, a na nich zauważyć można pewne nierówności. Klinicyści niemieccy uważają to zjawisko za korzystne, przepowiadające prędkie zniknięcie bakteryi. Obecnie każdą dawkę fosfacidu zwiększamy o 0,1 i tak dochodzimy do 1,2.

Po wstrzyknięciu tej dawki chory, na drugi, trzeci i czwarty dzień czuł się osłabionym. Doznawał bolów w stawach i niedomagania ogólnego. Kaszel wzmógł się nieco, plwocina obficiej i łatwiej odchodzi. Ból głowy trwał trzy dni. Ciepłota najwyższa 37·4. W płucach zaostrzenia nie było. Chory przeleżał cztery dni. Badanie krwi: Hemoglobiny 90%, czerw. ciał. krwi 5,500.000, białych 8000. Formuła leukocytów: 15 + 30 + 3 = 48%, 40 + 10 1 + 1 = 52%. Badanie plwocin: w trzydziestu polach widzenia naliczono 11 laseczników o nierównej powłoce, przytem w kilku miejscach zauważono masę, złożoną z drobnych punkcików, zabarwioną na różowo: są to rozpadłe laseczniki. Prócz tego w każdem polu widzenia znaleziono po jednym lub po kilka kryształków kwasu moczowego. Włókien elastycznych bardzo mało.

Biorąc na uwagę dobry stan ogólny chorego, widzimy, że owo niedomaganie, bole w kościach i stawach nie są skutkiem wstrzyknięcia. Należy przeto szukać innego powodu. Kryształki kwasu moczowego, znalezione nawet w plwocinie, uważam za dowód, że chory nasz miał zwykły napad dnawy (artrytyczny). Napad ten trwał cztery dni, po upływie tego czasu badanie plwocin nie wykazało już kryształków kwasu moczowego. Bole stawowe ustąpiły i stan podmiotowy chorego powrócił do dawnego stanu.

Z powodu owego powikłania dnawego następujące wstrzyknięcie zrobiono dopiero po upływie dni 8. Po tem wstrzyknięciu zmiany w stanie podmiotowym chorego były nieco słabsze, bole w stawach mniej silne, chory leżał tylko dzień jeden, poczem wrócił zupełnie do równowagi. Drugiego i trzeciego dnia badanie plwocin znowu wykazało kryształy kwasu moczowego, później zaś już ich nie było. Laseczników mniej: w trzydziestu polach widzenia znaleziono tylko 1, natomiast więcej masy, zabarwionej na różowo. Włókna elastyczne znikły. Formuła krwi coraz lepsza;

Hemoglobiny 93%, czerw. ciał. krwi 5,400.000, białych 7800. Formuła leukocytów: 10 + 38 + 2 = 50%, 45 + 3 + 1 + 1 = 50%. Choremu przybyło 11 kilogramów od początku leczenia. Formuła krwi jest prawie prawidłowa.

U chorego naszego zaprzestano dalszych wstrzykiwań wobec tego, że formuła hematologiczna stanęła ponad normę. Jeżeli w ustrojach zupełnie zdrowych stwierdza się neutrofilów do 75%, a tylko 25% limfocytów, to w obecnym stanie naszego chorego, kiedy stosunek ten doszedł już mniej więcej do $^{50}/_{50}$, oznaczać to powinno, mojem zdaniem, uniemożliwienie dalszego rozwoju gruźlicy. Już sama tylko zwiększona ilość limfocytów przypuszczenie to według mnie potwierdza.

Po upływie czterech tygodni od zakończenia leczenia nie znaleziono w plwocinie laseczników, ani też włókien elastycznych. Od leczenia tego minęło już dwa lata. Były chory swoją pracę (chemik w cukrowni) spełnia, jest zupełnie zdrów, ożenił się.

Jeżeli mamy chorego, u którego w płucach niema jeszcze zbyt znacznych zmian, wówczas tak wielkich ostrożności w dawkowaniu fosfacidu zachowywać nie potrzeba.

Chorym gruźliczym w drugim okresie (Turbana) można od początku leczenia dawać odrazu większe dawki fosfacidu, mając jednak zawsze na względzie indywidualność chorego. Rozpoczynać więc można leczenie od 0,1, lub 0,2 i wyżej. Trzeba zawsze kierować się wynikami badania krwi i moczu, a wstrzykiwania ponawiać po skończonem działaniu ostatniego wstrzyknięcia. U tej kategoryi chorych na gruźlicę odczyn autotuberkulinowy może dojść do pewnej siły, trwa jednak niedługo, kilka, lub kilkanaście godzin tylko.

Zapomocą większych dawek fosfacidu ustrój znacznie się wzmacnia, a wyzdrowienie w krótkim stosunkowo czasie da się osiągnąć. Nie mam osobiście żadnej wątpliwości, że chory na gruźlicę w II. okresie, leczony fosfacidem, wyzdrawia bez porównania prędzej, aniżeli gdyby go leczono jakimkolwiek innym z obecnie używanych sposobów.

Bardzo efektownie dają się leczyć według mego zdania chorzy na gruźlicę w I. okresie, jak również ci, u których gruźlica nie objawiła się dotąd na zewnątrz, a której istnienia dowodzi odczyn autotuberkulinowy, wywołany wstrzyknięciem fosfacidu. W takich razach wyleczenie nastąpić może po kilku wstrzyknięciach dużych dawek fosfacidu. Dawki te 0,5—1,0—2,0, ze względu na ich wielkość, powinny być powtarzane w dłuższych odstępach czasu (raz na tydzień — raz na 10 dni), nie trzeba jednak i tu zapominać o indywidualności chorego i według tego się kierować. W ten sposób postępując, można wstrzyknąć i większe jeszcze dawki, n. p. 5,0, i nie obawiać się potem wywołania odczynu autotuberkulinowego.

Z 36 chorych, znajdujących się w III. okresie gruźlicy według klasyfikacyi Turbana, których przed dwoma laty leczyłem fosfacidem, wyzdrowiało osiem osób. Jestem tego pewny, gdyż od czasu do czasu mam sposobność ich widywać. Leczenie ich trwało od 6 do 15 miesięcy. Prócz nich z tej liczby 36 — 14 osób doznało znacznego polepszenia, leczenia jednak nie dokończyło. Reszcie chorych z tej kategoryi fosfacid nic nie pomógł. Z 28 chorych, znajdujących się w II. okresie, wyzdrowiało w tym samym czasie pod wpływem fosfacidu 19. Reszta leczenia nie dokończyła. Z tych ostatnich trzy osoby przechodziło powtórne leczenie fosfacidem. Obecnie (od roku przeszło) są zdrowe. Czas leczenia chorych tej kategoryi trwał od 3 do 8 miesięcy. Ze względu na mniej więcej silne zakażenie gruźlicze leczenie chorych tych dwóch kategoryi przeprowadzono ostrożnie, stopniowo, jak w wyżej opisanym przypadku. Z szesnastu zaś chorych, należących do I. okresu, wyzdrowieli wszyscy. Leczenie ich trwało od dwóch do czterech miesięcy. Przeprowadzono je energiczniej, większemi stosunkowo dawkami fosfacidu (od 0,2 do 1,5 i 2,0).

Działanie fosfacidu ujawnia się najwybitniej przy gruźlicy stawów, kości, gruczołów limfatycznych, skóry. Sam fakt, iż zakażenie gruźlicze w tych przypadkach znalazło w ustroju pewne tylko miejsca, odpowiednie dla swego rozwoju i tam się umieściło, dowodzi, że siły ustroju działają prawidłowo. Leczenie fosfacidem można wtedy przeprowadzić energiczniej, dając wielkie dawki tego leku.

Pod wpływem leczniczych właściwości fosfacidu zmiany gruźlicze stawów wszelkich stopni ustępują bez żadnego wysiłku ustroju. (Trzeba zawsze zwracać uwagę na indywidualizm chorego przy określaniu dawki).

Z chwilą wprowadzenia fosfacidu do lecznictwa [1]) leczenie gruźlicy stawów będzie, jak mniemam, uproszczone, gdyż można będzie przeprowadzać je w domu w zwykłych warunkach. Obserwowałem kilka przypadków gruźlicy stawu biodrowego (coxitis), wyleczonych zapomocą fosfacidu w czasie operacyi ortopedycznej, dokonywanej dla poprawienia zwichnięć i nieprawidłowego położenia główki kości biodrowej. We wszystkich miejscach, gdzie przedtem była sprawa gruźlicza, zauważyć było można rozrost tkanki łącznej.

W przypadkach, w których ortopedyczną operacyę przedsięwzięto nieco zawcześnie, można było znaleźć resztki nie wessanej gęstej masy, otoczonej torebką włóknistą. — Zabarwiwszy odpowiednio tę masę, można było się przekonać zapomocą mikroskopu, że jest to konglomerat rozpadłych ciał laseczników. Gdzie mamy czystą gruźlicę stawu biodrowego bez powikłania zakażeniem paciorkowcami, czy gronkowcami, tam pod wpływem fosfacidu sprawa w oczach prawie ustępuje. Wstrzykuje się, jak można najbliżej zajętego miejsca. W ten sposób pobudza się rozrost tkanki łącznej. Gdy zaś fosfacid dostanie się do samych miejsc zmienionych, to odkaża samo ognisko. Z tego powodu gruźlica chirurgiczna prędzej ustępuje pod wpływem tego leku, niż sprawy płucne. Dawki powinny być stosunkowo duże. Dziecko jednoroczne z niepowikłanej gruźlicy stawu biodrowego wyleczono zapomocą dawek od 0,05 do 0,5. Zwracano uwagę na odczyn i wyczekiwano zniknięcia objawów od poprzedniego wstrzyknięcia (obolałość, zaczerwienienie, gorączka). Starsze dzieci, stosownie do swych sił fizycznych, otrzymują od 0,1 do 1,0. Lepiej postępować powoli, śledząc wszelkie przejawy. Takie powolne leczenie może trwać dłużej, jest jednak pewniejsze z tego względu, iż wessanie się obumarłych tkanek posuwa się ciągle. Nie zauważyłem przy takiem stopniowo przeprowadzonem leczeniu owych nie wessanych mas. U dorosłych stosuje się duże dawki fosfacidu 1,0 do 5,0.

---

[1]) Romanowski uzyskał już w Departamencie lekarskim w Petersburgu przyjęcie swego przetworu do liczby środków leczniczych.

Zmiany gruźlicze gruczołów limfatycznych mogą się zupełnie zapomocą fosfacidu wyleczyć. Dawki wówczas ostrożnie się zwiększa. Nie należy dopuszczać do zbyt silnego odczynu autotuberkulinowego. Zauważyć należy, że ów odczyn przy gruźlicy gruczołów pojawia się prędzej, — już w kilka godzin po wstrzyknięciu, — i trwa krócej, aniżeli przy gruźlicy płuc. Wyobrażam sobie, iż fosfacid dostaje się prędzej z tkanki podskórnej do schorzałych gruczołów. Wstrzykiwanie robi się albo w tkankę podskórną gdziekolwiekbądź, lub też blizko miejsc chorobowo zmienionych, jeżeli anatomiczne położenie gruczołów na to pozwala. I tu fosfacid wywołuje rozrost tkanki łącznej. Przy operacyach, dokonywanych po skończeniu leczenia, gdy trzeba było ze względów kosmetycznych usunąć gruczoły na szyi, które się nie wessały, napotykano na wielkie trudności przy ich wyłuszczaniu. Rozrost bowiem tkanki łącznej otaczającej gruczoły był tak silny, że trzeba było je dosłownie wycinać.

Gruźlicę gruczołów leczy się takiemi samemi dawkami fosfacidu, jak i gruźlicę stawów. Gdy się tworzą przetoki, należy zachowywać większą ostrożność w dawkowaniu fosfacidu. Nie nadają się do leczenia tacy chorzy tej kategoryi, u których gruźlica usadowiła się także w innych narządach, tworząc mnogie ogniska. Dla tych niema ratunku.

Gruźlicę skóry w różnych stopniach również leczyć można fosfacidem. Wszelkie tuberkuloidy, z toczniem włącznie, również nadają się do leczenia tym środkiem. Przy gruźlicy skórnej ustrój zresztą zwykle jest zdrowy. Życiowe sprawy jego protoplazmy są prawidłowe, prócz tych miejsc naturalnie, w których prątki gruźlicze się usadowiły. Z tego powodu fosfacid wstrzykiwać tu można w dużych dawkach (indywidualizować je zawsze należy). Zwykły toczeń (lupus vulgaris) w słabym stopniu, u chorego średniej kompleksyi wyleczono przy dawkach 1,0—2,0, raz na dni 6—10. Leczenie trwało 9 miesięcy. Stan podmiotowy i wejrzenie takich chorych znacznie się poprawia. Okłady z fosfacidu na schorzałych miejscach przyspieszają wyleczenie.

Oczywiście leczenie gruźlicy fosfacidem nie wyklucza stosowania i innych leków, sprzyjających prędszemu zwalczeniu zakażenia. Najważniejszą jednak rzeczą przy leczeniu fosfacidem jest spokój i higieniczne warunki życia.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

A. Scheglmann. **Febris gastrica.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 6). Z chwilą wykrycia swoistego zarazka duru brzusznego stwierdzono, że wiele chorób z objawami durowymi, które uważano za osobne jednostki chorobowe, jest tylko nietypowemi postaciami duru brzusznego, jak n. p. t. zw. gorączka nerwowa, gorączka gnilna (Faulfieber), dur mózgowy i wiele innych. W ten sposób uległa zapomnieniu »gorączka żołądkowa« (»febris gastrica«), która jednakże z durem brzusznym niema nic wspólnego, a ma zupełne prawo stanowić osobną jednostkę chorobową. Autor miał sposobność widzieć dwie epidemie tej choroby, które szerzyły się w porze letniej wśród robotników rolnych. W większości przypadków choroba rozpoczyna się nagle dreszczem, gorączką i silnym bolem głowy w okolicy czołowej. Wysypek na skórze ani opryszczek na wargach nie zauważył autor w żadnym przypadku. Już w pierwszym dniu choroby pojawiają się silne poty i wstręt do jadła; wymioty zjawiają się w 2—3. dniu choroby. Chorzy skarżą się na bole w okolicy żołądka, osłabienie i bole członków. Brzuch, zwłaszcza w górnej części, wysklepiony, okolica żołądka już nawet przy lekkim ucisku silnie bolesna, w okolicy kątnicy często stwierdzić się daje kruczenie. Sledziona wyjątkowo tylko, i to w nielicznych przypadkach, nieznacznie powiększona. Biegunka jest prawie regułą. Gorączka, która w pierwszym dniu choroby dosięgła 40° C., utrzymuje się na tej wysokości przez dwa dni, z nieznacznymi tylko rannymi spadkami, w trzecim dniu choroby zaczyna opadać stopniowo (per lysin), znikając w ciągu 5—7 dni. Przyspieszenie tętna odpowiada gorączce, często jednakże mimo spadku gorączki szybkie tętno utrzymuje się przez dni 14. Najciekawszą jest etyologia tej sprawy chorobowej. Ponieważ choroba ta pojawia się wśród robotników rolnych w czasie żniw, dochodzi autor do wniosku, że zarazek, wywołujący ją, znajduje się na zbożu, z którego za pośrednictwem zanieczyszczonych rąk wraz z pokarmami dostaje się do przewodu pokarmowego. Fakt ten zdaje się jeszcze i to potwierdzać, że robotnicy rolni, których praca nie wymagała stykania się bezpośredniego z roślinami, na chorobę tę nie zapadali. Przenoszenia się choroby tej z ludzi na ludzi nie zauważył autor w żadnym przypadku.

Sokołowski.

C. Fischer. **Gruźlica płuc i mięśnie klatki piersiowej.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 45). Wychudnienie, jakie stwierdzamy prawie w każdym przypadku przewlekłej gruźlicy, polega przedewszystkiem na zaniku mięśni, a zanik ten wywołany jest nie słabem przyswajaniem pokarmów w ustroju, lecz tylko zatruciem toksynami gruźliczemi. Prócz tego ogólnego objawu stwierdzić można i objawy miejscowe w mięśniach, położonych ponad miejscem, zajętem gruźlicą. I tak przy gruźlicy krtani (wprawdzie dopiero w okresach późniejszych) uderza długa wychudzona szyja, z mięśniami, napiętymi jak postronki, co zwłaszcza zwraca uwagę u tych osób, u których reszta mięśni nie uległa jeszcze zmianom. Podobne miejscowe wychudnienie stwierdzamy i przy jednostronnej gruźlicy płuc. Przy nierównem zaś usadowieniu się sprawy gruźliczej stwierdzić można i nierówny zanik mięśni. Zaniki dotyczą nietylko mięśni międzyżebrowych, lecz i mięśni łopatki i ramienia, co najlepiej stwierdzają próby zapomocą siłomierza. Z pracy swej wyciąga autor następujące wnioski: Mięśnie, pokrywające ognisko gruźlicze, są w świeżych przypadkach punktem wyjścia zaników. Zaniki te najłatwiej stwierdzić, badając mechaniczną pobudliwość mięśni. Pobudliwość ta jest wybinie zwiększoną, a polega ona na rozpoczynającem się zwyrodnieniu mięśni pod wpływem toksyn gruźliczych.

Sokołowski.

M. Rudolph. **Biała ospa.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 6). Autor od roku obserwuje w Brazylii ostrą zakaźną chorobę wysypkową, niezwykle przypominającą ospę prawdziwą. Przebieg gorączki, obraz wysypki w okresie pierwszym, nie pozwala nawet w tym czasie na odróżnienie tych dwóch spraw chorobowych. W drugim okresie choroby gorączka nie wznosi się powtórnie, jak to się dzieje w ospie w okresie ropienia. Wysypka na skórze i na wszystkich błonach śluzowych powiększa się, guzki zmieniają się w pęcherzyki, wypełnione białą lub białawo-żółtą cieczą, a cała skóra wygląda, jakby skropiona wapnem (stąd nazwa ospa biała). Pępka ospowego na szczycie guzków nie zauważył autor nigdy. Biała ospa pozostawia również po sobie blizny, które jednakże, ponieważ sprawa zapalna toczy się tutaj tylko w samej skórze, już po kilku miesiącach znikają bez śladu. Niekiedy jednak, o ile przy-

łączy się wtórne zakażenie, pozostają blizny na stałe, lecz wówczas są niezbyt głębokie, o brzegach nieregularnych, wystrzępionych. Blizny te są tak charakterystyczne, że mogą służyć do rozpoznania różniczkowego. Szczepienie ochronne przeciw ospie chroni zarazem przeciw tej chorobie, jednakże tylko na przeciąg sześciu miesięcy. Śmiertelność dochodzi do 2—$2^1/_2$%. Sokołowski.

Leede. **Wybroczyny skórne, wywołane przez bierne przekrwienie, jako środek pomocniczy w rozpoznawaniu płonicy.** (Münch. med. Woch. Nr 6 1911). Powyżej stawu łokciowego zakłada autor na przeciąg 10—15 minut opaskę elastyczną, przyczem wywiera tak silny ucisk, by żyły wystąpiły wyraźnie, a tętno było dobrze wyczuwalne. Po zdjęciu opaski stwierdzał autor w przypadkach płonicy prawie bez wyjątku, w przegubie łokciowym wybroczyny podskórne, występujące jako ciemne plamy. Powstawanie tych wybroczyn tłómaczy zmianami w naczyniach włosowatych, które wywołują łatwiejsze ich pękanie. Ponieważ podobne zmiany w naczyniach włosowatych powstają i w przebiegu innych chorób zakaźnych, np. w odrze (jednakże w znacznie mniejszym stopniu), zatem tylko ujemny wynik próby zastoinowej przemawia przeciw płonicy, dodatni zaś tylko w związku z innymi objawami może być pomocny w rozpoznaniu. Sokołowski.

Linossier. **Leczenie pospiesznego jedzenia (tachyphagie).** (Paris médical 1911 Nr 4). Czynność jamy ustnej jest jedyną fazą sprawy trawienia zależną od woli, warunki życiowe jednak zazwyczaj przeszkadzają ludziom w oddawaniu się prawidłowemu żuciu pokarmów. Wszelako ma ono bardzo doniosłe znaczenie, bo soki trawienne żołądka i jelit znacznie lepiej działają na pokarmy rozdrobnione, i siła trawienia zwiększa się proporcyonalnie do powierzchni zetknięcia. Nadto w pokarmach roślinnych jest substancya odżywcza zawarta w osłonce z błonnika, która przy żuciu ulega zmiażdżeniu, przez co umożliwione jest trawienie. Ptyalina, zawarta w ślinie, przemienia skrobię w cukier, a ślina stanowi według Pawłowa wybitny środek pobudzający wydzielanie chemiczne w żołądku. Doświadczenia Fletchera wykazały, że przy tej samej dyecie i w tychsamych warunkach samo zwrócenie uwagi na dokładność żucia przyczynia się do przyrostu ogólnego siły mięśniowej. W celach leczniczych nie wystarcza często choremu samo polecenie powolnego jedzenia, bo często chorzy tacy cierpią na nerwicę, która wywołuje u nich pośpiech mimo najlepszych chęci. Jedynie racyonalny dla chorego jest przepis, określający ściśle czas, jak długo ma trwać jedzenie obiadu (np. 3 kwadranse) i kolacyi (np. 1 godzinę). Ażeby jednak nie spotęgować żarłoczności u chorych, radzi L. podawać potrawy w określonej ilości i określić średni czas jednego dania (5—10 minut). Pożądana jest też przewaga pokarmów nieco suchszych bez znaczniejszego dodatku płynów. W przypadkach ciężkiej nerwicy należy wręcz przyzwyczaić chorego do starannego żucia zapomocą ciągłego i stałego dozoru osób trzecich przy każdem jedzeniu. Dr Blassberg.

Lipowski. **Leczenie przewlekłego zaparcia stolca za pomocą lewatyw z parafiny.** (Münch. med. Woch. Nr 50 1910). Autor wychodzi z założenia, że błona śluzowa jelita grubego ludzi cierpiących na przewlekłe zaparcie stolca odznacza się niezwykłą zdolnością wchłaniania. Skutkiem tej własności treść jelita zostaje pozbawiona wody i staje się twardą zbitą masą, która przylega ściśle do ścian jelita, drażni je i w następstwie wywołuje zmiany anatomiczne. Zmniejszając zatem chłonienie wody w jelicie grubem, tem samem przeszkadzamy w wytwarzaniu się zbitych mas kałowych. W tym celu poleca autor zastosowanie lewatyw z tej mieszaniny parafiny, która przy 38° C ma konsystencyę maści. U chorych tą metodą leczonych stwierdził L. już po kilku tygodniach zupełną poprawę. Sokołowski.

M. Riehl. **Spadek ciepłoty żołądka przy zewnętrznem działaniu zimna.** (Münch. med. Woch. 1910 Nr 52). Autor, mierząc zapomocą specyalnie urządzonego termometru ciepłotę żołądka przed i po zastosowaniu zimnych okładów na powłoki brzuszne, stwierdził, że różnica w ciepłocie wynosi średnio 1° C. Równocześnie mierzona ciepłota w odbytnicy wykazywała różnicę średnio 0·5 C. Najniższa ciepłota, stwierdzona po zastosowaniu zimnych okładów, wynosiła w żołądku 35·7° C, w odbytnicy 36·7° C. Sokołowski.

Doc. W. Hildebrandt. **Urobilina we krwi.** (Münch. med. Woch. Nr 49 1910). Autor opisuje przypadek ciężkiego zapalenia płuc, zakończonego zejściem śmiertelnem, w którym to przypadku surowica krwi okazywała zieloną fluorescencyę, pochodzącą od obecności urobiliny. Fluorescencya pojawiła się dopiero po dłuższem staniu surowicy na świetle i przy dostępie powietrza. Autor przypisuje to temu, że dopiero z urobilinogenu, który prawdopodobnie wyłącznie tylko może krążyć we krwi, skutkiem utlenienia powstaje urobilina. Obecność urobilinogenu w surowicy stwierdził H. za pomocą odczynnika Ehrlicha (p-dimethylamidobenzaldehydu; kropla surowicy, zmieszana z kroplą odczynnika na białej płytce porcelanowej, daje, w razie obecności urobilinogenu, zabarwienie czerwone). Sokołowski.

Kirchheim. **O działaniu i dawkowaniu adrenaliny wstrzykiwanej podskórnie.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 51). Według doświadczeń autora adrenalina, zastosowana podskórnie, w przeciwieństwie do stosowanej śródżylnie jest zupełnie bezpiecznym lekiem, a użyta w ten sposób przy osłabieniu serca w chorobach zakaźnych (tylko w tych chorobach autor ją stosował) wywierała bardzo dobre działanie. Wstrzykując adrenalinę w dawkach stosunkowo wielkich i to nawet przez dłuższy przeciąg czasu, nigdy nie zauważył K. niepożądanych ubocznych objawów. K. przypisuje to temu, że stosując adrenalinę podskórnie, a nie śródżylnie, nie wywołuje nagłego podniesienia parcia w naczyniach. Lek ten stosował K. również zapobiegawczo i odniósł wrażenie, że w kilku przypadkach zapobiegł grożącemu zapadowi, czegoby, jak sądzi, nie osiągnął, stosując zwykłe środki sercowe. (Adrenalinę stosuje K. w dawkach co 2 godziny $^1/_2$—1 mg, a w razie grożącego zapadu podnosi dawkę nawet do 3 mg). Sokołowski.

Krehl. **Przestroga przed nadmiernem stosowaniem jodu.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 47). Krehl zwraca się przeciwko zakorzenionemu zwyczajowi podawania w nadmiernych dawkach jodu, zwłaszcza przy zmianach w gruczole tarczowym i przy stwardnieniu tętnic. Często zdarza mu się widzieć chorych z powiększonym gruczołem tarczowym, u których dopiero po zastosowaniu jodu występowały zaburzenia czynnościowe. Zaburzenia te polegają na t. zw. tyreoidyzmie, objawiającym się jużto znacznem wychudnieniem, już też zboczeniami w sferze psychicznej i nerwowej, przyspieszeniem tętna, nierzadko również i gorączką. To też autor w przypadku zmian w gruczole tarczowym wstrzymuje się zupełnie od podawania jodu, radząc raczej zabieg operacyjny. Wyjątek stanowi tylko wól podmostkowy, nie dający się operacyjnie usunąć.

Trudność stosowania jodu leży właśnie w nieobliczalności jego działania, gdyż trudno z góry osądzić, który chory z wolem będzie znosił jod, a który odpowie na lek ten objawami tyreotoksycznymi. Objawy te bowiem występują jużto po dawkach minimalnych, już też po dłuższem używaniu tego środka. Nie zaprzeczając, że w wielu przypadkach jod oddaje rzeczywiście wielkie usługi, sądzi autor, że w podawaniu tego leku przekracza się często miarę. Podobnie ostrożnym co do podawania jodu należy być i w przypadkach stwardnienia tętnic. Autor spostrzegał cały szereg przypadków miażdżycy tętnic, gdzie jod, zastosowany po jednym gramie dziennie przez dni 14, wywołał ciężkie tyreotoksyczne objawy, zwłaszcza u chorych z powiększonym gruczołem tarczowym. Sokołowski.

Fleischmann. **O różnej wrażliwości na jod.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 4). Krehl w jednej ze swych ostatnich prac potwierdził zapatrywanie Rilleta, że jod u lu-

dzi, mających wole, może nawet w dawkach bardzo małych wywołać objawy znane pod nazwą tyreoidyzmu. Autor podnosi, że wrażliwość na jod jest różna w różnych okolicach i porównuje okolicę Berlina, wolną od endemicznego wola, z okolicą Bazylei i Berna, gdzie choroba ta pojawia się nagminnie. Jako podstawę swych badań klinicznych przyjmuje F. fakt, że pierwszym objawem tyreoidyzmu jest przyspieszenie tętna, występujące już w krótkim czasie po zażyciu jodu. Zestawienie tabelaryczne wykazuje przedewszystkiem zwiększoną wrażliwość na jod w Bazylei i Bernie, gdzie w 68% (Bazylea) i 23% (Berno) przypadków występowało po zażyciu jodu przyspieszenie tętna, natomiast u chorych z okolic Berlina wystąpiło ono tylko w 3,7% przypadkow. Ważnym wynikiem zestawienia jest również fakt, że u chorych, u których F. stwierdził przyspieszenie tętna, tylko w 16% stwierdził równocześnie powiększenie gruczołu tarczowego. Statystyka autora zgodnie z zapatrywaniami Krehla dowodzi, że wrażliwość na jod w okolicach, w których panuje wól, nie pozostaje w związku z powiększeniem gruczołu tarczowego, lecz istnieje również i przy rzekomo niezmienionej tarczycy. Sokołowski.

Bielajew. **Przyczynek do badań nad zmianami krwi przy chorobie Basedowa i zwykłym wolu.** (Russkij Wracz 1911, Nr 7). W roku 1908 prof. Kocher i równocześnie z nim Caro ogłosili swoje badania nad składem krwi chorych na chorobę Basedowa, a wyniki ich badań potwierdziły prawie wszystkie późniejsze prace na ten temat. Wiadomo dziś, że u chorych na chorobę Basedowa znajdujemy nieznaczną leukopenię, wybitną limfocytozę bezwzględną i odsetkową, zmniejszenie ilości neutrofilów, powiększenie ilości wielkich jednojądrzastych limfocytów i brak eozynofilii, którą znajdował tylko Kocher. Wyniki, otrzymane przy zwykłym wolu, są niezgodne: jedni badacze nie znajdowali patologicznych zmian we krwi, inni znowu wykrywali podobne zmiany, jak w chorobie Basedowa. Bielajew w 5 przypadkach choroby Basedowa i 15 przypadkach wola starał się sprawdzić wyniki badań swoich poprzedników i doszedł do wniosku, że przy obu chorobach zmiany we krwi są jednakie, a mianowicie takie, jakie opisano przy chorobie Basedowa, z tą tylko różnicą, że przy zwykłym wolu zmiany te są mniej wyraźne. Zmiany we krwi zatem nie mogą według B. być użyte do rozpoznania różniczkowego pomiędzy dwoma temi chorobami.
Dr A. Modrzewski.

Polański. **Przypadek napadowej hemoglobinuryi.** (Prakticz. Wracz 1911 Nr 4). Mężczyzna 48-letni, urzędnik kolei żelaznej, od 10 lat cierpi na typowe napady hemoglobinuryi, powtarzające się po każdem ochłodzeniu nóg. Napady zwykle trwały 2—3 godzin, przyczem chory za każdym razem czuł się nadzwyczaj osłabionym i musiał leżeć w łóżku. Autor zauważył, że na zjawianie się i siłę napadów zły wpływ wywierał czczy żołądek i zaparcie stolca. Przyczynę choroby upatruje autor w przebyciu przymiotu i w słabości ustroju ze znacznie rozwiniętą neurastenią. Autor zastanawia się nad pytaniem, czy nie jest to choroba nerwowa, mianowicie objaw odruchowy z zaburzeniem układu naczyniowego i jednoczesną nieprawidłowością krwi, wyrażającą się w niedostatecznej trwałości ciałek czerwonych (przymiot). Leczenie przedewszystkiem przyczynowe (przymiot, zimnica), a następnie seroterapia przy pomocy surowicy Widala. W przypadku autora leczenie. przeciwprzymiotowe dało odrazu nadzwyczaj pomyślny wynik.
T. Makowski.

Hausman. **O kątnicy ruchomej i wędrującej.** (Prakticz. Wracz 1911 Nr 4). Zająwszy się za przykładem Prof. Obrazcowa metodycznem obmacywaniem okrężnicy, zwrócił autor uwagę na ruchomość kątnicy. Zauważył on, że kątnica w niektórych przypadkach łatwo dawała się przesuwać ze swego łożyska do wysokości pępka, a nawet i wyżej — do łuku żebrowego. Tacy chorzy zwykle cierpią na zaparcie stolca, a także odczuwają mniej więcej silne boleści. Autor rozróżnia obecnie dwie postacie kątnicy ruchomej: 1) kątnica leży na swojem miejscu, ale łatwo daje się przesuwać; 2) kątnica znajduje się w nieprawidłowem miejscu (»kątnica wędrująca«), ale łatwo daje się odprowadzić na miejsce właściwe (reponować), zasadnicza różnica od tak zwanej przemieszczonej (ektopia) kątnicy. Wędrująca kątnica sprawia zwykle wrażenie ciała naprężonego z powodu rozciągnięcia przez gazy i zgrubienia ścian. Może ona łatwo być mylnie wzięta za wędrującą nerkę; zabezpieczyć może przed tą omyłką prócz wymacania nerki na właściwem miejscu jeszcze ta okoliczność, że kątnica zwykle znajduje się poniżej okrężnicy poprzecznej, nerka zaś zwykle powyżej, a także stwierdzenie kruczenia przy obmacywaniu kątnicy. Nareszcie można zwykle zauważyć, że część przykątnicza jelita biodrowego przesuwa się razem z kątnicą. Przy obmacywaniu części przykątniczej jelita biodrowego trzeba zawsze zwracać uwagę na to, czy nie wyczuwamy wyrostka robaczkowego: jelito biodrowe skurczone może łudząco przypominać wyrostek (część przykątnicza jelita biodrowego daje się wymacać w 70—80%, wyrostek robaczkowy w 15%). W celu usunięcia opisanej nieprawidłowości autor podobnie, jak chirurg Wilms, poleca zabieg operacyjny (przyszycie kątnicy). U chorych, którzy się na operacyę nie zgadzali, przez długi czas stosował autor z dobrym skutkiem lewatywy z oliwy według metody Ebsteina. T. Makowski.

Chirurgia.

S. Riepin. **O leczeniu ropnych wysięków opłucnej sposobem Lewaszowa.** (Wraczebn. Gaz. 1911, Nr 7). Sposób L. polega na tem, że z jamy opłucnej wyciągamy, najlepiej strzykawką Dieulafoya, wysięk (płyn surowiczy, surowiczo-ropny czy ropny), dopóty, dopóki chory nie uczuje pewnej bolesności. Następnie wprowadzamy do opróżnionej jamy opłucnej taką samą ilość ciepłego rozczynu fizyologicznego soli kuchennej; następuje ponowna aspiracya i nowe wstrzyknięcie i t. d. aż do otrzymania płynu przeźroczystego. Sposób ten, jak dotychczas, stosowano bodaj wyłącznie tylko w Rosyi; w Europie zachodniej stosuje go jeden tylko prof. Maragliano, i to przy wysiękach surowiczych. R. przytacza 28 przypadków wysięków opłucnej, leczonych tym sposobem, z tych 7 surowiczo-ropnych i 21 czysto-ropnych. Wszystkie wysięki pierwszej kategoryi zostały wyleczone; z drugiej wyleczono 8, to znaczy 35%. Zabieg powtarzano mniejwięcej co dni 10; ilość zabiegów od 1 do 6. Wnioski autora są następujące: Sposobu Lewaszowa nie należy uważać za nadający się do leczenia wszelkiego rodzaju ropniaków opłucnej; ale w niektórych przypadkach, kiedy wykonanie operacyi krwawej jest w danej chwili ryzykowne, sposób ten zasługuje na uwagę, jako operacya tymczasowa. Przy leczeniu wysięków pochodzenia pneumokokowego daje on wyniki trwałe, jest zatem tutaj zabiegiem doszczętnym. Leczenie sposobem Lewaszowa wysięków surowiczo-ropnych, sądząc z piśmiennictwa, dawało zawsze wyniki dodatnie. M. Łążyński.

D. Eskin. **Z kazuistyki ciąży zamacicznej i zawężlenia jelit.** (Wraczebn. Gaz. 1911, Nr 4). Jako osobliwość w przypadku spostrzeganym podaje autor tę okoliczność, że jelito było okręcone dokoła podległego zapaleniu przydatku sieciowego (appendix epiploica) okrężnicy. Przydatek był niezwykle długi (9 cm.) i przyrósł do guza, który się okazał podczas operacyi ciążą zamaciczną. Wynik zabiegu pomyślny. M. Łążyński.

Heddäus. **Mięsak groniasty szyjki macicy z następowym przerzutem w opłucnej.** (Arch. f. klin. Chir. T. 94. Z. I. 1910). Autor opisuje przypadek groniastego mięsaka macicy u 48-letniej kobiety, u której pomimo wycięcia macicy w kilka miesięcy po operacyi wystąpiły objawy wysięku opłucnego, a resekcya żebra pozwoliła stwierdzić mięsaka opłucnej. Te mięsaki macicy charakteryzują się: 1) makroskopowo groniastą postacią, 2) mikroskopowo różnorodnością utkania, są to zatem nowotwory mieszane, 3) bardzo

wielką złośliwością i 4) rzadkością przerzutów w odległych narządach. Przypadek autora posiadał wszystkie te cechy, a odznaczał się nadto tem, że przerzut w opłucnej okazał się nietylko mikroskopowo mięsakiem mieszanym, ale i makroskopowo przypominał groniastą budową nowotwór pierwotny. Ze względu na wielką złośliwość tego nowotworu radzi autor wszystkie polipy w szyjce macicy badać zawsze mikroskopowo i w razie stwierdzenia utkania mięsaka operować bardzo doszczętnie. Pisarski.

Felten. **O przepuklinach pęcherzowych.** (Archiv. f. klin. Chir. T. 94. Z. 1. 1910). Ponieważ próżny pęcherz w prawidłowych stosunkach nie sięga do zwykłych bram przepuklinowych, przeto niezbędnym warunkiem do powstania przepukliny pęcherzowej jest wypełnienie pęcherza; zrosty lub uchyłki mogą również być powodem przepukliny. Otrzewna pokrywa pęcherz tylko od góry i boków i połączona jest z nim wiotką tkanką; przy wypełnieniu pęcherza otrzewna łatwo się zesuwa, a przez szczelinę w mięśniach brzusznych wydostaje się na zewnątrz sam pęcherz moczowy, nie pokryty otrzewną; są to t. zw. zewnątrzotrzewne przepukliny pęcherzowe (extraperitoneale Blasenhernien). Zdarza się, że pęcherz, który do przepukliny dostaje się bez pokrycia otrzewną, pociąga za sobą fałd otrzewnej, do którego to worka otrzewnego mogą się następowo dostawać inne trzewia; takie przepukliny nazywa autor przepuklinami przyotrzewnemi (paraperitoneale Blasenhernien). W przypadkach, gdzie otrzewna jest silnie z pęcherzem zrośnięta i przy wypełnieniu pęcherza nie może uledz zesunięciu, wypukla ją pęcherz przed sobą i wytwarza się zwykła przepuklina wewnątrzotrzewna (intraperitoneale Blasenhernie). Zdarza się, że przez rozstęp w błonie mięsnej pęcherza wydostaje się na zewnątrz błona śluzowa i w postaci woreczka stanowi treść przepukliny; również uchyłki pęcherzowe, złożone z błony śluzowej i mięsnej, bywają treścią przepukliny. Czyste przepukliny pęcherzowe są rzadkie, częściej napotyka się w przepuklinie obok pęcherza, jelita lub sieć. Ponieważ objawy jelitowe w takich przepuklinach przeważają, obecność pęcherza w worku przepuklinowym bywa zazwyczaj zapoznawana i to bywa powodem częstych skaleczeń pęcherza podczas zabiegu operacyjnego. Bardzo trudno jest w takich przypadkach rozstrzygnąć, czy pęcherz, czy też jelita stanowiły pierwotną przepuklinę, a która z tych części została następowo wciągnięta. U dzieci są przepukliny pęcherzowe bardzo rzadkie; najczęściej trafiają się u mężczyzn pomiędzy 50. a 60. rokiem życia, u kobiet rzadziej, a wogóle biorąc, są zjawiskiem rzadkiem. Rozpoznanie przepukliny pęcherzowej bywa czasem bardzo trudne. Niejednokrotnie skarżą się tacy chorzy na częste oddawanie moczu i ból podczas moczenia; często bywa, że guz duży po oddaniu moczu maleje lub bezpośrednio po oddaniu moczu zjawia się znowu potrzeba jego oddania, co wytłomaczyć można tak, że przy zmianie położenia mocz, znajdujący się w części pęcherza w przepuklinie, wlewa się do właściwego pęcherza. Uwięźnięcie przepukliny pęcherzowej daje podobne objawy, jak i inne przepukliny, wskutek uwięzienia otrzewnej. Jeżeli chodzi o rozpoznanie pęcherza podczas operacyi, służyć mogą jako punkty wytyczne błona mięsna, nagromadzenie tkanki tłuszczowej w jego otoczeniu, a wreszcie przesuwanie badanego tworu między palcami, przyczem wyczuć można przesuwanie się gładkich powierzchni błony śluzowej. Zasady postępowania przy przepuklinach pęcherzowych są podobne, jak przy zwykłych przepuklinach. Przepuklinę pęcherzową niepowikłaną, jeżeli niema ogólnych przeciwwskazań, należy operować ze względu na możliwość uwięźnięcia, powstania nieżytu lub kamienia. Przy przepuklinach uwięzłych należy uwolnić część uwięzłą, a bramę przepuklinową zaszyć. Jeżeli część pęcherza uległa martwicy, wycina się ją, pęcherz dokładnie zeszywa, zakłada cewnik na stałe, a ranę zawsze przy otwarciu pęcherza setonuje. Pisarski.

Zondek. **Obłuszczenie (decapsulatio) i nacinanie (scarificatio) nerki i ich kliniczne znaczenie.** (Tow. lek. wied. XII. 1910). Obłuszczenie nerki z torebki nie jest wcale obojętnym dla ustroju zabiegiem, zwłaszcza, że w następstwie tworzy się twarda bliznowata pochewka. Dlatego też Zondek na podstawie swych badań poleca zamiast obłuszczenia, skaryfikacye, t. j. delikatne a liczne nacięcia powierzchowne kory nerkowej. Nacięcia te wskazane są w następujących cierpieniach: przy angioneurozach nerki, przy bólach z powodu fizyologicznej wązkości moczowodu, przy rzucawce porodowej, zastoinie nerkowej i licznych ropniach. Natomiast w przewlekłem zapaleniu nerek tak obłuszczenie, jak nacięcia nie mają uzasadnienia; co najwyżej łagodzą bóle, ale na chorobę wcale dodatnio nie wpływają. K.

Zappinger. **Przyczynek do nauki o typowem i nadkłykciowem złamaniu kości sprychowej.** (Arch. f. klin. Chir. T. 94. Z. 1. 1910). Jakkolwiek sprawa złamania kości sprychowej posiada bardzo obfite piśmiennictwo, to jednak Z. uważa za pożyteczne omówienie tej sprawy, ze względu na wielkie różnice w zapatrywaniach co do rokowania, techniki leczenia i osiągniętych wyników leczenia. Dotychczasowe sposoby wykonywania repozycyi i ustalania kończyny omawia Z. krytycznie, dopatruje się w nich wielu błędów i podaje wreszcie swoją metodę, którą od 5 lat stosuje z doskonałymi wynikami. Stara on się mianowicie dokonywać repozycyi w takiem ustawieniu ręki, przy którem mięśnie i ich ścięgna nie wywierają żadnego wpływu na staw i kości. Ułożenie takie uzyskuje przez ustawienie dłoni w zgięciu grzbietowem (flexio dorsalis) przy lekko zgiętych palcach. Przy tem ułożeniu ręki łatwo jest utrzymać odłamki w należytem położeniu. Chory przy zabiegu siedzi; ręka w łokciu zgięta; po nadaniu kończynie poprzednio opisanego położenia, pociąga Z. w kierunku osi podłużnej; odłamki zazwyczaj łatwo dają się ustawić. Przy nadłamaniu (infrakcyi) wystrzegać się należy za silnego pociągania, bo można wywołać zupełne złamanie; wystarczy lekkie pociąganie, wprowadzenie ręki w lekką pronacyę z równoczesnem podpieraniem miejsca złamania od dołu. Po odprowadzeniu powinna być kończyna zgięta w łokciu, w lekkiem zgięciu grzbietowem, pomiędzy pronacyą a supinacyą, a palce do połowy zgięte; w tem położeniu ujmuje Z. rękę w opatrunek utrwalający. Natychmiast po założeniu opatrunku poleca Z. choremu wykonywać wydatne ruchy palcami, a po 3—4 dniach miesi miejsce złamania 2 razy dziennie; po 6 dniach ruchy bierne stawu. Pomiędzy temi posiedzeniami nosi chory opatrunek utrwalający. Miesienie musi być wykonywane ostrożnie, ażeby nie wywołać nowej dyslokacyi. Po 4—5 tygodniach uzyskuje Z. zupełne wyleczenie, tak co do ustawienia kończyny, jak i co do czynności. Pisarski.

Laryngologia i otyatrya.

Beck. **O znaczeniu kiły w patologii otosklerozy.** (Monatschr. f. Ohrenhk. 1910. Z. 5). W przeciwieństwie do wielu, hołdujących starej szkole, która jeszcze ciągle dopatruje się związku przyczynowego między otosklerozą a kiłą, autor odrzuca jakikolwiek związek przyczynowy z kiłą, a opiera swe zapatrywanie na odczynie Wassermanna. Wśród 42 przypadków otosklerozy odczyn wypadł 37 razy ujemnie, 3 razy średnio dodatnio, a tylko w 2 przypadkach wyraźnie dodatnio. Wyniki te potwierdzają zresztą kliniczne doświadczenia także innych autorów nowszej daty, którzy odrzucają już stanowczo, nawet bez próby serologicznej, wpływ przyczynowy kiły w otosklerozie (do czego sprawozdawca gorąco przyłączyć się może). A. B.

West. **Resekcya okienkowa przewodu nosowołzowego w przypadkach zwężenia.** (Archiv f. Laryng. Tom XXIV. str. 62). W miejsce zabiegów większych od strony wnętrza nosa, skombinowanych z wycięciem przedniego końca małżowiny dolnej, zaleconych przez Caldwella, Kiliana i Passowa, zakłada autor przetokę przewodu nosowołzowego ku jamie nosowej, powyżej małżowiny dolnej, przyczem usunięty zostaje jedynie kawałek kości łzowej, a nie-

kiedy też i kości szczęki górnej. Na siedem przypadków, w ten sposób operowanych, w pięciu uzyskano zupełne wyleczenie, a w dwóch poprawę. Zabieg wykonywa się dłutkiem wklęsłem, przy znieczuleniu miejscowem kokainą z adrenaliną. Oryentacyę podczas zabiegu ułatwia wprowadzony do przewodu zgłębnik. Przez wytworzoną w ten sposób przetokę łzy odpływają do jamy nosowej.

W sposobie Westa znajdujemy łatwy, a chorego oszczędzający zabieg, który powinienby też zastąpić wykonywane niekiedy wycięcie woreczka łzowego w przypadkach jego zapalenia (dacryocystitis), będących następstwem zwężenia przewodu nosowołzowego. A. B.

O. Hirsch. **O sposobach operacyjnego leczenia guzów przysadki mózgowej drogą śródnosową.** (Arch. f. Laryng. Tom XXIV. str. 129). Autor, wytrwały zwolennik usuwania guzów przysadki mózgowej od strony wnętrza nosa, podaje udoskonalony sposób, polegający na podśluzowem wycięciu przegrody nosowej, w przeciwieństwie do sposobu pierwotnego, przy którym usuwano przegrodę nosową wraz z błoną śluzową. Powtóre otwiera autor obecnie obie jamy kości klinowej, a nie jak pierwotnie jedną z nich, przez co ułatwia sobie dostęp do guza przysadki. Z czterech operowanych przypadków, trzy operował H. tym nowym sposobem. Pewne wyniki zabiegów operacyjnych nie przewyższają jednak podobnych, uzyskanych przez innych przy stosowaniu promieni x, względnie radu. A. B.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Nowe środki: 1) Adalin, środek nasenny, połączenie mocznika z bromem. 2) Afridol, antyseptyczne mydło rtęciowe. 3) Algorol, połączenie jodu z rtęcią i kamforą. 4) Antirachit, mieszanina bizmutu, magnezyi, wapnia, cukru mlecznego i t. p. 5) Empyrol do kąpieli, mieszanina teru i siarkanu potasowego. 6) Gravidin przeciwko wymiotom ciężarnych, wyciąg z »fucus serratus«. 7) Joha, mieszanina salvarsanu, jodypiny i tłuszczu. 8) Neuralgen, mieszanina olejków eterycznych z chloroformem, kamforą i mentolem. 9) Peristaltin, chemiczna grupa glikozydów z »Rhamnus purshiana«, wywołuje wypróżnienia po wstrzyknięciu podskórnem. 10) Riba, przetwór odżywczy, podobnie: Sano-Kakao, Sano-Maltin. 11) Sanit, kapsułki z olejkiem sandałowym, kubebą i salolem. 12) Vasotonin, mieszanina uretanu i yohimbiny. A.

Dla schorzeń gruczołu tarczowego charakterystyczne są pewne zmiany w krzepliwości krwi, mianowicie przy wzmożonej czynności (Basedow) zwolnienie czasu krzepnięcia, przy upośledzonej (charłactwo) przyspieszenie; donosi o tem Anna Lidsky. (Zeitft. f. klin. Med. 71). A.

Przy rwie kulszowej uporczywej zachwala bardzo Glimm nadoponowe wstrzykiwania rozczynu Schleicha (15—20 cm). (Münch. med. Wochs. Nr 8). A.

Nową próbę cukru zalecają z instytutu Finsena Hasselbach i Lindhard. Polega ona na odbarwianiu alkalicznego rozczynu safraniny przez cukier. Próba ta jest dokładną, nie wymaga strącania białka i nie wywołują jej inne ciała, jak kreatynina i t. p. (Hosp. 1910, Nr 39—40). A.

Nowości techniczne: 1) Prostataincisor podał Schlenska. Jest to narzędzie, zbudowane podobnie do przyrządu Bottiniego, ale dozwalające przeprowadzać zabieg pod kontrolą oka. (Berl. kl. W. Nr 4). 2) Szyny i siatki aluminiowe, ew. do kombinacyi z opatrunkiem gipsowym, nadające się ze względu na lekkość znakomicie do wyposażania kolumn sanitarnych na wojnie, zaleca lekarz sztabowy Filbry. (Deut. militärtl. Ztf. 22. 1910). 3) Przyrząd do podskórnych wstrzykiwań, podany przez Kauscha, uniemożliwia zranienie żyły podczas wlewania. (Med. Klin. 6). 4) Incisor Heermanna, nożyk chodzący w łożysku na sprężynie, nadaje się do zbierania krwi i nacięć ropni w nosie, ustach, pochwie i t. p. (Med. Klin. 6). 5) Nowy zamek szczypczyków Hartmanna nadaje się zwłaszcza do instrumentów laryngologicznych, a polega na tem, że tylko jedno ramię jest ruchome, drugie zaś trzyma się stale w dłoni, przez co koniec narzędzia pozostaje na miejscu. (Med. Klin. 7). 6) Prostą a bardzo wygodną i tanią szynę przy nagłych opatrunkach złamań kończyny dolnej podał Mayerhofer. (Münch. med. Wochs. Nr 6). 7) Gaudafil, materyał do szycia, podobny do gutaperki, gładki, dający się wyjaławiać. (Münch. med. Wochs. Nr 7). K.

Uproszczony przyrząd rentgenowski (600 marek), nadający się dla lekarzy praktycznych i dla mniejszych szpitali, podał Dessauer. (Münch. med. Wochs. Nr 7). K.

Zmniejszanie krążenia przez przewiązywanie kończyn zaleca Tornai jako dobry środek przy pewnych cierpieniach serca. (Berl. klin. Wochs. Nr 5). A.

Benzyna wywołać może podług Levyego zgorzel podobną do karbolowej, jeżeli utrudni się jej ulatnianie, n. p. przez szczelne założenie opatrunku napojonego benzyną, a pokrytego ceratką. (Münch. med. Wochs. Nr 6). K.

Uśpienie pantoponem ze skopolaminą stosował Brunn w 125 przypadkach i z wyników był zadowolony, jedynie przy laparotomiach trzeba było dopomagać sobie eterem. (Ztbl. f. Chir. Nr 3). K.

Znieczulenie zębów górnych siecznych do operacyi dentystycznych osiągnąć można podług Richtera łatwo przez wprowadzenie na 15 minut do odpowiedniej dziurki nosa 3 wacików, z których dwa są napojone 10% kokainą, a trzeci 1% suprareniną. Waciki te wciska się na dno nosa. Znieczulenie jest zupełne i długie. Jeszcze lepszy skutek osiągnąć można przez wstrzyknięcie 20% nowokainy pod błonę śluzową lub do jamy szczękowej. (Arch. f. Laryng. u. Rhin. 24. 1.). A.

Jako maść do cewników, jałową a rozpuszczalną we wodzie, poleca Strauss: »Rp. Tragacanthae 1,6, tere cum aq. frigid. 50,0, Glycerin ad 100,0, coque ad sterilisat., adde Hydrarg. oxycyan. 0,1«. K.

Przy nowotworach nie nadających się już do operacyi zaleca Takaki wewnętrznie wysuszoną i sproszkowaną grasicę cielęcą w dawce 0,01—0,05. Zwykle przy tem leczeniu zmniejszają się bole, wzrost nowotworu się zwalnia, a nieraz nowotwór okazuje skłonność do rozpadu. Należy zacząć od dawek małych, inaczej bowiem występują zaburzenia w trawieniu. (Lancet 1910, Nr 4543). A.

Przy surowiczem zapaleniu opłucnej poleca Gesellschap wpędzanie jałowego powietrza po wypuszczeniu płynu. Zyskuje się przez to wiele, bo można wypuścić cały płyn naraz i skrócić przez to znacznie czas choroby. Co do techniki, to wystarcza zatkanie trójgrańca jałową watą. (Ther. der Gegenw. 1910, Nr 9). A.

Przeciwko przypadłościom przy krwawnicach polecają maści: »Rp. Stovaini 0,25, Adrenalin (1‰) gtts XXX., Lanolin, Vaselin aa 5,0, M. f. ung.«. (Rif. med. Nr 43, 1910). A.

Célem pobudzenia bolów porodowych zaleca Hofbauer wyciąg przysadki podskórnie, w ilości 0,6—1,0 t. zw. »pituitinum infundibulare«. Zblt. f. (Gyn. Nr 4). A.

Skalę do oceny zabarwienia skóry podał Solger. Ma ona 10 stopni; jako środkową zasadniczą miarę przyjął S. zabarwienie sepii. Podług tej skali brodawka sutka ma n. p. numer 5, worek mosznowy 8, linia środkowa brzucha w ciąży 8, znamiona barwikowe czarne 10 i t. p. (Münch. med. Wochs. Nr 7). K.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie z d. 6. marca 1911 r.

1) Czł. K. Kostanecki przedstawia pracę własną p. t.: **Badania doświadczalne nad rozwojem jajek Mactry.** Autor przedstawia nasamprzód wyniki badań nad rozwojem partenogenetycznym jajek mięczaka Mactry po zastosowaniu płynu hypertonicznego (wody morskiej z dodaniem 10% $2^1/_2$ n KCl). Zależnie od długości pobytu w płynie hypertonicznym jajka wydzielają albo prawidłowo obydwa ciałka kierunkowe, albo tylko jedno, albo nie wydzielają ich wcale; w każdym razie jajka rozwijają się dalej, ale przeważnie początkowo przez podział jądra drogą mitozy bez podziału plazmy; po 24 godzinach powstają z nich urzęsione larwy W drugiej części pracy autor opisuje działanie na zapłodnione jajka tego samego płynu hypertonicznego, stosowanego przed, podczas, albo po wydzieleniu ciałek kierunkowych. Wpływ płynu hypertonicznego objawiał się przeważnie powstrzymaniem podziału ciała komórkowego, rozwój odbywał się jednakowoż aż do wytworzenia urzęsionych larw. Zmiany wewnętrzne w jajkach opisze autor w osobnej pracy. W trzeciej części rozprawy autor opisuje doświadczenia, w których pobudzał jajka działaniem płynu hypertonicznego do rozwoju partenogenetycznego, a następnie zapładniał. W przeważnej części doświadczeń plemniki nie wnikają w jajka, które zaczęły się rozwijać partenogenetycznie; prawdopodobnie chroni je przed wniknięciem plemników przedewszystkiem błona, która tworzy się na jajkach pod działaniem płynów hypertonicznych.

2) Czł. J. Talko-Hryncewicz przedstawia pracę własną p. t.: **Europejka o włosach wełnistych.**

3) Czł. H. Hoyer przedstawia pracę p. A. Dziurzyńskiego p. t.: **Badania nad regeneracyą naczyń krwionośnych i limfatycznych u kijanek.**

4) Czł. H. Hoyer przedstawia pracę p. Wł. Majewskiego p. t.: **O budowie migdałków u zwierząt z rodziny kotów.**

(Oprócz tego przedstawiono 8 prac ze ścisłego zakresu nauk przyrodniczych).

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 1. marca 1911

Przewodniczy kol. Cybulski. Obecnych członków 51.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

1) Przewodniczący wita kol. Mergiela z Rostowa nad Donem.

2) Kol. Kostanecki przedstawia preparat **przepukliny zasłonowej** i nieprawidłowe ułożenie jelita ślepego i wyrostka robaczkowego.

W dyskusyi podnosi kol Radliński, że klinicysta wyjątkowo tylko ma sposobność spostrzegać przepukliny zasłonowe wolne. Przeważnie dopiero uwięźnięcie przepukliny takiej daje wskazanie do zabiegu. Obraz uwięźnięcia występuje najczęściej w postaci ostrej niedrożności jelit, której miejsca nie można określić. Dopiero laparotomia wyjaśnia stan rzeczy. Udostępnić wrota przepuklinowe można albo od strony jamy brzusznej (drogą laparotomii nad więzadłem Pouparta), albo zaotrzewnie, odłuszczywszy otrzewną od wejścia do miednicy małej. O ile stan pętli uwięźniętej na to pozwala, można wykonać zabieg doszczętny, polegający na zamknięciu wejścia do kanału zasłonowego albo płatem kostno-okostnym z kości łonowej, lub też uszypułowanym płatem mięśniowym z mięśnia grzebieniastego (m. pectineus) (Schrötter). Liczba przypadków przepukliny zasłonowej opisanych do roku 1907 wynosi podług pracy Marcinkowskiego 121.

3) Dr Janiszewski i Doc. R. Nitsch: **O miejskiej pracowni bakteryologicznej.** Prelegenci wykazują potrzebę istnienia miejskiej pracowni bakteryologicznej dla miasta Krakowa, dla lekarzy i publiczności. Dla miasta jest ona potrzebną do wykonywania rozbiorów wody wodociągowej i Wiślanej, lodu sztucznego i naturalnego, wody w studniach gmin przyłączonych, mleka, masła i innych produktów spożywczych; do badania zanieczyszczenia powietrza w szkołach, warstatach i t. p.; w razie wybuchu zagrażających epidemii cholery lub dżumy; do nadzoru nad tępieniem szczurów, do nadzoru nad zakładem dezynfekcyjnym i przeprowadzeniem dezynfekcyi w domach prywatnych. Dla lekarzy i publiczności jest ta pracownia potrzebną wtedy, gdy chodzi o zwalczanie chorób zakaźnych, a mianowicie w celu badania bakteryologicznego wszystkich przypadków chorób zakaźnych o znanych zarazkach: a) zaraz po zgłoszeniu takiej choroby przez lekarza ordynującego, b) po klinicznem wyleczeniu w celu przekonania się, czy dany ozdrowieniec nie wydziela jeszcze z ustroju zarazków chorobotwórczych; c) w celu badania otoczenia chorego, czy nie znajdują się wśród niego przenosiciele zarazków. Prelegenci są przekonani, że gdyby udało się wszystkich lekarzy praktykujących i publiczność krakowską przekonać o potrzebie tych zadań i pozyskać ich do współdziałania z miejskim Urzędem zdrowia i pracownią bakteryologiczną, uczynionoby znaczny krok naprzód nietylko w zwalczaniu chorób zakaźnych w mieście, ale również i w podniesieniu stopnia kultury i cywilizacyi w Krakowie. Dalej omawiają prelegenci organizacyę pracowni, pomieszczonej tymczasowo w zakładzie weterynaryi U. J. Prof. J. Nowaka, przy ul. św. Jana 20 I. piętro (telefon 553); pokazują pudełka z wyjałowionemi naczyńkami, rozesłane do wszystkich aptek dla bezpłatnego użytku lekarzy, chcących posyłać treść do zbadania bakteryologicznego do miejskiej pracowni; mówią o stosunku tej pracowni do chorych i do lekarzy ordynujących i t. d., a kończą omówieniem organizacyi podobnych pracowni w zachodniej Europie. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi kol. Braun podnosi, że gorączka połogowa w Krakowie zmniejsza się stale od ostatniego ćwierćwiecza. Gdy w pierwszych latach występowała dosyć często i to z przebiegiem złośliwym, to w ostatnich latach jest gorączka połogowa zdarzeniem rzadkiem, a jeżeli wystąpi, to przebiega łagodniej. Przyczyna tego leży w tem, że stare położne, które nie wierzyły w działalności odkażające karbolu i innych środków przeciwgnilnych, ustąpiły młodszym siłom, które opuszczają szkołę położnych z głębokiem przeświadczeniem, że tylko czystość bezwzględna przy porodzie stanowi wartość położnej, co przyczyniło się nie mało do tego, że w Krakowie słychać coraz to rzadziej o ciężkiej formie gorączki połogowej. Najwięcej atoli do zmniejszania się gorączki połogowej w Krakowie przyczyniło się zarządzenie miejskiego Urzędu zdrowia, które polega na rewizyi peryodycznej narzędzi, jakie położna ma w swej torbie położniczej i surowem karaniu położnych, jeżeli lekarz rewidujący znajdzie narzędzia w nieporządku lub miejski Urząd zdrowia dowie się, że u położnicy zaszła gorączka połogowa z powodu zaniedbania czystości ze strony położnej. Mowca jest zdania, aby obecnie, — kiedy istnieje pracownia bakteryologiczna miejska — poddawano narzędzia położnych badaniu bakteryologicznemu; co zmusi położne do tem energiczniejszego wyjaławiania narzędzi przez gotowanie, a miejska pracownia bakteryologiczna przyczyni się jeszcze i tem do większego zmniejszania się gorączki połogowej w Krakowie. — Kol. Blassberg podnosi potrzebę częstego przypominania wszystkim lekarzom praktykującym zapomocą odezw o działalności pracowni miejskiej oraz rozesłania le-

karzom szczegółowych pouczeń co do przedmiotów badania i techniki, jakiej należy używać.

Prócz tego zabierali głos Prof. Bujwid, Dr Janiszewski i Dr Weinsberg.

W zastępstwie sekretarza: Dr Blassberg.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 20. grudnia 1910.

Franciszek Kijewski: **O zapaleniu uchyłka Meckela.** Prelegent przytacza własny przypadek zapalenia uchyłka Meckela, operowany dziewiątego dnia choroby. Przy operacyi stwierdzono początek zapalenia otrzewnej; po odsłonięciu pętli kolankowatej okazało się, że wyrostek Meckela jest znacznie uszkodzony; po usunięciu nalotu włóknikowego treść wyrostka wylała się do jamy brzusznej. Chory zmarł na trzeci dzień po operacyi. Do uchyłka Meckela dostały się, jak się okazało, ziarna żyta wraz z płynną zawartością i nie mogły się wydostać do jelit. Rozwinęło się stopniowo zapalenie i zgorzel z zapaleniem otrzewnej. Prelegent omawia powstawanie uchyłka Meckela, oraz symptomatologię jego zapalenia. Co się tyczy postępowania leczniczego, to prelegent jest zwolennikiem postępowania doszczętnego, a mianowicie radzi jaknajwcześniej operować i usunąć uchyłek.

W dyskusyi zaznacza Kryński, że według sprawozdań londyńskiego Tow. anatomopatologicznego uchyłek Meckela istnieje w $2^0/_0$ przypadków sekcyjnych, spotyka się go więc dość często, ale obecność jego często nie wywołuje żadnych zaburzeń i dlatego klinicznie, zapalenie uchyłka Meckela jest cierpieniem rzadkiem. Następnie zaznacza, że nitka końcowa (filum terminale) idzie zawsze do pępka, w przeciwnym razie myśleć należy o przebytej jakiejś sprawie zapalnej wyrostka. — Krauze przytacza własny operowany przypadek, dotyczący 3-letniego dziecka, gdzie przed operacyą przy uwięźnięciu jelita rozpoznawano zapalenie uchyłka Meckela, co się przy operacyi sprawdziło. Podkreśla, że u dzieci uwięźnięcie powinno naprowadzać na myśl uchyłek Meckela. — Polikier zaznacza, że w uchyłku Meckela znajdowano gruczoły zbliżone do jelitowych, a nawet do żołądkowych. — Prelegent w odpowiedzi zaznacza, że pod formę kliniczną zapalenia uchyłka Meckela nie podciąga wszystkich tych przypadków, gdzie jest uwięźnięcie, lub przepuklina. Gruczołów nie badał.

Posiedzenie kliniczne z dnia 17. stycznia 1911 r.

1) Kozerski przedstawił przypadek znamienia (**naevus pigmentosus verrucosus pilosus angiomatosus**) grzbietu ręki i przedramienia bardzo dużych rozmiarów. Zastosowano leczenie śniegiem kwasu węglowego. Mowca przedstawia umyślnie chorą w połowie leczenia, aby zestawić obraz przed i po leczeniu. Leczona dolna część przedstawia dość gładką, różową bliznę, nie krępującą ruchów ręki. Po zupełnem usunięciu całego znamienia przedstawi mowca chorą powtórnie.

2) Ludwik Krauze: **Przyczynki do patologii przydatków sieciowych.** Prelegent spostrzegał 2 przypadki przepukliny udowej przydatków sieciowych u kobiet. Oba przypadki były operowane i chore wyzdrowiały. Wogóle wszystkich przypadków spostrzeganych było 18. Z tych 15 po operacyi zakończyło się pomyślnie, a 3 zakończyły się śmiercią. Rozpatrzywszy wszystkie dane, odnoszące się do patologii przydatków sieciowych jelita grubego, oraz spostrzeżenia własne, dochodzi prelegent do następujących wniosków. 1) Obce ciała, w postaci tłuszczaków napotykane nieraz w jamie brzusznej, są w znacznej liczbie przypadków odsznurowanemi częściami przydatków sieciowych. 2) Ciała te mogą pozostawać jałowemi i wtedy żadnem niebezpieczeństwem ustrojowi nie grożą; zakażenie zaś takich ciał obcych może doprowadzić do ogólnego zakażenia otrzewnej z następstwami grożącemi nawet życiu chorego. 3) W przypadkach z objawami niedrożności jelit trzeba mieć zawsze w pamięci możliwość zmian przydatków sieciowych zwłaszcza jeżeli chodzi o osobę otyłą, u której przydatki nadmiernie są rozwinięte. 4) Jak inne narządy jamy brzusznej, mogą również jeden lub kilka przydatków sieciowych uledz uwięźnięciu w kanale pachwinowym lub biodrowym ze wszystkimi groźnymi objawami. W porę jednak wykonana operacya daje dobre wyniki. 5) Przy uwięźnięciu przydatków w worku przepuklinowym, nawet silnem i długotrwałem, wszystkie objawy zwykle koncentrują się w miejscu uwięźnięcia. Objawów ogólnych ze strony jamy brzusznej niema. 6) Przy każdej laparotomii, o ile to jest możliwe, należy wycinać przydatki sieciowe, przedstawiające jakieś zmiany patologiczne, nadmiernie długie i grube, szczególniej okazujące skłonność do skręcenia.

W dyskusyi podkreśla Kryński w sprawie mechanizmu uwięźnięcia przydatków sieciowych, że »conditio sine qua non« musi być uwięźnięcie czy to kątnicy, czy też pętli esowatej, następnie kiszka się cofa, a przydatek sieciowy zostaje. — Krauze odpowiada Kryńskiemu, że w ten sposób właśnie tłomaczył swój przypadek, gdzie przypuszczał, że kiszka albo się cofnęła sama, lub została przez lekarza odprowadzona.

Tadeusz Wilczyński.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 18. stycznia 1911.

Przewodniczący: A. Krusche. Sekretarz: A. Tomaszewski.

1) Kol. M. Cohn przedstawił 24 l. kobietę z **rakiem macicy i pochwy.** Spółkowanie odbywa się przez cewkę moczową, która jest odpowiednio rozszerzona.

2) Kolega Goldberg zdaje sprawę z 250 **znieczuleń lędźwiowych,** dokonanych w szpitalu św. Aleksandra. Ogólny wynik daje liczby następujące: $+ 88^0/_0$, $- + 4^0/_0$, $- 8^0/_0$. Zestawiając wyniki pierwszej seryi (100 przypadków) z drugą (150) wykazuje prelegent, iż dzięki nabytemu doświadczeniu można osiągnąć wybitnie lepszy skutek ($+ 80^0/_0$ resp. $+ 93{,}4^0/_0$). Ten postęp widoczny jest również w przeglądzie powikłań podczas operacyi i pooperacyjnych, których odsetka znacznie zmalała również w drugiej grupie. Prelegent widzi główną przyczynę tej różnicy nie w dawkowaniu, gdyż dzisiaj stał się śmielszym pod tym względem, lecz w technice wstrzyknięcia i następczem manipulowaniu osobą chorego; wymaga ostrożnej zmiany położenia, nie wstrzymując się jednak przed ułożeniem Trendelenburga tam, gdzie tego wymaga konieczność i gdzie znieczulenie idzie ku górze nader powoli. W swoich przypadkach nie miał prelegent dotąd przypadku śmierci ani trwałego porażenia. i raz tylko ciężki zapad na stole operacyjnym. Prelegent stosuje stale tropakokainę w rozczynie $5^0/_0$ w gotowych ampułkach bez domieszek, dawkuje zaś od 0,04 do 0,1 w zależności od wieku, poziomu operacyi i przypuszczalnego czasu jej trwania. Nakoniec podniósł prelegent konieczność zmiany klasyfikacyi znieczuleń, ogólnie przyjętej, na ściślejszą, gdzieby notowano tylko wynik, wiek, płeć, czas trwania operacyi i jej poziom, wyrażając jednocześnie przypuszczenie, iż taka statystyka, oparta na wielkich liczbach, dałaby ściślejsze dane w sprawie dawkowania. Wyniki swe kol. Goldberg przedstawił w tablicy graficznej.

W dyskusyi kol. Goldman twierdzi, że zapał do znieczulenia lędźwiowego w obecnych czasach znacznie ostygł i ci chirurdzy, którzy dawniej bardzo często posługiwali się tą metodą, obecnie powracają do uśpienia ogólnego. Wpłynęła na to ta okoliczność, że jednak znieczulenie lędźwiowe daje większy odsetek śmiertelności, jak to przyznał największy i najradykalniejszy zwolennik tej metody, prof. Ka-

der, a powtóre powikłania przeróżnego rodzaju, jak bole głowy, porażenie kończyn. — Kol. Tomaszewski, będąc na klinice Kadera, widział kilkaset znieczuleń i nie widział żadnych groźnych objawów z wyjątkiem jednego bardzo silnego $^1/_2$-godzinnego zapadu, który można było objaśnić zbyt wielką dawką tropakokainy; dalej zapytuje prelegenta, jakie dawki wstrzykuje dzieciom, uważa jednak tego rodzaju znieczulenie za nieodpowiednie dla dzieci, ponieważ dzieci zachowują się niespokojnie. — Kol. Klosenberg widział po znieczuleniu lędźwiowem zgorzel kończyn. — Kol. Sterling sądzi, że porównując obydwie metody, należy uwzględnić powikłania późne, jakie następują po chloroformie i eterze, jakoto zapalenie płuc, oskrzeli i t. p.; podnosi z uznaniem pracę kol. Goldberga, który jeden z niewielu w Łodzi przeprowadza pracę systematyczną, opartą na osobistych doświadczeniach. — Kol. Trenkner uważa znieczulenie lędźwiowe za nieodpowiednie dla lekarzy prowincyonalnych, ponieważ wymaga ono specyalnej techniki i sprzyjających warunków. — Kol. Krusche zaznacza, że należałoby pogłębić temat i zająć się opracowaniem zmian anatomopatologicznych, jakie wywołuje tropakokaina w rdzeniu.

Posiedzenie z d. 8. lutego 1911.

Przewodniczący: A. Krusche. Sekretarz: A. Tomaszewski.

I. Kol. Goldberg przedstawił chłopca, któremu **amputował całą prawą kończynę, oraz połowę miednicy** z powodu gruźlicy. Operacya ta jest 26-tą z rzędu; 25, zebranych w literaturze, ogłosił Prof. Kryński. Dwa razy dokonano tej operacyi z powodu gruźlicy. Kol. Goldberg dokonał amputacyi miednicy podokostnie.

II. Kol. skarbnik złożył sprawozdanie ze sposobu, w jaki zamierza zbierać składki.

III. Kol. Krusche zawiadomił o zaproszeniu Tow. lek. Charkowskiego na otwarcie kursów lekarskich dla kobiet. Zebranie postanowiło wysłać depeszę gratulacyjną.

IV. Kol. sekretarz przeczytał list kol. Skalskiego i innych kolegów z prośbą, aby Tow. lek. wystąpiło z odpowiedniem podaniem do władz w celu zapobieżenia urządzania mieszkań w suterenach, jako nadzwyczaj szkodliwych i nieodpowiadających najskromniejszym wymaganiom higieny. Zebranie postanowiło, aby podpisani pod listem koledzy utworzyli komisyę, wypracowali postulaty i oddali je do rozpatrzenia Zarządowi, a wtedy Towarzystwo lekarskie zajmie się tą sprawą.

V. Wobec braku zapowiedzianego odczytu kol. S. Sterling mówił **o poglądach H. Hucharda na choroby serca**, opierając się zarówno na wielkiem dziele zmarłego klinicysty, jak i na szeregu jego komunikatów i artykułów. Zasługą główną zmarłego było wysunięcie na plan pierwszy zależności zmian anatomicznych w układzie naczyniowym — od zmian czynnościowych; Huchard uzależnił zmiany anatomiczne w naczyniach od ich skurczu i zwężenia czynnościowego dowiódłszy, że sprawa chorobowa zaczyna się od skurczu w naczyniach naczyń (vasa vasorum); wyodrębnił postać kliniczną presklerozy, choroby — do czasu — czynnościowej, wywołującej przemijające niedomaganie narządów miąższowych, przedewszystkiem nerek, wątroby i serca. Ściśle drogą badań anatomo-patalogicznych oddzielił »myocarditis« od »degeneratio myocardii«; stworzył anatomicznie i klinicznie wypukły obraz »anginae pectoris coronariae«. Podzielił choroby serca na dwa wielkie działy: choroby naczyniowe i choroby zastawkowe, dowiódłszy, że niektóre zastawkowe mogą też mieć tętniczą (arteryalną) etyologię. Poświęciwszy opisowi (anatomicznemu i klinicznemu) dwa (z trzech) tomy swego podręcznika chorób naczyniowych, które dotąd były traktowane jako drugorzędne w porównaniu z chorobami zastawkowemi, dowiódł, że kluczem do ich patologii jest znajomość stanu ciśnienia krwi. Podał kliniczne objawy presklerozy i sklerozy (stwardnienia) naczyń i objawy narządowe, od tych spraw zależne; wskazał dokładną terapię tych stanów chorobowych. Rozklasyfikował choroby zastawkowe (samoistne i wtórnie pod wpływem schorzeń naczyniowych powstałe) na podstawie wydatności mięśnia sercowego (eusystolia, hypersystolia, hyposystolia, asystolia). Był przedewszystkiem terapeutą i z tego właśnie punktu widzenia badał zarówno etyologię, jak i patogenezę narządu krążenia. Słabą stroną nauki Hucharda jest — dla nas, uczniów szkoły niemieckiej — talent osobisty jej twórcy, wymagającego od lekarzy rozwijania właśnie »talentów« lekarskich (obserwacyi!); obecnie klinicyści niemieccy mogliby leczyć na serce nawet bez obserwowania samegoż chorego (rentgenogram, elektrokardyogram, sfigmogram, określenie przyrządowe ciśnienia i t. d. mogą wystarczyć). Klinika francuska rozwija i kształci talent lekarski, niemiecka tworzy naukę ścisłą chorób, pracuje dla przyszłości może, ale nie wyrabia terapeutów współczesnych. Sztuka lekarska w rękach utalentowanych lekarzy stać się może niejako artyzmem; dowodem właśnie Huchard, który niezależnie od tego stworzył przecież pierwszorzędne prace anatomo-patologiczne. Prelegent zakończył swój wykład przytoczeniem wspomnień osobistych i charakterystyki osoby Hucharda, jakim był przy łóżku chorego. (Streszczenie własne).

W dyskusyi zauważył Sonnenberg, że oprócz czynników materyalnych, wywołujących hypertensyę i arteryosklerozę, jak nikotyna, ołów, zarazek przymiotowy, alkohol i t. d., które przytoczył prelegent, należy podnieść i udział czynników psychicznych, jak długotrwałe i często powtarzające się wzruszenia.

VI) Kol. Jasiński zdał sprawę z prac komisyi zjazdowej.

A. Tomaszewski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Na posiedzeniu w d. 18. III. b. r. obradowała krajowa Rada Zdrowia we Lwowie nad następującemi sprawami: 1) Zakład szczepień leczniczo-ochronnych przeciw wściekliźnie. 2) Sprawozdanie Prof. Kučery o urządzeniach przeciwdżumowych w Odessie. 3) Szpital powszechny w Nadwórnie. 4) Okręg sanitarny w Zabłotowie.

— Dnia 14. III. b. r. odbyło się posiedzenie komitetu, mającego na celu za inicyatywą Stowarzyszenia Panien Ekonomek i Dra Klęska założyć w Krakowie pierwszą zawodową szkołę dozorczyń chorych. Komitet (do którego z lekarzy należą: Dr Borzęcki, Damski, Klęsk, Krzyszkowski, Pareński, Rutkowski, Mazurkiewicz, Wicherkiewicz; panie: ks. Czartoryska, Rydlówna,

Epsteinówna, Teobaldówna i Wiszniewska) uchwalił projekt przyszłej szkoły, która mieścić się będzie w lokalu Panien Ekonomek przy ulicy Warszawskiej Nr 6, w domu SS. Miłosierdzia. Nauka, trwająca 3 półrocza (jedno teoretyczne, dwa praktyczne w szpitalu św. Łazarza) będzie bezpłatna, a końcowy egzamin uprawni do otrzymania dyplomu. Komitet ma nadzieję, że sfery miarodajne poprą jego działalność, przyczyniając się przez to do założenia tak potrzebnej instytucyi, której dla osób świeckich brak u nas zupełnie [1]), a która zagranicą rozwija zdawna skuteczną działalność, idącą na rękę lekarzom i pomagającą chorym. X.

— »Koło Medyków« Wszechnicy lwowskiej, chcąc zachęcić uczącą się młodzież lekarską do prac samodzielnych, ogłasza konkurs na pracę oryginalną z zakresu nauk lekarskiech. Udział w konkursie brać mogą członkowie »Koła Medyków« tudzież wszyscy studenci medycyny, Polacy, studyujący na uniwersytetach galicyjskich i zagranicznych. Temat dowolny, wchodzący w zakres nauk lekarskich. Termin nadsyłania prac 1. maja 1911. Nagroda za najlepszą pracę wynosi 100 koron. Praca nagrodzona staje się własnością »Koła Medyków« Wszechnicy lwowskiej. Prace nadsyłać należy do redakcyi »Tygodnika lekarskiego« (Lwów, Piekarska 52). W skład sądu konkursowego wchodzą: Prof. Dr Antoni Mars, Prof. Dr Stanisław Bądzyński i doc. Dr Witold Nowicki.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 12. III. do 18. III. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † 1 (w tem obcych 1 † 1), krztuśca 8 † 2, ospy wietrznej 2, płonicy 6 † — (1 † —), odry 7, duru brzusznego 2 † — (1 † —), gorączki połogowej 1 † 1 (1 † 1), kuru 5.

Dr Janiszewski.

Warszawa. Towarzystwo przeciwgruźlicze ukończyło drugi rok pracy. Pomyślny rozwój okazuje »Przychodnia« (dyspensatoryum) Towarzystwa, która udzieliła w r. z. 944 porad. Natomiast stacya desynfekcyjna w Otwocku walczyć musi z przesądami i uprzedzeniami, a liczba członków Towarzystwa bardzo powoli wzrasta i zaledwo przekracza setkę. Bilans Towarzystwa zamknięto kwotą 10.284 rb.

— Towarzystwo lekarskie warszawskie otrzymało w darze 5500 fr. na »fundusz odczytowy imienia Dr Alfreda Sokołowskiego«. Odsetki od tej sumy co lat dwa (550 fr.) przeznaczył Dr Sokołowski na honoraryum dla prelegenta, zaproszonego przez Towarzystwo z pośród wybitnych uczonych polskich do wygłoszenia wykładu. (Gaz. lek. 11).

Z różnych stron. Profesor farmacyi i farmakologii Dr Stanisław Przybytek, rodak nasz, został przez konferencyę Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu odznaczony godnością »akademika«.

— Miasto Wilno uzyskało pozwolenie na zaciągnięcie pożyczki 4,244.600 rb. na budowę wodociągów i kanalizacyę.

— Dla uczczenia pamięci przedwcześnie zgasłego znakomitego chemika Prof. Stanisława Kostaneckiego zainicyowali chemicy-Polacy z Iwanowo-Wozniesieńska (gub. Włodzimierska) utworzenie fundacyi Jego imienia i złożywszy znaczniejszą kwotę, zwróciło się z odezwą w tej sprawie do »Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu« za pośrednictwem Prof. S. S. Zaleskiego. Dotychczas złożono na tę fundacyę 1050 rb.

— I. południowosłowiański Zjazd medycyny operacyjnej (I. jugoslovenski' sastanak za operativnu medicinu) postanowili urządzić lekarze chorwaccy, słoweńscy, serbscy i bułgarscy we wrześniu b. r. (1911) w Belgradzie. Zjazd ma zgromadzić przedstawicieli wszystkich gałęzi medycyny operacyjnej (chirurgia, ginekologia, położnictwo, okulistyka, otyatrya, laryngologia, ortopedya, urologia, dermatologia, radyologia). Szczegółowy program ogłoszony będzie wkrótce. Komitet, pozostający pod przewodnictwem Dr V. Subbotića z Belgradu, (Beograd, Simina ulica 31), zaprasza lekarzy słowiańskich do czynnego udziału w Zjeździe. Wykłady należy zgłaszać albo do prezesa komitetu, albo do Dr M. pl. Čačkovića (Zagrzeb, Gajeva ulica). Prelegenci mogą wykładać każdy w swoim języku ojczystym.

— Kurs praktyczny o rumieniu lombardzkim odbędzie się w Medyolanie 18—25 IV. b. r. Zgłoszenia przyjmuje Prof. Bertarelli (Milano, Via S. Orsola 1).

[1]) Uchwały Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w sprawie założenia takich kursów, powzięte przed laty kilkunastu na wniosek Prof. Ciechanowskiego, nie mogły z przyczyn zewnętrznych wejść w życie, istniejące zaś we Lwowie krajowe kursa dla dozorczyń chorych kształcą tylko siostry zakonne dla celów szpitalnych.

— Głównymi tematami obrad międzynarodowego Zjazdu przeciwgruźliczego w Rzymie (24—30. IX. b. r.) będą: 1) Etyologia i epidemiologia gruźlicy. 2) Patologia i leczenie gruźlicy. 3) Społeczna ochrona przeciw gruźlicy. Zgłoszenia na Zjazd przyjmuje sekretarz generalny Prof. Ascoli (Roma, Via in Lucina 36).

— Magistrat Frankfurtu zamierza starać się o założenie uniwersytetu złożonego z wydziałów lekarskiego, filozoficznego i prawniczego od roku 1914. Koszta roczne wyniosą 2,100.000 marek. Dla wydziału lekarskiego kliniki i zakłady są już gotowe. X.

Zmarli: Histolog Prof. Drasch w Grazu, Prof. Lohmeyer w Göttingen, urolog Dr Kapsammer w Wiedniu, Prof. Orfila w Paryżu.

Dr Kazimierz Drzniewicz, były lekarz marynarki, członek polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

Redakcya otrzymała: Krzyształowicz: 1) Leukopathia 2) Leptus autumnalis. »Real. Encycl. der ges. Heilkunde«. Wyd IV. 3) Komórki plazmatyczne. »Przegląd chorób skórn.« 1910 4) Plasmazellen. »Encyclop. Jahrbücher der ges. Heilk.«. T. 8. 5) Die Gestalt der Plasmome bei Ulcus molle u. syphilitischer Initialsklerose. »Unna-Festschrift« T. I. — Reiss i Krzyształowicz: Zur therapeutischen Bedeutung des Arsenobenzols. »Wiener klin. Wochens.« 1911. — Sprawozdanie Towarzystwa zabaw ruchowych za rok 1910. Lwów 1911. — Rosiewicz: Experimentelle Untersuchungen über den respiratorischen Gaswechsel im Fieber Inaug, Dissert. Lipsk 1911. — Prof. Ehrlich: Szkice o istocie i leczeniu chorób zakaźnych. Tłómaczył Dr Z. Szymanowski. Warszawa, Wende i Sp. 1911. Stron 233.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 29. marca 1911 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Inż. Borkowski: »Ehrlich i jego teorya«. 2) Dr Stahr: »Meningitis vera, spuria (meningismus) i meningitis serica«. 3) Dr Eisenberg: »O roznosicielach zarazków«.

Posiedzenie naukowe Oddziału jarosławskiego Towarzystwa lek. gal. odbędzie się **dnia 27. marca 1911 o godz. 3 popołudniu w szpitalu powszechnym w Jarosławiu** z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych — kol. Dr Fechter. 2) O sztucznem karmieniu osesków — kol. Dr Spatz. 3) Potrzeba konserwowania zębów przez leczenie chorób ich i jamy ustnej, z uwzględnieniem nowszych sposobów plombowania — kol. Dr Nacht.

O liczne zgromadzenie się upraszamy Szan. Członków celem możliwego omówienia także bieżących spraw zawodowych.

Wydział Oddziału jarosławskiego Tow. lek. gal.

Sekretarz: Dr Orłowski. Przewodniczący: Dr Czyżewicz.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Bibliografię lekarską podręczną (katalog systematyczny), obejmującą 5000 dzieł, wydała księgarnia J. B. Baillière et fils w Paryżu (19 rue Hautefeuille). Cena katalogu 1 fr., jednakże czytelnicy tego czasopisma otrzymać mogą katalog bezpłatnie, zwracając tylko 25 centimów za przesyłkę.

Rok L. Kraków, dnia 1. kwietnia 1911. Nr. 13.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Drogowskazy dyagnostyki schorzeń trzustki.

Podał

Prof. Dr **Witold Orłowski** (Kazań).

(Ciąg dalszy).

Przejdę teraz do krytycznej oceny doniosłości upośledzonego trawienia i wessania białkanów w przewodzie jelitowym dla dyagnostyki schorzeń trzustki. Stan taki t. zw. »azotorrhoea«, przejawia się zawartością znacznych ilości azotu w wypróżnieniach, drobnowidowo zaś i nieraz przy badaniu gołem okiem obfitą ilością nieprzetrawionych włókien mięsnych w kale. Już badania Abelmanna [42]), de Renzi [47]), braci Cavazanni [48]), Sandmeyera [20]), Osera i innych wykazały, że ilość nieprzyswojonego azotu u psów z wyciętą całkowicie trzustką dochodzi do 46—56% (Abelmann), zamiast prawidłowych 2—1%, maximum 8—10% i o wiele przewyższa prawidłową ilość nawet w przypadkach częściowego wycięcia tego gruczołu (u Sandmeyera — 38%). Znaczne obniżenie przyswajania azotu resp. białkanów w schorzeniach trzustki stwierdziły również badania kliniczne Flesa*), Harleya *), le Nobela *), v. Ackerena *), Lichtheima [49]), Osera, Deuchera [32]), Brugscha [27]) i wielu innych. Lecz i w tej sprawie, jak to widzieliśmy już co do stolców tłuszczowych, stopień zaburzenia wessania przetworów azotowych w przewodzie jelitowym okazał się przy schorzeniach trzustki o wiele mniejszy, niż w doświadczeniach na zwierzętach. Istotnie, przy zupełnem wyłączeniu dostawania się do przewodu jelitowego samego tylko soku trzustkowego utrata N z kałem dochodzi u chorych średnio do 21·1% (Brugsch) — 27·3% (Deucher), przy jednoczesnem zaś zatkaniu przewodu żółciowego wspólnego 33·7% (Brugsch), wreszcie przy żółtaczce bez zmian trzustki 4·14% (Schmidt) — 10·8% (Brugsch) — 11% (Müller). Wobec tego, że i te liczby przy schorzeniach trzustki są dość wysokie, zdawałoby się, że obecność t. zw. »azotorrhoea«, dochodzącej do 33% utraty azotu, możnaby uznać, zgodnie z Brugschem, za pewny wskaźnik schorzenia trzustki, brak zaś tego objawu za wskaźnik zdrowego stanu tego gruczołu; wreszcie utratę azotu, nieprzekraczającą 11%, możnaby pod warunkiem istnienia żółtaczki, uznać za objaw, przemawiający przeciwko schorzeniu trzustki. Jednak już dane doświadczalne nie przemawiają na korzyść takiego zdania. I tak, w jednem z doświadczeń Osera, w którem trzustkę całkowicie wycięto, nie nastąpiły żadne zaburzenia w przebiegu spraw trawienia i wessania tłuszczów i białkanów w jelitach; częściowe wycięcie trzustki w doświadczeniach niektórych badaczy (Oser i inni) również nie zawsze miało w następstwie zaburzenia w trawieniu i wessaniu białkanów. Niemann [21]) podwiązywał przewody trzustki i również przekonał się, że zużytkowanie białkanów prawie nie ulegało zmianom. Spostrzeżenia kliniczne również dość często wykazują przypadki nawet ciężkich schorzeń trzustki, które przebiegają bez »azotorrhoea«. Godnym zaznaczenia jest tu przypadek Körtego, w którym pomimo całkowitego wycięcia trzustki z powodu jej raka, po operacyi nie było żadnych objawów braku czynności trzustki, oprócz krótkotrwałego cukromoczu. Podobny prawidłowy przebieg wessania przetworów azotowych u chorych na trzustkę zależy od zastępczej czynności innych soków trawiennych, trawiących białkany, od działania wydzieliny wewnętrznej trzustki i innych narządów na sprawy wchłaniania w jelitach (Fleckseder, Falta). Pouczające są pod tym względem zwłaszcza nowsze doświadczenia Morelliego [50]), Marrassiniego [51]) i Abderhaldena z Pinkussohnem [52]). Pierwszy z tych badaczy znajdował w ciągu długiego czasu w wypróżnieniach psa po całkowitem wycięciu trzustki zaczyn proteolityczny, Marrassini spostrzegał u królików po podwiązaniu przewodów trzustkowych takie zmiany niektórych gruczołów dwunastnicy, że te gruczoły nabierały przynajmniej postaciowo ogromnego podobieństwa do pierwiastków gruczołowych trzustki. Wreszcie Abderhalden i Pinkussohn, wprowadzając pod skórę psom obce białko, stwierdzili zjawienie się w osoczu ich krwi zaczynu, który rozkładał sztuczne peptydy, więc t. zw. fermentu peptolitycznego, pomimo że krew psów takiego zaczynu wcale nie zawiera. Jeśli dane Morelliego i Marrassiniego przemawiają za tem, że gdy sok trzustkowy nie dostaje się do jelit, możliwe jest jego zastąpienie sokiem innych gruczołów, jak również sokiem gruczołów dwunastnicy, które uległy nawet zmianom w budowie, to doświadczenia Abderhaldena i Pinkussohna uprawniają do powzięcia myśli, że błona śluzowa jelit cienkich może w warunkach chorobowych ustroju nabierać zdolności wydzielania zaczynu, który jest zdolny zastąpić sok trzustkowy, jeśli trzustka go nie wytwarza. Wreszcie należy przypomnieć, że oprócz głównej masy trzustki znajdowano w pewnych przypadkach w błonie śluzowej żołądka, dwunastnicy i jelit cienkich grudki gruczołowe o budowie trzustki, słusznie nazwane dodatkowymi gruczo-

*) Przytaczam według Osera.

łami trzustkowymi. W naszem piśmiennictwie podobne przypadki podał Gliński[53]), a Roblée[54]) do r. 1909 zebrał z piśmiennictwa 70 przypadków »trzustek dodatkowych«. Te gruczoły mogą również brać na siebie czynności trzustki w razie jej schorzenia, powikłanego z ustaniem dostawania się jej soku do przewodu jelitowego.

Dzięki tym mechanizmom regulującym, sprawy trawienia i wessania białkanów mogą przebiegać w schorzeniach trzustki zupełnie prawidłowo. Brak więc t. zw. »azotorrhoea« wcale nie daje nam prawa wyłączać stan chorobowy trzustki lub chociażby czynnościową jej niedomogę. Obecność znów »azotorrhoeae«, kierując baczniejszą naszą uwagę na trzustkę, nie może być uznana za nieomylny wskaźnik jej schorzenia; takiż bowiem objaw spostrzegamy również w innych stanach chorobowych, w których może on dochodzić do stopni znacznych — 2% i więcej utraty N, np. przy ostrym nieżycie jelit cienkich, skrobiowatem zwyrodnieniu jelit (Müller), suchotach krezkowych (Schmidt), nerwicach jelit (Brugsch) i t. d. Wobec tego należy przyznać, że »azotorrhoea« ma doniosłe znaczenie, jako objaw stanu chorobowego trzustki, lecz nie sama przez się, ale jedynie w połączeniu z innymi objawami. Pod tym względem słusznie powiada Oser:

»Das Auftreten zahlreicher unverdauter Muskelfasern im Stuhle ist sicher ein wichtiges Moment und verdient eine besondere Aufmerksamkeit. Aus der Azotorrhoe allein ist man wohl nicht in der Lage auf eine Pankreasaffection zu schliessen, da ja die Eiweissverdauung nicht eine ausschliessliche Function des Pankreassaftes ist. Wenn sich dieses Symptom bei fehlendem Icterus mit mangelhafter Fettverdauung oder gestörter Fettspaltung combiniert, dann mag der Verdacht, dass eine Pankreaskrankheit vorliegt, wenn weder eine Magen — noch eine Darmkrankheit nachweisbar ist, schon ein sehr gerechtfertigter sein. Die Warscheinlichkeit wächst wesentlich, wenn gleichzeitig Diabetes besteht, und wird zur Gewissheit, wenn etwa ein Tumor in der Pankreasgegend nachweisbar ist« (str. 98).

IV.

Tak więc dane, które otrzymujemy zapomocą wyżej omówionych metod badania, które pozwolę sobie nazwać dyetetycznemi, mogą w połączeniu z innymi objawami klinicznymi okazać się wysoce cennemi dla dyagnostyki schorzeń trzustki. Istotnie w niektórych sprawach chorobowych trzustki, np. w ostrem krwotocznem jej zapaleniu, badanie przyswajania różnego rodzaju pokarmu napotyka nieraz na ogromne przeszkody wobec ruchów wymiotnych i innych przyczyn. Z drugiej znów strony badania te wymagają zastosowania ściśle określonego pod względem jakościowym i ilościowym pokarmu próbnego i wreszcie są one niedostępne dla większości lekarzy praktycznych wobec tego, że sama metodyka tych badań jest żmudna i złożona. W celu uproszczenia polecił co prawda v. Noorden dyetę owsianą, składającą się z 250 grm. kaszy owsianej i 250 grm. masła. Ta jednak dyeta, którą v. Noorden stosuje w ciągu 2—3 dni, stosunkowo mało zmienia stan rzeczy. Wobec tego zdawałoby się, że ogromna przyszłość w klinice oczekuje metody, które pozwalają wytworzyć sobie zdanie o zmianach czynności trawiennych trzustki drogą uboczną, mianowicie na podstawie trawienia w przewodzie jelitowym niektórych substancyi, które ulegają działaniu tylko zaczynów soku trzustkowego. Tu należą sposoby: glutoidowy Sahliego[55]) i jądrowy Schmidta[56]). Niestety muszę przyznać, że te nadzieje, które pokładano w tych sposobach, nie ziściły się. Metoda Sahliego polega, jak wiadomo, na poszukiwaniu w moczu lub ślinie substancyi (jodoform, salol, błękit metylenowy), wprowadzonych do ustroju przez usta w kapsułkach żelatynowych, które przez działanie pary formaldehydowej doprowadzono do takiej twardości, iż sok żołądkowy ich nie przetrawia i ulegają one rozpuszczeniu tylko przy działaniu soku trzustkowego. Szybkie, — jeszcze przed ukończeniem 8 godzin po spożyciu kapsułki — zjawienie się w moczu lub ślinie przetworu, wprowadzonego do ustroju, innemi słowy, dodatni wynik próby świadczy, zdaniem Sahliego, o dostawaniu się soku trzustkowego do przewodu jelitowego; odwrotnie, opóźnione zjawienie się tego przetworu nie daje jeszcze prawa, by twierdzić, że istnieje schorzenie trzustki. Kto jednak dużo pracował nad przygotowywaniem kapsułek glutoidowych, ten dobrze wie, jak trudno otrzymać kapsułkę takiej twardości, żeby można było dać zupełną rękojmię, iż się ona nie rozpuści już w soku żołądkowym i odwrotnie nie ostoi przed sokiem trzustkowym. Dopiero w ostatnim czasie, jak się zdaje, powiodło się Zarnicynowi rozwiązać to zadanie w sposób zadowalniający, lecz i o jego sposobie przygotowywania kapsułek nie można jeszcze ostatecznie orzec, o ile on się okaże przydatny w stanach chorobowych, połączonych z zaburzeniem w wydzielaniu różnych soków trawiennych, w czynności ruchowej i wchłaniającej przewodu jelitowego, wreszcie ze zmienionymi warunkami rozwoju drobnoustrojów w jelitach. Oprócz tego uwzględnijmy i tę okoliczność, że przy stosowaniu sposobu Sahliego nigdy nie można ręczyć, że jego kapsułka nie otworzy się jeszcze w żołądku, uwalniając przez to zawartą w niej substancyę, pomimo to, że sama kapsułka nie zatrzyma się dłużej w żołądku. Istotnie badania kliniczne (Fromme[57], moje nieogłoszone dotychczas badania i inn.) i doświadczenia na zwierzętach wykazują, że opóźnione wessanie z jelit przetworów, podanych w kapsułce żelatynowej, nieraz spostrzega się u osób i u psów bez żadnych oznak schorzenia trzustki. Z drugiej znów strony Wallenfang[58]) w doświadczeniach na psach po wycięciu trzustki, Wynhausen[46]) w przypadku raka trzustki i inni autorowie otrzymywali niejednokrotnie dodatnie wyniki przy badaniu metodą Sahliego, pomimo schorzenia lub nawet braku trzustki. Jeśli do tego wszystkiego dodam, że sprawy chorobowe najczęściej zajmują tylko część trzustki, to znaczenie metody Sahliego obniża się przez to jeszcze więcej.

Nie więcej wagi, przynajmniej dla większości przypadków, nadaję również jądrowej, czyli t. zw. woreczkowej próbie Schmidta. Schmidt mianowicie podaje choremu kawałeczki mięsa w kształcie sześcianu, wielkości najwyżej 0,2 cm³, które utrwala uprzednio w alkoholu bezwodnym i następnie dokładnie przemywa. Podawszy te kawałeczki w woreczkach z gazy, bada Schmidt, czy zostały strawione w jelitach jądra włókien mięsnych, rozwiązując to zadanie przez badanie sześcianów po przejściu ich przez przewód jelitowy. Jeśli jądra są przetrawione, to, według Schmidta, okoliczność ta przemawia za brakiem lub nader silnem upośledzeniem czynności wydzielniczej trzustki co do wydzieliny zewnętrznej, pod warunkiem jednak, że kawałeczki mięsa przebyły w przewodzie jelitowym conajmniej 6 godzin.

Stąd widzimy, że punktem wyjścia jest dla Schmidta przypuszczenie, że jądra włókien mięsnych mogą być przetrawione jedynie przez sok trzustkowy. Z poglądem tym jednak dziś zgodzić się nie można. W samej rzeczy Umber [59]) i niedawno Wohlgemuth [60]) wykazali, że nukleoproteidy mogą rozkładać się na kwas nukleinowy i białko już od działania soku żołądkowego. Hesse [61]) również przekonał się, że sześciany mięsne z ich jądrami, zamknięte w woreczkach z gazy, mogą przetrawiać się już w żołądku nawet wtenczas, gdy odczyn w żołądku jest bardzo kwaśny, gdy więc nie może być nawet mowy o dostawaniu się treści dwunastnicy do żołądka i działaniu zawartego w niej zaczynu trypsynowego. Gumlich i Azaki [62]) wykazali, że nukleiny trawi sok jelitowy, Nakayama [63]) zaś wyświetlił, że działanie to sok ten zawdzięcza erepsynie. Westenrik [64]) wreszcie, pracując z czystymi sokami, żołądkowym, trzustkowym i jelitowym i ich mieszaniną, doszedł do wniosku, że sok trzustkowy wcale nie trawi jąder mięsnych i że wynik próby Schmidta zależy od tego, że sok żołądkowy ma własność rozpuszczać tkankę łączną, a sok trzustkowy trawić włókna mięsne, nie zaś od działania soku trzustki na jądra włókien. Wobec takiego stanu rzeczy nie uważam za możliwe przypisywać wynikom próby Schmidta znaczenia rozpoznawczego dla wyświetlenia stanu trzustki. Pod tym względem rozchodzę się zupełnie w zdaniu o doniosłości tej próby z poglądami Straucha [65]), Einhorna, Walko, Keuthe, Wynhausena, samego Schmidta i wielu innych. Próba Schmidta nie ma, mojem zdaniem, żadnego znaczenia rozpoznawczego u chorych z nadkwaśnością soku żołądkowego i ze wzmożoną zawartością pepsyny. O zachowaniu tego znaczenia próby Schmidta, które jej niektórzy nadają, może być mowa jedynie w przypadkach z obniżoną zdolnością trawienną soku żołądkowego i w przypadkach braku soku (achylia gastrica), gdy tkanka łączna, łącząca włókna mięsne, nie ulega w żołądku zmianom. Lecz i w tych przypadkach ujemny wynik próby, przejawiający się brakiem jąder, może przemawiać za prawidłowem wydzielaniem soku żołądkowego tylko wtenczas, jeśli sześciany mięsne przebyły w jelitach nie tak długo (nie dłużej, niż 30 godzin), żeby mogły uledz zmianom pod wpływem drobnoustrojów jelitowych. Zachowanie jąder nie świadczy jeszcze o schorzeniu trzustki, zwłaszcza, jeśli ruchy robaczkowe u badanego osobnika są wzmożone. Westenrik również dochodzi do wniosku, że próba jądrowa w tem wykonaniu, jakie polecił Schmidt, nie wytrzymuje ścisłej krytyki naukowej. Na podstawie swoich badań poleca Westenrik zastąpienie badania jąder w sześcianach mięsnych makroskopowem badaniem tych resztek sześcianu, które znajdujemy w woreczku po przejściu jego przez przewód jelitowy. Jeśli u chorego na brak soku żołądkowego (achylia gastrica) lub u osobnika z prawidłową lub wzmożoną kwaśnością soku wielkość sześcianu mięsnego po przejściu jego przez przewód pokarmowy zostanie bez zmiany, pomimo zobojętnienia sztucznie kwaśności soku, to ta okoliczność daje, zdaniem Westenrika, prawo do tego, aby przypuszczać z pewnem prawdopodobieństwem schorzenie trzustki. Czy tak jednak jest w rzeczywistości, orzec dziś nie potrafię, ponieważ własnego doświadczenia w tej sprawie nie posiadam, a w piśmiennictwie badań w tym względzie wcale niema.

V.

Gdy Sahli i Schmidt starali się rozwiązać pytanie, czy sok trzustkowy dostaje się do jelit, zapomocą metod glutoidowej i woreczkowej, to cały szereg badaczy usiłował rozstrzygnąć tę samą sprawę inną drogą, mianowicie przez szukanie zaczynów trzustkowych w treści żołądkowej, w kale, moczu, nawet we krwi, jakoteż przez wydostawanie treści dwunastnicy w możliwie czystym stanie. Tu należą metody Boasa [66]), Bołdyrewa [67]), Müllera [68]), Schlechta [69]), Wohlgemutha [70]), Einhorna [71]), Grossa [72]), Zarnicyna [73]) i in. Pierwsze trzy z tych sposobów szczegółowo podałem w jednej z moich prac poprzednich [74]); w tejże pracy ogłosiłem wyniki własnych badań, które przeprowadziłem w tym celu, aby wyświetlić, czy metody Bołdyrewa i Müller-Schlechta mają donioślejsze znaczenie rozpoznawcze. Odsyłając więc do tej pracy, na tem miejscu jeszcze raz podkreślę konieczność wielkiej ostrożności we wnioskach rozpoznawczych w każdym poszczególnym przypadku, wysnuwanych na podstawie takich poszukiwań trypsyny w treści żołądkowej i w kale. Istotnie, jak zaznaczyłem już w pracy poprzedniej, wynik dodatni poszukiwań trypsyny, świadcząc, że trypsynowydzielnicza czynność trzustki jest zachowana, nie wyłącza jej schorzenia, ujemny zaś sam przez się nie zawsze przemawia za jej zajęciem. W wyniku ostatecznym metody te, pod warunkiem niejednokrotnych poszukiwań trypsyny i kojarzenia ich wzajemnego, wskazują co najwyżej, czy sok trzustkowy dostaje się do jelit. Lecz ani samo dostawanie się tego soku do jelit, ani tembardziej ilość trypsyny, ani wreszcie brak trypsyny w kale nie pozwalają nam na stanowcze i ostateczne wnioski o stanie trzustki. Istotnie, podczas ponownych badań u tychże osobników stwierdzałem nieraz w soku żołądkowym po śniadaniu z oliwy lub w wypróżnieniach po środku rozwalniającym ilości trypsyny, z dnia na dzień czasami bardzo znacznie się wahające. Łatwo to zresztą zrozumieć, jeśli się uwzględni, że warunki dostawania się soku trzustkowego do żołądka lub jego treści w wypróżnieniach mogą, jak w swoim czasie wyjaśniłem, układać się niejednakowo i wskutek tego wywoływać wyniki różne nawet wtenczas, gdy sok trzustkowy dostaje się do przewodu jelitowego zawsze w jednakowej ilości.

Tęż ostrożność we wnioskach o stanie trzustki należy, mojem zdaniem, zachować również przy korzystaniu z metod, które mają na celu wydostać zawartość dwunastnicy bez wszelkich domieszek. Metody te ogłoszono już wtenczas, gdy wspomniane wyżej badania swoje ukończyłem. Najdoskonalszą z nich jest metoda Zarnicyna. Autor ten daje choremu połknąć kapsułkę srebrną, zawierającą w sobie gąbkę; kapsułkę tę podaje on w kapsułce glutoidowej takiej twardości, że rozpuszcza się ona tylko w soku trzustkowym. Po rozpuszczeniu się kapsułki glutoidowej gąbka kapsułki srebrnej przesiąka treścią dwunastnicy, pęcznieje i, podnosząc przykrywkę kapsułki srebrnej, zamyka ją. Wydostawszy z wypróżnień kapsułkę srebrną, Zarnicyn wyjmuje gąbkę i bada ją co do trypsyny. Nie mając własnego doświadczenia co do tej metody, stanowiącej bez wątpienia krok naprzód, uważam jednak za niezbędne niektóre o niej uwagi, rzucające światło na jej znaczenie. Osnuwam je częściowo na danych klinicznych, częściowo

zaś na rozumowaniach teoretycznych. Nie uważając uwag teoretycznych za nieomylne, pozwolę sobie wszakże wątpić o możliwości przygotowania dla każdego poszczególnego przypadku kapsułki takiej zbitości, żeby ona rozpuszczała się tylko w dwunastnicy, i to, żeby w razie obecności soku trzustkowego w dwunastnicy rozpuszczała się bezwarunkowo zawsze. Tej pewności, jak mi się zdaje, mieć nigdy nie można, jeśli zważymy, jak różnorodne mogą być u różnych osób kombinacye w wydzielaniu soków trawiennych, w stanie ruchowej i wchłaniającej czynności jelit i w udziale drobnoustrojów w sprawach, toczących się w jelitach. Możliwą jest jednak, pomimo to, jeszcze jedna okoliczność; mianowicie, w razie rozpuszczenia kapsułki glutoidowej łatwo może się zdarzyć, że gąbka kapsułki srebrnej w stanach chorobowych przesiąknie, oprócz mieszanki żółciowo-jelitowo-trzustkowej, również wielką ilością drobnoustrojów. Drobnoustroje zaś, dostając się dzięki następnemu zamknięciu się kapsułki w warunki bardzo sprzyjające ich rozwojowi, mogą doprowadzić do zniszczenia trypsyny. Jako skutek, w obydwóch przypadkach możemy otrzymać ujemny wynik badania metodą Zarnicyna, jakkolwiek sok trzustkowy dostaje się do przewodu jelitowego. Dalsze studya nad tą metodą wykażą, o ile te moje uwagi nie pozbawione są słuszności. Druga uwaga, czysto kliniczna, opiera się na niezaprzeczalnym fakcie, że schorzenia trzustki zajmują po większej części nie całą trzustkę, lecz jej część, i że zdrowe części trzustki mogą, nawet gdy są bardzo niewielkie, zastąpić w zupełności trawienną czynność całej trzustki (Körte i inni). Więc nawet dodatni wynik badań metodą Zarnicyna, na podobieństwo dodatniego wyniku metody Müllera-Schlechta, nie wyłącza sam przez się nawet rozległych zmian trzustki.

O wiele mniej pewną i poniekąd niebezpieczną dla chorego wydaje mi się metoda Einhorna, który wprowadza na cienkim zgłębniku do dwunastnicy kapsułkę metalową, następnie wypompowuje zawartość dwunastnicy i poddaje ją badaniu.

Tak więc wyniki badania treści żołądka, treści dwunastnicy i wypróżnień co do trypsyny, nawet wielokrotnie powtórzone u tegoż samego osobnika, nie mają jeszcze same przez się bezwzględnego znaczenia dla oceny stanu trzustki. Wyniki takich badań mogą nabrać ogromnego znaczenia rozpoznawczego jedynie pod warunkiem kombinowania ich z innemi oznakami klinicznemi. Zwrócę jeszcze uwagę, że w tych razach, gdy wypróżnienia zawierają dużo tłuszczu, przy badaniu ich co do trypsyny należy go uprzednio wyciągnąć eterem, w przeciwnym bowiem razie otrzymamy pomimo obecności trypsyny wynik ujemny. Wreszcie, jeśli wypróżnienia zawierają ropę, badanie ich co do trypsyny daje wynik dodatni nawet wtedy, gdy trypsyny niema, w zależności od zaczynu proteolitycznego krwinek białych.

Nader znacznemu obniżeniu zawartości indolu w kale i indykanu w moczu przypisują Gerhardi [75]), Stefanini *), Biondi *) i inni, z nowszych badaczy Zuccola [76]) i Visentini [77]) doniosłe znaczenie rozpoznawcze, upatrując w tem objaw schorzenia trzustki resp. braku trypsyny w przewodzie jelitowym. Doświadczenia Katza, de Renziego i innych wykazały jednak, że indykanurya może być bardzo wybitnie zaznaczona nawet po całkowitem wycięciu trzustki. Z drugiej znów strony nie należy zapominać, że ilości indykanu w moczu nie można uważać za pewny wskaźnik stopnia gnicia białkowego w jelitach. Prawidłowa ocena stanu tych spraw wymaga jednoczesnego ilościowego obliczenia przetworów gnicia białkowego nietylko w moczu, lecz i w wypróżnieniach, a takie badania nie mogą być jeszcze dziś przeprowadzone wobec braku ścisłej, a prostej metodyki. Te okoliczności, jak również dane kliniczne (Schwarz [78]) i inni) przemawiają przekonywająco przeciwko uznaniu stopnia indykanuryi za objaw prawidłowego lub chorobowego stanu trzustki. Pewien wyjątek pod tym względem przedstawia brak indykanu w moczu w przypadkach o obrazie klinicznym ostrej niedrożności jelit, usadowionej w górnej części brzucha, mianowicie w nadbrzuszu. Takie skojarzenie objawów powinno, jak wykazują spostrzeżenia kliniczne, zawsze kierować naszą uwagę na to, czy nie mamy przed sobą ostrego krwotocznego zapalenia trzustki, resp. krwotoku trzustki. Com powiedział o indykanuryi, wszystko to dotyczy (Oser, Brugsch) również kwasów eterosiarkowych, jakkolwiek niektórzy autorowie (le Nobel i inni) twierdzą, że znaczne obniżenie ich zawartości w moczu przemawia za brakiem trypsyny w jelitach, zależnym od schorzenia trzustki.

W poszukiwaniach metod określenia sprawności czynnościowej trzustki skierowano uwagę również na inne zaczyny soku trzustkowego. Wohlgemuth [70]) i niezależnie od niego Enriquez, Ambard i Binet [79]) polecili w tym celu badanie moczu, krwi i kału co do zaczynu dyastatycznego. Według Wohlgemutha w schorzeniach trzustki, połączonych z zatkaniem światła chociażby tylko niektórych jej przewodów, zawartość dyastazy we krwi i w moczu znacznie się podnosi, w wypróżnieniach zaś, otrzymanych przy pokarmie mało zasobnym w węglowodany po środku rozwalniającym, odwrotnie ogromnie spada. Nim przejdę do rozejrzenia się w wynikach badań klinicznych, w tym kierunku przeprowadzonych, zatrzymam się nieco na podstawach teoretycznych propozycyi Wohlgemutha i wymienionych badaczy, ponieważ z zapoznania się z niemi możemy wytworzyć sobie sąd, o ile ich metody mają znaczenie w dyagnostyce schorzeń trzustki.

(Dok. nast.).

Z ambulatoryum Domu samarytańskiego PP. Ekonomek w Krakowie.

O kilku nowych lekach podanych dla użytku chirurga.

Napisał

Dr Adolf Klęsk,

kierownik zakładu.

Bezwątpienia słuszną i konieczną jest energiczna walka z bezwartościowymi nieraz »nowymi« środkami lekarskimi. Z drugiej jednak strony nie wynika stąd, by odrzucać »en bloc« wszystkie nowo pojawiające się środki jako bezwarto-

*) Przytaczam pedług Osera, str. 100.

ściowe, bo krytykować i potępiać można tylko to, o czem przekonaliśmy się, że jest złem rzeczywiście.

Wspomniana więc wyżej walka zachęca nas właśnie do badania środków, nowo w obiegu handlowym się zjawiających. Ogłaszać powinno się zaś mojem zdaniem tak dodatnie jak i ujemne wyniki badań i doświadczeń, co z jednej strony zachęci lekarzy do dalszego stosowania środków dobrych, a odstręczy fabrykantów od reklamowania środków bezwartościowych. Pomijanie milczeniem środków reklamowych, a bezwartościowych, rozzuchwala natomiast tylko producentów coraz więcej. Wobec ciągłego zalewania rynku handlowego nowymi środkami lekarskimi, obowiązkiem każdego lekarza, rozporządzającego pewnym materyałem klinicznym, jest badać działanie nowych środków, bo niesłusznem wcale jest zapatrywanie, że nowych środków nie potrzeba, albowiem mamy dosyć wypróbowanych starych. Tak zgoła nie jest, a nietrudno to udowodnić *). Weźmy np. ze środków przeciwgnilnych powszechnie używany jako zasypka jodoform. Bezwątpienia jest to środek bardzo dobry, ale nikt nie będzie twierdzić, że jest to już ideał i ostatni wyraz doskonałości w zakresie proszków przeciwgnilnych. Zawiera on drobnoustroje, a przytem nieraz drażni tkanki i ma woń odstraszającą wielu chorych, a nawet lekarzy. Zupełnie też uzasadnione są usiłowania zastąpienia jodoformu innymi środkami. Tym właśnie usiłowaniom zawdzięczamy wynalezienie różnych przetworów, z których niejedne, choć jodoformu w zupełności nie zastąpiły, to jednak wzbogaciły skarbnicę leczniczą, np. przetwory bizmutu (kseroform, dermatol), jodu (airol, vioform), izoform i t. p. Obecnie środki te stały się już dla lekarza praktyka i chirurga niezbędnymi. Podobnie rzecz się ma i z innymi środkami odkażającymi.

Na sprawę t. zw. środków odkażających przyrannych zapatrujemy się obecnie nieco inaczej, niż dawniej. Znamienną pod tym względem jest np. ostatnia praca Büdingera, której zasada brzmi: środki przeciwgnilne w rozczynach wcale w rzeczywistości ran nie odkażają, lecz mają j e d y n i e z a z a d a n i e d a w a ć l e k a r z o w i d o r ą k n a p e w n o c z y s t ą b a k t e r y o l o g i c z n i e w o d ę. O tem, by t. zw. środki przeciwgnilne odkażały ranę, np. przy płukaniu, niema i mowy, a t. zw. opatrunek przeciwgnilny ma na celu odkażać nie ranę, lecz jedynie jej wydzieliny i chronić je od rozkładu. Cel ten spełniają proszki, gazy impregnowane, zalewki i t. p.

Niektóre znów z rzekomych środków przeciwgnilnych działają skutecznie przez swój wpływ mechanicznie, np. balsam peruwiański na mocy ciężkości, a odwrotnie woda utleniona przez wytwarzanie piany. Powinni też lekarze przekonać się wreszcie, że o wiele pewniejszym środkiem odkażania ręki jest czyste jej pielęgnowanie, niż moczenie w sublimacie.

Nie utrzymuje nikt jednak przez to, by rozczyny środków przeciwgnilnych były zbyteczne. Będą one i nadal niezbędne, choć właściwie dotąd idealnego środka takiego nie znamy. Idealny bowiem środek przeciwgnilny powinien posiadać następujące własności: 1) Działać silnie na drobnoustroje »in vitro et in vivo« w rozczynie słabym, a nie być dla ustroju trującym i szkodliwym, nawet przy dłuższem użyciu. 2) Nie niszczyć skóry, narzędzi metalowych, bielizny, przedmiotów gumowych. 3) Być przeźroczystym. 4) Nie mieć przykrej woni. 5) Nie czynić skóry śliską lub zbyt szorstką. 6) Być tanim i nierozkładać się, a łatwo dawać się przechowywać.

Warunków tych jest dosyć dużo, nic też dziwnego, że dotąd żaden ze środków odkażających im we wszystkiem nie odpowiada. Sublimat niszczy narzędzia, drażni skórę, nerki, karbol ma woń przykrą, drażni skórę, lyzol jest nieprzeźroczysty, czyni skórę śliską i ma woń niemiłą i t. p. Toteż przemysł chemiczny ciągle szuka nowych środków.

W ostatnich czasach podano znowu kilka środków przeciwgnilnych. Niemożna ich uznać za zupełnie i oryginalnie nowe, albowiem po większej części są to przetwory fenolów lub formaliny.

Z kombinacyi obu powstał w powszechnem użyciu będący i silnie reklamowany lysoform. Ma on także liczne wady, bo jest nieprzeźroczysty, czyni skórę śliską, a prócz tego wydziela w cieple przykrą woń formaliny.

Fabryka Richtera z Pesztu podała środek przeciwgnilny pod nazwą: l y s o c h l o r. Badania Lautenheimera wykazały, że ze związków fenolowych najsilniej działają połączenia chloru z kresolem, przyczem własności trujące obu środków ulegają zmniejszeniu. Najlepszym środkiem okazał się chlor-m-kresol, który w kombinacyi z mydłem staje się łatwo rozpuszczalnym, a któremu w tej formie nadano nazwę lysochloru. Rozczyny 0·25% niszczą gronkowce w minucie, działają więc znacznie silniej, niż 2% rozczyn lysolu. Również badania, dokonane w zakładzie bakteryologicznym Bujwida, przemawiają za tym środkiem (Eisenberg). Niestety dla chirurga ma on liczne wady. Rozczyny lysochloru są mętne, a nawet więcej mleczne niż lysolu, tak, że narzędzi pod powierzchnią płynu nie widać, co często może być powodem skaleczenia się ostremi narzędziami. Dalej pomimo zapewnień fabryki na etykietach, że środek ten jest bezwonny, za taki uznać go nie można, a dla mnie osobiście ma on przykrą, wybitną woń chloru, co zwłaszcza przy użyciu do rozczynów wody ciepłej, lub w gorącej sali staje się nieznośnem. Nadto narzędzia pokrywają się w rozczynie lysochloru nalotem, który wprawdzie łatwo znika, ale bądź co bądź jest nieprzyjemny. Lysochloru używa się w rozczynach 0·5—2%.

Drugim podanym w ostatnich czasach środkiem przeciwgnilnym jest b o r o f o r m. Jest to również przetwór formaliny. Podług doświadczeń Schattenfroha w zakładzie higienicznym w Wiedniu, działa boroform silniej, niż lysoform. Jest to płyn jasny o dość miłej woni, rozpuszczający się w wodzie zupełnie przeźroczyście z odcieniem różowym (przypominającym rozpuszczone pastylki sublimatowe). Niestety ma on także wady. Przedewszystkiem rozczyny zmieniają się już z dnia na dzień; rozczyn traci barwę i w końcu staje się bezbarwnym. Dalej środek ten działa na węże gumowe w irygatorach i rozczyn wychodzi z nich mętnoczerwono zabarwiony. Barwa ta udziela się jeszcze długi czas innym płynom, przepuszczanym potem z tegosamego

---

*) Stosownie do nowego prądu w prasie lekarskiej w pracy niniejszej nie przytaczam piśmiennictwa, ani też nie obarczam jej cytatami z prac poprzedników.

irygatora. Wobec zmiany barwy o pomyłkę nietrudno, bo nigdy się dokładnie nie wie, czy płyn jest sublimatem, boroformem, czy np. rozczynem boru lub wodą. Najgorszą jednak wadą boroformu jest to, że wywołuje on tak silne pieczenie i palenie w ranach, a nawet w pochwie, iż chorzy za nic potem nie chcą się zgodzić drugi raz na zastosowanie tego środka. Zaletą jest to, że boroform jest mało trujący. Używa się go do odkażania rąk i skóry w rozczynie 2—3%, do narzędzi 5%, a do płukania ran najwyżej 0·5%.

Baktoform nie przyjął się zupełnie, ma bowiem wady większości przetworów formalinowo-mydlanych, t. j. niemiłą woń, ślizkość i nieprzeźroczystość. Z przetworów formalinowych natomiast znalazła już szerokie zastosowanie almateina. Ma ona już swoje obszerne piśmiennictwo; u nas korzystnie wyraził się o niej Chrząszczewski (Przegl. lekarski Nr 41, 1909), zalecając ją przy leczeniu wrzodów goleni i w ginekologii.

Przy wrzodach goleni działa almateina korzystnie jako zasypka. Od każdej zasypki wymagamy, by o ile możności nie miała niemiłej woni, dalej, by pobudzała ziarninę do bujania, wysuszała i odwaniała ranę, odkażała wydzieliny, nie drażniła okolicznej skóry, nie zanadto paliła w ranie i nie wywoływała objawów zatrucia. Wiele z tych zalet posiada właśnie almateina, a zarzucić jej można chyba to, że czasem wywołuje bolesne pieczenie i z tego powodu nie należy sypać jej za dużo na rany, a w maściach należy używać niższego odsetka, niż radzi Chrząszczewski, a więc nie 10% lecz 3—5%. Stosując almateinę w licznych przypadkach wrzodów goleni, nie zauważyłem wprawdzie tak korzystnego działania, jak Chrząszczewski, ale bezwarunkowo z wyników byłem zadowolony, zwłaszcza przy wrzodach cuchnących, pokrytych nalotami. Również nadaje się almateina znakomicie do opatrywania odleżyn, gdzie zwykle ze względu na nieczułość tkanek stosować ją możemy swobodnie. Również korzystnie działa almateina w miejsce jodoformu w gruźlicy chirurgicznej, np. w postaci zawiesiny glicerynowej lub sztyfcików. Werndorff zachwala znów almateinę jako cenny środek do plomby kostnej Mosetiga. Wogóle twierdzić można, że almateina pozostanie już na stałe w skarbnicy leczniczej.

Z innych środków wspomnieć muszę o nowojodynie. Jest to połączenie jodu i formaliny z dodatkiem łojku, celem zmniejszenia drażniącego działania. Środek ten działa bardzo dobrze w podobnych przypadkach, jak almateina. Gaza nowojodynowa nadaje się bardzo do tamponady, zwłaszcza przy krwawieniach, bo nowojodyna działa zarazem tamująco na krwotok. Również i odwaniające działanie nowojodyny jest wybitne. Zaletą nowojodyny jest to wreszcie, że jest tańszą od jodoformu (7 hal. gram nowojodyny, gdy gram jodoformu 9 halerzy), nadaje się więc do praktyki szpitalnej i w kasach chorych. Nowojodyny nie należy ogrzewać, ani wyjaławiać powyżej 80° stopni, albowiem rozkłada się ona, nieraz gwałtownie.

Polecają też nowojodynę jako zawiesinę w glicerynie; brak mi jeszcze co do tego własnego doświadczenia.

Wreszcie z przetworów formalinowych podano jako zasypkę tannophen, proszek szarożółty bez wybitnej woni. Jest to produkt kondensacyjny chloro-m-kresolu (porównaj lysochlor), formaldehydu i tanniny. Jako zasypka przy ranach i wrzodach zakażonych i cuchnących działa tannofen nieźle, odwania i wysusza rany, a nietylko, że nie wywołuje palenia, jak inne przetwory, ale przeciwnie, nawet nieco znieczula, tak że chorzy bardzo go sobie chwalą. Zostawia on na ranie czarny osad, co przeraża niektórych chorych, którzy sądzą, że to już zgorzel.

Pomówić wreszcie chcę o jednym środku, zalecanym w ostatnich czasach do znieczulania, mianowicie o cykloformie. Polecają go zwłaszcza przy bolesnych wrzodach, szczelinach odbytu, przy gruźlicy krtani (rozpuszczony w koryfinie 1:25), a nawet wewnętrznie, np. w dawce 0·2—0·4 gr. przy wymiotach ciężarnych. W ambulatoryum stosowałem w wielu przypadkach cykloform i odniosłem wrażenie, że działa wcale dobrze, a nie gorzej, niż często obecnie używana anestezyna. O wiele lepiej i pewniej działa środek ten w proszku, niż w maści, nawet zgęszczonej. Przy bolesnych wrzodach goleni skutek jest nieraz bardzo widoczny i utrzymuje się do następnego dnia. W jednym przypadku osiągnąłem w praktyce prywatnej u chorego ze zgorzelą urazową palca wybitne złagodzenie bólu przez zasypywanie miejsca zgorzelinowego cykloformem. Również oddaje cykloform dobre usługi przy bólach odbytu z powodu szczeliny, owrzodzeń, krwawnic i t. p. i nadaje się bardzo dobrze do znieczulania miejsc ziarninowych przed skrobaniem. Wprawdzie cykloform nie jest środkiem przeciwgnilnym w całem tego słowa znaczeniu, ale stosowany jako proszek na rany w okresie bolesności, spełnia dość dobrze zadanie zasypki.

Ocena dobroci i skuteczności danego środka, podanego do użytku zewnętrznego, nie jest wcale łatwa. Zwykle opinie, wydane w zakładach teoretycznych, brzmią przychylnie, ale praktyka rozstrzyga nieraz inaczej. Prócz przedmiotowego skutku, musimy uważać także na podmiotowe wrażenia naszych chorych. Zadanie jest łatwe, gdy dany środek posiada jakieś wybitniejsze działanie znieczulające, odwaniające i t. p., natomiast oceniać, czy dany lek jest »in vivo« dobrym środkiem przeciwgnilnym, jako płyn, zasypka, gaza lub maść, jest nieraz trudno; pomaga tu jedynie pilna obserwacya chorych cierpiących na podobne cierpienia przy stosowaniu środków już znanych i wypróbowanych równocześnie z nowymi, obliczanie czasu gojenia się, pokrywania naskórkiem i t. p.

Listy otwarte do Redakcyi »Przeglądu lekarskiego«.

Do Nru 47. z r. 1910 str. 668. W sprawie referatu Dra Sonnenberga i Goldsobla:

O odczynie Nylandera na cukier gronowy.

W ciągu wieloletniej praktyki w pracowni Dra Serkowskiego przerobiłem setki moczów o różnej zawartości cukru i nie miałem wypadku, aby odczyn Almen-Nylandera zawiódł. Zawartość 10% cukru spotyka się względnie rzadko, ale mocze o zawartości ponad 5% bywają bardzo często. Przeczytawszy w »Przeglądzie lekarskim« z dnia 19. XI. 1910 streszczenie referatu PP. Dra Sonnenberga

i Dra Goldsobla, dowiedziałem się, że powyższy odczynnik nie oddziaływa z wysokoprocentowymi rozczynami cukru gronowego.

Spostrzeżenie to, trudne do objaśnienia, zniewoliło mnie do wykonania szeregu doświadczeń. Do doświadczeń użyłem 10% rozczynów cukru gronowego chemicznie czystego (Merka) i zwykłej technicznej glukozy. Jak jeden, tak i drugi rozczyn dały z odczynnikiem Almen-Nylandera wyniki dodatnie, różnica polegała tylko w ilości czarnego osadu, który w rozczynie chemicznie czystej glukozy był nieco większy. Nie znając dokładnie treści pracy PP. Dra Sonnenberga i Dra Goldsobla, nie mogę orzec, co spowodowało ujemny wynik odczynu, ale nawet brak czarnego osadu nie jest dowodem nieobecności cukru, ponieważ płyny o większej zawartości cukru mają własność zmieniania koloru jasnego na brunatny przez gotowanie tylko z wodzianem sodu (na tem polega próba Hellera).

Przyczyną nieudania się odczynu może być albo cukier trzcinowy, wzięty przez omyłkę zamiast gronowego, albo obecność w płynach amoniaku, który przeszkadza wydzielaniu się osadu.

W. Kraszewski, inż. chem. (Warszawa).

Z listu powyższego wnoszę, że P. inż. Kraszewski przy wykonywaniu doświadczeń z odczynnikiem Almen-Nylandera nie zwrócił uwagi na warunek, o którym nadmieniłem w sprawozdaniu z wygłoszonego przezemnie odczytu w Towarzystwie lekarskiem łódzkiem, gdzie zjawisko omawiane również przedstawiłem. Oto w sprawozdaniu owem wyraźnie zaznaczyłem, że przy wykonywaniu będących w mowie doświadczeń gotowałem płyn, zawierający cukier, wraz z odczynnikiem Nylandera nie dłużej nad jedną minutę. Dłuższe gotowanie różnicę w zabarwieniu zaciera. W praktycznem zastosowaniu niewystępowanie czarnego zabarwienia w rozczynach wysokoprocentowych przy jednominutowem gotowaniu ma swą wartość, ponieważ, robiąc próbę Nylandera w probówkach, zwykle dłużej nad jedną minutę nie gotujemy.

Zauważę tutaj, że do doświadczeń braliśmy tylko czysty cukier gronowy; doświadczenia robiliśmy nie z moczem, zawierającym cukier, lecz z rozczynami cukru w wodzie przekroplonej. Próbę przerabialiśmy setki razy i zawsze zjawisko, o którem mowa, wyraźnie występowało. Pracę naszą wydrukowaliśmy w czasopiśmie »Kosmos«[1]. Ze względu jednak na pewne niedokładności w owej pracy, na które już po wydrukowaniu sami zwróciliśmy uwagę, mamy zamiar rzecz raz jeszcze ogłosić, przyczem prawdopodobnie uwzględnimy doświadczenia z moczem, zawierającym cukier.

Jestem przekonany, że P. inż. Kraszewski przy ponownem wykonaniu doświadczeń z odczynem Almen-Nylandera i uwzględnieniu warunku, aby gotowanie trwało nie dłużej nad minutę, — potwierdzi prawdziwość zjawiska, na które zwróciłem uwagę. E. Sonnenberg (Łódź).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Bernacki. **W sprawie rozpoznawania ukrytych postaci nosacizny.** (Russkij Wracz 1911, Nr 9). Autor zastosował zjawisko anafilaksyi do rozpoznawania nosacizny i doszedł do przekonania, że nadają się do tego zwierzęta, przeważnie morskie świnki, z anafilaksyą bierną lub czynną względem bakteryi nosacizny. Zjawiska anafilaksyi występowały znacznie wyraźniej, jeżeli układ nerwowy morskiej świnki przed doświadczeniem podlegał działaniu toksyny błoniczej lub tężcowej, wprowadzonej w bardzo małej ilości do krążenia zwierzęcia. A. Modrzewski.

Pissany i Rendu. **Ropne wiewiórowe zapalenie stawu kolanowego, jako powikłanie przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego.** (Soc. méd. d. Hôpitaux 1911, 20. I.). Autorowie przedstawiają chorego na ropne zapalenie prawego stawu kolanowego. W ropie dobytej ze stawu stwierdzono obecność gonokoka. Chory zakaził się wiewiórem przed 8 laty i od tego czasu cierpi na zapalenie gruczołu krokowego. Staw nakłuto i opróżniono z ropy, poczem sprawa zwolna ustąpiła zupełnie. Stahr.

Widal i Javal. **Kiłowe zapalenie nerek, leczone arseno-benzolem.** (Soc. médic. d. Hôpitaux. 1911, 20. I.). Jak wiadomo, działa rtęć bardzo różnorodnie na wtórne zapalenie nerek kiłowe. Ehrlich też uznaje zapalenie nerek za jedno z najważniejszych przeciwwskazań do stosowania arsenobenzolu. Autorowie są zdania, że »606« działa także różnie zależnie od okresu choroby, w którym się ten lek stosuje. Obecnie przedstawiają autorowie chorego z ciężkim, od 14 miesięcy trwającym białkomoczem (14 gr. na litr), z wysokiego stopnia nieprzepuszczalnością nerek dla chlorków i uporczywymi obrzękami ciała. Po wstrzyknięciu do żyły 0,60 gr. arsenobenzolu spadł białkomocz w 17 dniach z 10 gr na $2^1/_2$ gr, a potem na 1 gr na litr. Obrzęki powoli ustępowały. Przypadek ten jest podobny do ogłoszonych przez Lessera i Michaelisa, stoi zaś w przeciwieństwie do spostrzeżenia prof. Gaucher. Zdaje się więc, że na podstawie dotychczasowych naszych wiadomości trudno ustalić wskazania. Wszystko zależy, jak się zdaje, od stanu nerek. W każdym razie »606« nie jest bezwzględnie przeciwwskazane we wszystkich przypadkach swoistego zapalenia nerek. Stahr.

Pietrowa. **W sprawie farmakologii urotropiny.** (Russkij Wracz 1911, Nr 6). Pragnąc doświadczalnie zbadać, czy urotropina oprócz dróg moczowych, wydziela się też innemi drogami, badała autorka działanie tego środka na żółć na 2 psach z przetokami żołądka i pęcherzyka żółciowego. Wyniki badań są następujące: 1) Urotropina wywiera wpływ żółciopędny najwybitniejszy w 3 godziny po podaniu. 2) Po dłuższem podawaniu urotropiny ilość żółci zwiększa się nawet bez podawania tego środka. 3) Już po $^1/_2$ godzinie w żółci można wykryć obecność urotropiny. 4) Obecność formaldehydu w żółci wykryła autorka tylko raz jeden. 5) Pod wpływem urotropiny ilość stałych części w żółci zmniejsza się o 8—9%. 6) Urotropina działa odkażająco nie przez tworzenie się formaldehydu, lecz przez powstawanie pokrewnego połączenia, działającego podobnie do formaldehydu, o czem mówi Citron. — Dalsze badania wykazały, iż gnicie w żółci, otrzymanej w okresie działania urotropiny, rozpoczyna się znacznie później (7 dni), niż w żółci normalnej (na 3-ci dzień). Dodawanie urotropiny do hodowli prątków duru brzusznego zatrzymuje ich rozwój. Zestawiając wyniki swej pracy z danemi, otrzymanemi przez prof. Witolda Orłowskiego, dochodzi autorka do wniosku, iż urotropina wskazana jest także w wielu cierpieniach narządu żółciowego, a więc przy żółtaczkach nieżytowych i pochodzenia zakaźnego, kamicy żółciowej, a także przy marskości wątroby i w okresie podurowym w celu zapobiegania powstawaniu cierpień dróg żółciowych. Twierdzenie to popiera autorka przykładami dobrych wyników, jakie otrzymano w klinice prof. Smirnowa pod wpływem stosowania urotropiny. Z. Gilewicz.

Nürenberg. **O pantoponie Sahliego.** (Russkij Wracz 1911, Nr 6). Pantopon Sahliego zawiera wszystkie składowe części makowca w postaci chlorków. Powstanie tego środka jest wynikiem współczesnej tendencyi stosowania nie jednego środka o danem działaniu, ale połączeń kilku środków o pokrewnem działaniu farmakologicznem. Tendencya ta objawia się w pracach Sahliego, a także

[1]) »Kosmos« — czasopismo Polskiego Towarzystwa im. Kopernika. Lwów, 1910, XXXV.

Krawkowa i jego uczniów. Autor zestawia 25 prac cudzych i przytacza wyniki własnych badań nad pantoponem, na mocy których twierdzi, iż stosowanie tego środka wskazane jest zamiast makowca, kodeiny, belladonny, morfiny, dyoniny, heroiny i in., po części też zamiast środków nasennych, ponieważ pantopon działa pewnie, bez zjawisk ubocznych. Hamującego działania na ruchy żołądka i jelit N. nie spostrzegał. Raz jeden przy wstrzykiwaniu podskórnem, zgodnie ze spostrzeżeniem Ewalda, widział N. stan znacznego podniecenia i dlatego zaleca ostrożność w przypadkach schorzenia układu nerwowego. Pantopon nadaje się do stosowania wewnętrznie, podskórnie i w postaci lawatyw. Dawka 0,01—0,02 3 razy dziennie. Fabryka Hoffman-La Roche wyrabia pastylki po 0,01 i ampułki do wstrzykiwań podskórnych po 0,1 sz. c. 1% rozczynu. Z. Gilewicz.

Złotowierchownikow. **O rozpoznawczem znaczeniu objawu „dźwięku monety" (signe du sou) przy wysiękach opłucnej.** (Russkij Wracz 1911, Nr 7). Z. badał znaczenie metody Pitresa w rozpoznawaniu wysięków opłucnej. Sposób ten polega na bezpośredniem osłuchiwaniu uchem klatki piersiowej chorego, podczas gdy pomocnik z przeciwnej strony na tejże wysokości uderza jedną miedzianą monetą o drugą, przyłożoną dokładnie do klatki piersiowej, przyczem, o ile pomiędzy uchem, a monetą znajduje się płyn, to zamiast dźwięku stłumionego słychać wyraźny, wysoki, metaliczny dźwięk. Ogółem zbadał Z. 48 chorych, z których u 28 był wysięk opłucny. We wszystkich przypadkach wysięku opłucnej, kontrolowanych zapomocą nakłucia klatki piersiowej, objaw Pitresa znajdowano wyżej, niż stłumienie odgłosu opukowego i osłabienie drżenia głosowego klatki piersiowej i odpowiadał on stale górnej granicy wysięku. Na mocy swych spostrzeżeń uważa W. metodę Pitresa za bardzo cenną przy rozpoznawaniu wysięków opłucnej, niezależnie od ich jakości, głównie zaś granic ich, i niezawodną — w tych przypadkach, w których badanie drżenia głosowego klatki piersiowej i zastosowanie nakłucia napotyka na trudności. Z. Gilewicz.

Hirtz. **Wskaźnik oddechowy wobec rozedmy płuc.** (Journ. d. Practiciens. 1911, 28. I.). Obecnie w klinice zbyt zaniedbano pomiarów klatki piersiowej, które szczególniej w toku rozedmy płuc mogą dawać cenne wskazówki. Wskaźnik oddechowy, t. z. różnica pomiędzy obwodem klatki piersiowej na szczycie forsownego wdechu i na szczycie forsownego wydechu, wynosi na ogół 7 ctm. U ludzi, cierpiących na rozedmę płuc, opada do 5, 4, a nawet i do 2 ctm. Wskaźnik ten ma pewne znaczenie w rokowaniu. Nizki bywa u chorych z obustronnym wysiękiem opłucnym lub u dzieci ze zwężoną klatką piersiową, które niedostatecznie oddychają nosem, poza tem tylko w toku rozedmy. A jeśli wtedy wskaźnik wynosi mniej, niż 3 ctm., to chory narażony bywa na przypadłości niedomogi sercowej. Jeśli wskaźnik opada do 1 ctm., należy doradzać zabieg Freunda, polegający na nacięciu chrząstek żebrowych. Stahr.

Dmitrenko. **Próba zastosowania szczepionki pneumokokowej przy zapaleniu płuc.** (Russkij Wracz 1911, Nr 9). Autor z przyczyn od siebie niezależnych nie mógł stosować autowakcyny i nie mógł także określić wskaźnika opsonicznego. Posługiwał się on gotową szczepionką wyrobu Mercka i Parke-Davisa i kierował się przy wstrzykiwaniach termoreakcyą i ogólnym stanem chorego, jak to czynią przy leczeniu tuberkuliną. Stosował szczepionkę w ten sposób w 8 przypadkach ostrego włóknikowego zapalenia płuc i 2 przypadkach przewlekłego i doszedł do wniosków następujących: 1) Nawet stosunkowo duże dawki szczepionki są nieszkodliwe. 2) Leczenie szczepionką daje dobre wyniki w przypadkach przewlekłego zapalenia płuc; w ostrych przypadkach nie uzyskał D. tak świetnych wyników, jak to opisują inni badacze, n. p. Harris. A. Modrzewski.

Prof. R. Wagner (Kijów). **Wypadek rozszerzenia tętnicy głównej obok zwężenia jej ujścia i zastawki dwudzielnej.** (Russkij Wracz 1911, Nr 8). Przypadek ten dotyczy 48-letniego mężczyzny, cierpiącego na żółtaczkę, bicie serca i brak tchu podczas ruchu. Badanie kliniczne wykazało: rozkurczowe tętnienie w okolicy 5., 6. i 7. międzyżebrza, uderzenie koniuszkowe serca w 7. międzyżebrzu, górna granica bezwzględnego stłumienia serca na 4. żebrze, prawa na linii sutkowej prawej, lewa na przedniej linii pachowej. Nad tętnicą główną silny szmer skurczowy, który słychać także nad tętnicą podobojczykową, i rozkurczowy słabszy; nad tętnicą płucną też same dwa szmery, tylko nieco słabsze; w okolicy koniuszka serca szmerów nie było. Wobec tego i innych danych klinicznych rozpoznanie za życia brzmiało: Stwardnienie tętnic, zrosty osierdzia i opłucnej, niedomykalność zastawek tętnicy głównej i zwężenie ujścia tętniczego lewego, względna niedomykalność zastawki dwudzielnej, żółtaczka na tle zastoinowem. Po 10-dniowym pobycie w klinice chory zmarł. Badanie pośmiertne wykazało: Zrosty osierdzia, przewlekłe zapalenie wsierdzia ze zwężeniem ujścia żylnego i tętniczego lewego, względna niedomykalność zastawki dwudzielnej, rozszerzenie wstępującej części i łuku tętnicy głównej, zrosty opłucnej, przewlekła gruźlica płuc i gruczołów oskrzelowych. — W przypadku tym za życia nie było żadnych danych, któreby wskazywały na zwężenie lewego ujścia żylnego i rozszerzenie tętnicy głównej. Rozwój choroby tłómaczy W. tak: Najpierw na tle miażdżycy powstało rozszerzenie tętnicy głównej, co później doprowadziło do zwężenia ujścia tętniczego, a potem żylnego lewego; to zaś stworzyło warunki, zapobiegające dalszemu postępowi rozszerzenia tętnicy głównej. Zmniejszenie napięcia ścian tętniaka wskutek małej ilości krwi w tętnicy głównej stworzyło warunki, wskutek których nie było ani tętnienia, ani stłumienia odgłosu opukowego, napotykanych przy tętniakach. Powstanie miażdżycy tętnic, przewlekłego zapalenia wsierdzia, osierdzia i opłucnej przypisuje S. w danym przypadku endotoksynom gruźliczym. Z. Gilewicz.

Dobrowolska. **W sprawie wpływu upustu krwi na sprawy trawienne.** (Russkij Wracz 1911, Nr 7). Na mocy danych, otrzymanych z badania 8 psów z przetokami różnych odcinków przewodu pokarmowego, twierdzi D., iż jednorazowa utrata $1/2$—$1/3$ całej ilości krwi wywołuje zaburzenia w pracy narządu pokarmowego, dotyczące zarówno sprawy wchłaniania, jak też i ruchu. Zaburzenia ruchowe dzielą się na 2 okresy, z których pierwszy polega na zmniejszeniu wydzielania się soków obok zahamowania ruchu ścian, drugi na silnem wydzielaniu soków obok wzmożenia się ruchu. W pierwszym okresie soki zawierają znacznie więcej części stałych, niż w drugim. Zmniejszenie się stopnia trawienia i wchłaniania wybitniejsze jest w okresie drugim. — Pokarm obfitujący w wodę lub wlewanie do żyły fizyologicznego rozczynu soli zmniejsza znacznie zaburzenia trawienne w następstwie upustu krwi. Zaburzenia po upuście krwi dotyczą jednakowo trawienia białka, tłuszczu, jak i węglowodanów. Zaburzenia czynnościowe różnych odcinków dróg pokarmowych po upuście krwi ustępują niejednocześnie. Z. Gilewicz.

Wiłłanien. **W sprawie klinicznego znaczenia stolców tłuszczowych przy chorobach trzustki.** (Russkij Wracz 1911, Nr 8). W. usuwał u psów część trzustki i badał zawartość tłuszczu w kale. Na mocy swych badań twierdzi, iż przy częściowem zaburzeniu w wydzielaniu soku trzustkowego do jelit mogą powstawać znaczne zaburzenia w trawieniu tłuszczów, polegające na zwiększeniu się w kale tłuszczów obojętnych, podczas gdy prawidłowo tłuszcze znajdują się w kale w postaci kwasów tłuszczowych i mydła. Zdaniem W. w tych przypadkach, w których chodzi o rozstrzygnięcie, czy stolce tłuszczowe zależą od zaburzeń ze strony trzustki, czy też są skutkiem braku żółci, mała ilość mydła w kale rozstrzyga rozpoznanie na stronę braku soku podpuszczkowego. Z. Gilewicz.

Prof. Janowski (Kijów). **O biegunkach pochodzenia nerwowego.** (Russkij Wracz 1911, Nr 7). Biegunka pochodzenia nerwowego zdarza się według J. bardzo często i posiada doniosłe znaczenie w praktyce lekarskiej. Występuje ona albo w postaci ostrych napadów, jak to opisali Lander-Brunton, Nothnagel i inni, albo w postaci przewlekłej, zjawiającej się okresowo. Do biegunki pochodzenia nerwowego nie należy zaliczać biegunki, napotykanej przy braku soku i sokotoku żołądkowym, przy chorobie Basedowa, przy wiądzie rdzenia, a także przy histeryi. Przyczyną wystąpienia omawianej biegunki mogą być wzruszenia psychiczne, albo błędy dyetetyczne; pod wpływem pierwszej przyczyny biegunka zjawia się odrazu, lub też występuje zwolna, stopniowo; co do błędów zaś dyetetycznych, to wpływają one o tyle, o ile ustrój ma odpowiednią skłonność, i często nawet pokarm, który poprzednio wywoływał biegunkę, bywa dobrze znoszony w pewnych okresach. Chorzy tacy uskarżają się zwykle, iż nieraz powstaje u nich biegunka pod wpływem drobnych przyczyn, jak użycie zwykłych pokarmów, często zaś najwidoczniej bez wszelkiej przyczyny. Stolce bywają płynne, obfite i częste, czasem poprzedzone bolami w brzuchu; podczas stolca występuje niekiedy uczucie słabości, dochodzące do omdlenia, zawroty głowy, utrata sił, bicie serca i t. p. Czasem chorzy nie doznają potrzeby częstych wypróżnień, natomiast odczuwają stałe burczenie w brzuchu. Płynne stolce występują najczęściej po jedzeniu, ale prawie nigdy nie bywa ich w nocy, co ma ważne znaczenie dla odróżnienia tego cierpienia od organicznych chorób jelit. Przy badaniu takich chorych zauważyć się daje bolesność splotów nerwowych brzucha, oraz kurcz okrężnicy, którą wyczuwa się w postaci postronka. W okresach równowagi badanie stolca takich chorych nie wykazuje żadnych zmian; natomiast w okresie biegunki znajduje się w wypróżnieniach znaczna ilość śluzu, zmieszanego równomiernie z kałem, niezmienione barwniki żółciowe i mało zmienione włókna mięsne; kawałków zaś niestrawionego pokarmu, wbrew oczekiwaniu, zwykle się nie znajduje. Zaburzeń w czynności żołądka ani podmiotowych, ani przedmiotowych nie bywa.

Przyczyna biegunki pochodzenia nerwowego jest według autora dwojaka: 1) wzmożenie się ruchów robaczkowych jelit, 2) wzmożone wydzielanie soków w zależności od podniet nerwowych. Co do leczenia, to na pierwszym planie powinno być leczenie niedomogi nerwowej znanymi środkami. W przypadkach ciężkich wskazana jest na początku surowa dyeta z dodatkiem wina czerwonego, czernic i t. p. Naogół dyeta powinna być dobierana oględnie, ponieważ u chorych takich nader często spostrzega się idyosynkrazyę do wielu pokarmów. W ciężkich bardzo przypadkach uciekać się należy do lekarstw, wśród których niemałe znaczenie posiadają przetwory bromu i makowca w małych dawkach. Z. Gilewicz

Pedyatrya.

K. Potpeschnigg. **Spostrzeżenia i wyniki badań styryjskiej epidemii zapalenia przednich rogów rdzenia w r. 1909.** (Arch. f. Kinderhk. T. 54, Z. IV—VI. 1910). Spostrzeżenia opisane zebrał autor częścią z własnego doświadczenia, częścią z kwestyonaryusza, rozesłanego do wszystkich lekarzy styryjskich; ogółem opiera swe wnioski na podstawie 600 historyi chorób. Uderzającą jest stosunkowo mała ilość zachorzeń w większych miastach, a gromadne występowanie choroby w miejscowościach, częstokroć oddalonych od głównych dróg komunikacyjnych, i jakkolwiek zaraźliwość — zresztą słaba — porażenia rdzeniowego zdaje się być stwierdzoną, to przecież nie można zaprzeczyć współdziałania innych jeszcze czynników usposabiających, a dotychczas nieokreślonych. Najczęściej zapadały w omawianej epidemii dzieci do 5 r. życia; szkodliwego wpływu stykania się w szkole nie zdołano zauważyć wbrew podaniom innych autorów. Złe stosunki higieniczne, gęstość zaludnienia, nie oddziaływały sprzyjająco na szerzenie się choroby. Sposób szerzenia się zarazka nie dał się wykazać. Okres wylęgania wynosił 8 dni, poczem nastawał okres zwiastunów: gorączka, wyprzedzająca zwykle porażenie o 1—5 dni (spostrzega się jednak i przebieg bezgorączkowy), często rozlewne poty, cuchnienie z ust, nieżyt gardła (bez zmian wysiękowych), czasem nieżyt żołądkowo-jelitowy; wymioty wraz z silnymi bólami głowy w części potylicznej, stężenie karku, przodozgięcie kręgosłupa, połączone z bolesnością kręgów przy ucisku lub próbach wyprostowania — pojawiają się wkrótce przed porażeniami. W innej grupie przypadków na pierwszy plan wysuwają się bóle nerwów obwodowych, mięśni i stawów, powstające jużto samoistnie, już też za uciskiem lub przy ruchach; zauważono, jako charakterystyczne, bóle kłujące w klatce piersiowej przy głębszym wdechu. Zupełne porażenia wyprzedzało częstokroć zmniejszenie siły pewnych grup mięśni, połączone z drganiem włókienkowem; u dzieci objawia się ten okres utykaniem przy chodzeniu i częstem padaniem na ziemię. Nagłego porażenia autor nie spostrzegał. Rozprzestrzenianie się porażeń następuje niekiedy bardzo gwałtownie w przeciągu paru godzin, w innych przypadkach postępuje przez kilka dni, a czasem nawet przez parę tygodni po ustąpieniu ostrych ogólnych objawów. Do najwcześniejszych porażeń należy niedomoga pęcherza, występująca jednak nie często. Bole w porażonych kończynach utrzymują się nieraz tygodniami i wywołują przykurczenia; w częściach porażonych zauważano czasem upośledzenie czucia, w zdrowych zaś przeczulicę skórną; do zmian rzadziej występujących zaliczyć należy wysypki skórne, łuszczenie i obrzęki. Stosunkowo często występujące porażenie nerwu twarzowego wskazuje na możliwość ogniskowego zajęcia mózgu, jednak porażenia mięśni połykowych, strun głosowych i mięśni oka zdarzały się wyjątkowo, częściej natomiast spostrzegano wzmożenie odruchów ścięgnistych na kończynach zdrowych i dotkniętych porażeniem, mimo braku objawów mózgowych (leukomyelitis). Postacie poronne występują jako zapalenie gardła z gorączką, niekiedy z zawrotami, nerwobólami, tkliwością uciskową kręgosłupa, a dają się rozpoznać tylko wobec przypadków typowych. Śmiertelność wynosiła w Styryi 13·16%, dotykając głównie dorosłych; śmierć występowała jako skutek porażenia mięśni oddechowych i zdarzała się najczęściej w 4. dniu choroby. Przebyte zapalenie rdzenia pozostawiało w pewnych przypadkach, oprócz porażeń, drżenie kończyn, zniekształtnienia (obwisłe ramiona, garby, obwisły brzuch), osłabienie pamięci, zmniejszoną odporność na zakażenia, krótki oddech i t. p. Do jakiego stopnia mogą się cofnąć pierwotne porażenia, nie daje się nigdy przewidzieć. W płynie mózgowo-rdzeniowym stwierdzano w przeważnej większości świeżych przypadków wzmożone ciśnienie, tworzenie się pajęczynowatego skrzepu, zwiększoną ilość białka, a zmniejszoną cukru; w osadzie spotykano przeważnie limfocyty, a w kilku przypadkach dwoinki, barwiące się sposobem Grama, dające się wyhodować na agarze, które autor uważa za wtórne zakażenie schyłkowe. Szczepienie płynu mózgowo-rdzeniowego na zwierzęta (także małpy i kozy) wypadało stale ujemnie. Leczenie polega na bezwzględnym spokoju przez kilka tygodni (nawet w lekkich przypadkach), podawaniu aspiryny i środków kojących; w 2—3 dni po wystąpieniu największych porażeń faradyzacya, miesienie, ułożenia kończyn tak, aby mięśnie porażone nie ulegały rozciąganiu, wreszcie zapobieganie przykurczeniom przez opatrunki plastrowe i szynowe. Bujak.

M. Bichlerowa (Warszawa). **Plamki Koplika.** (Arch. de méd. des enfants 1911, Nr 1). Plamki Koplika występują w okresie wylęgania odry pod postacią białych punktów, otoczonych różową obwódką i sadowią się w rozmaitej ilości na wewnętrznej stronie policzków; nigdy nie spostrzegano ich na podniebieniu, ani języku. Obwódki różowe bywają zmiennej wielkości i postaci, białe punkty zaś nie przekraczają 1 mm w średnicy; punkty białe przybierają

niekiedy odcień niebieski, nigdy żółty. W wyjątkowych razach nie zauważono plamek w odrze i to tylko w 1. roku życia; o ile wystąpią, mają znaczenie znamienne (patognomoniczne). Zwykle pojawiają się 1—2 dni przed wysypką, niekiedy wcześniej — do 10 dni — przed gorączką i przed objawami nieżytowymi, najczęściej po obu stronach policzków, rzadziej jednostronnie, utrzymują się zaś 2—5 dni, licząc od ukazania się wysypki. Bujak.

Ostrowski. **Wrodzone wady serca u osesków.** (Ruskij Wracz, 1911, Nr 7). Na mocy 40 badań pośmiertnych stwierdził autor, iż najczęstszą wadą serca u osesków jest brak przegrody między komorami, sam, lub też w połączeniu ze zwężeniem tętnicy płucnej (15 przypadków). Zupełne zarośnięcie tętnicy płucnej spotyka się rzadko (autor napotkał je raz jeden). Zwężenie tętnicy głównej zdarza się znacznie rzadziej, niż tętnicy płucnej (4 przypadki). Z. Gilewicz.

Masao Sumita. **Rzekome znaczenie zmian tarczycy w płodowych zmianach kości** (»chondrodystrophia foetalis« i »osteogenesis imperfecta«). (Jahrbuch für Kinderk. styczeń 1911). Autor badał trzy płody z »chondrodystrophia foetalis« i tyleż z »osteogenesis imperfecta«, następnie dla kontroli 17 tarczyc począwszy od 8-miesięcznych płodów do $1^1/_2$ rocznych dzieci. Autor dochodzi do wyników, że tarczyce płodów chorych na płodowe schorzenia kośćca, ani co do kształtu, ani co do wielkości i wagi, ani co do budowy histologicznej nie różnią się od tarczyc użytych do porównania, a już absolutnie nie spotkał autor zmian, jakie opisano przy matołectwie i obrzęku śluzowatym. I tak przy »chondrodystrophia« tarczyca jest najczęściej zupełnie prawidłowa, często powiększona, bardzo rzadko zmniejszona wskutek zaniku. Braku tarczycy nie opisano. Lecz te zmiany tarczycy, spotykane przy »chondrodystrophia«, spotyka się równie często u noworodków prawidłowych. Przy »osteogenesis imperfecta« zmian w tarczycy nie ma lub są tylko bardzo nieznaczne. Nie można więc wyszukiwać związku między schorzeniami takiemi, jak np. matołectwo lub obrzęk śluzowaty, a płodowemi schorzeniami kośćca. Ze swoich badań i z przytoczonego piśmiennictwa dochodzi autor do wniosku, że nie istnieje żadna postać płodowego schorzenia kośćca, którąby można odnieść do zaburzeń czynności tarczycy. Dadej.

Położnictwo i ginekologia.

K. N. Rabinowicz. **Rzucawka (eclampsia) według materyału Maryjskiego Domu położniczego w Petersburgu od d. 1. I. 1899 r. do 1. I. 1909 r.** (Ruskij Wracz 1911 Nr 7). W ciągu 10-lecia spostrzegano na 14584 porody 146 przypadków rzucawki (1·09%), u pierwiastek 100(68·5%), a u wielródek 46 (31·5%); chorowały przeważnie osoby młode do 30 lat życia (75%). Zmarło 9 (6·1%). Oprócz tych zmarły 4 chore w okresie drgawek porodowych z przyczyn niezależnych od tej choroby (2 przypadki zakażenia krwi, 1 pęknięcia tętnicy mózgowej i 1 krwotoku macicznego). W przypadkach, które zakończyły się śmiercią, było średnio 15·7 napadów drgawek, u chorych zaś, które wyzdrowiały, 7·8. Największą śmiertelność stwierdzono w przypadkach drgawek, które zjawiały się przed początkiem bólów porodowych. Leczenie stosowano objawowe: w okresie napadów — morfinę podskórnie i wodnik chloralu w lawatywie; w wyjątkowo ciężkich przypadkach dokonywano operacyi przyspieszającej poród. U wszystkich rodzących przerywano możliwie wcześnie pęcherz płodowy. Omawiając niską śmiertelność w zakładzie leczniczym w stosunku do statystyki klinik zagranicznych, zgadza się R. ze zdaniem Dührssena, Seitza i Skrobańskiego, którzy twierdzą, iż rzucawka w Rosyi nie przybiera tak złośliwej postaci, jak w Niemczech, i z tego powodu sądzi, iż nie wymaga ona bezwarunkowo stosowania energicznych i ryzykownych sposobów rozwiązania (»Schnell. i Frühentbindung«). M. Pietkiewicz.

Cramer. **O istocie i leczeniu zmięknienia kości.** (Münch. med. Woch. 1911 Nr 8). Stosunek zmięknienia kości do jajników nie ulega już wątpliwości. Hanau i Wild wykazali nawet, że w prawidłowej ciąży i w połogu spotyka się zmiany w kościach, przypominające żywo sprawę zmięknienia. Jednak nie można twierdzić, że tylko w jajniku leży przyczyna choroby. Znamy przypadki, gdzie trzebienie nic nie pomaga, a znowu kiedyindziej i inne sposoby leczenia (fosfor, adrenalina) wiodą do celu. Zmięknienie kości występuje nieraz endemicznie, a cierpienie to zjawia się nieraz równocześnie także u zwierząt (kóz, krów i t. p.). Zwłaszcza występuje ta choroba w okolicach, gdzie ziemia zawiera mało wapna. Schodzi się to ze spostrzeżeniami endemicznego występowania wola. Zmięknienie kości występuje prawie tylko u kobiet, może być dlatego, że czynność gruczołów starszych kobiet nie jest tak ciągłą, jak u mężczyzn, lecz przerywaną. Co do leczenia, to trzebienie zwykle miewa skutek bardzo dobry, usuwać należy jednak zawsze jajowód. W przypuszczeniu, że po wytrzebieniu tworzą się we krwi ciała, działające korzystnie na wytwarzanie kości, wyrabia firma Merck odpowiednią surowicę. Również stosuje się mleko kóz trzebionych, autor spostrzegał przytem nawet wybitny skutek. W niektórych przypadkach działa skutecznie także fosfor, ale trzeba stosować dawki znacznie większe, niż zwykle radzą. Fosfor zastąpić mogą przetwory: phosphachit i protylina (Kocha). A.

Prof. D. O. Ott. **Przyczynek do etyologii i profilaktyki włókniako-mięśniaków macicy. Znaczenie zgięcia macicy ku przodowi w rozwoju tej choroby.** (Russkij Wracz 1911 Nr 7). Wychodząc z założenia, iż dotychczasowe próby jakiejś jednej, ogólnej teoryi, mającej wyjaśnić etyologię różnorodnych nowotworów, nie miały i nie mogły mieć powodzenia, zachęca O. do zwracania pilnej uwagi na objawy zarówno patologo-anatomiczne, jako też i kliniczne, towarzyszące powstawaniu i rozwijaniu się nowotworów. W taki sposób jedynie można będzie w przyszłości zebrać materyał naukowy, nadający się do uogólnień i wniosków. Nowotwory jednego typu mogą rozwijać się pod wpływem rozmaitych czynników. O. zastanawia się szczegółowo nad wadą położenia macicy, zgięciem macicy ku przodowi (anteflexio uteri), powikłanem mniej lub więcej wyraźnemi zmianami w miąższu, szyjką stożkowatą, unieruchomioną niekiedy jakby blizną w przedniem sklepieniu, przedłużeniem części nadpochwowej i t. d. W nieprawidłowościach tego rodzaju O. upatruje warunki, wielce sprzyjające rozwojowi włókniako-mięśniaków. Przeszło w połowie przypadków zgięcia macicy ku przodowi, obserwowanych w ciągu długiego szeregu lat, szczególnie zaś u chorych, u których nie udało się usunąć niepłodności, stwierdził O. rozwijanie się włókniako-mięśniaków. Jako czynniki przyczynowe stawia O. na pierwszym planie bierne przekrwienie macicy wskutek ucisku naczyń krwionośnych, szczególnie żył, w okolicy zgięcia macicy, oraz zmiany następcze w miąższu: przewlekłe zapalenie i zwyrodnienie włókniste macicy. Jako środek zapobiegawczy przeciwko rozwijaniu się włókniako-mięśniaków macicy zaleca O. gorąco, oprócz zabiegów, regulujących krążenie krwi w macicy (miesienie ginekologiczne), przedewszystkiem usunięcie niepłodności, co daje się uzyskać w wielu przypadkach zapomocą wycięcia (excisio) części pochwowej. Materyał, którym O. rozporządzał w klinicznym instytucie położniczo-ginekologicznym, zebrany przez Dra Lewina, wykazuje, iż przeszło w $^1/_3$ części przypadków operowanych w sposób powyższy, osiągnięto wyniki dodatnie: po wielu latach niepłodności chore zaszły w ciążę, niektóre z nich dwukrotnie. Autor kładzie nacisk na pewien szczegół techniczny przy operacyi, dotyczący rozcięcia blizny, unieruchomiającej szyjkę maciczną w przedniem sklepieniu pochwy; szwy powinny być nałożone w taki sposób, ażeby rana została zeszyta pod równym kątem do kierunku pierwotnego rozcięcia; linia szwów powinna iść w kierunku podłużnym (nie zaś poprzecznym) do osi szyjki macicznej.

M. Pietkiewicz.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Przy badaniu uszkodzonych w głowę, w pewien dopiero czas po urazie, nieraz nie spotykamy żadnych już przedmiotowych objawów i wtedy podług Rhesego jedynie nieraz badanie otologiczne może być nam pomocą, gdyż wykazuje ono, nieraz i po miesiącach jeszcze, zmiany na błonie bębenkowej, kosteczkach, w błędniku i t. p. Także cenne usługi oddaje badanie podług Baranyego (drżenie gałek po przestrzykaniu ucha wodą zimną lub gorącą), badanie przewodzenia kostnego i t. p. W przypadkach wątpliwych powinien więc zawsze badać także otyatra. (Med. Klinik Nr 7, 1911).

Piperazyna Midy. (Gazette méd. des hopitaux de Paris). W ostatnich czasach do lecznictwa wprowadzono wielką liczbę środków, mających na celu oddziaływanie na skazę moczanową. Środki te są solami piperazyny (winian, chinian, cytrynian, chlorek), połączeniami farmaceutycznemi środków mniej lub bardziej moczopędnych z piperazyną. Piperazyna Midy w ziarnkach jest jednym z najsilniejszych środków, rozpuszczających kwas moczowy, a dowiodły tego liczne badania chemiczne, fizyologiczne i chemiczne. Nie rozkłada się ona w ustroju, lecz krąży pod postacią węglanu piperazyny i wszędzie, gdzie napotyka kwas, łączy się z nim i tworzy nadzwyczaj łatwo rozpuszczalny moczan piperazyny. Sole, przeciwnie, muszą wpierw ulec rozkładowi, aby mogły działanie swe przejawić i działanie ich jest tem samem powolniejsze. Istnieją też w handlu substancye przeciwmoczanowe, które stanowią połączenie środków antyseptycznych moczowych z nieznaczną dawką czystej piperazyny. Doświadczenia kontrolne wykazały jednak, że środki te posiadają pewne własności antyseptyczne, lecz ich działanie jest słabsze, niż przy zastosowaniu odpowiedniej dawki czystej piperazyny: a prócz tego w połączeniach tych zachodzą oddziaływania molekularne części składowych, których wynikiem jest zmniejszenie własności piperazyny, a nawet zupełne ich zniesienie. W.

Do opatrywania ran przez laików, samarytanów przy udzielaniu pierwszej pomocy, n. p. w fabrykach i t. p., poleca Hans olej na rany, nazwany »nilotan«, składający się z balsamu peruwiańskiego, żywic, oleju, parafiny i jodyny. H. jest zdania, że robotnik w fabryce nie potrafi nigdy wymyć sobie dobrze rąk i założyć czysto opatrunku. (Med. Klin. 1911, Nr 11). A.

Kłębek włosów (trichobezoar) usunął Kampmann 10-letniej dziewczynce zapomocą otwarcia żołądka. Guz dawał się wyczuć przez powłoki i w wywiadach dowiedziano się o skłonności do połykania włosów tak, że rozpoznanie nie było trudne. Charakterystyczne jest przytem wychudzenie przy wilczym nieraz apetycie. (Münch. med. Wochs. Nr 8). K.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

XV ogólne naukowo-administracyjne posiedzenie w d. 14 (27) stycznia 1911 r.

Obecnych członków 40, gości 16. Przewodniczy prezes Prof. O. Czeczott. Otwierając posiedzenie podaje prezes do wiadomości, iż »Związek« poniósł nową stratę w osobie powszechnie szanowanego prowizora farmacyi Aleksandra Lipińskiego i wzywa obecnych, by uczcili pamięć zmarłego przez powstanie. Potem zabiera głos wiceprezes wydziału farmaceutycznego p. Edmund Chrzanowski, w słowach następujących: »W Petersburgu, po niedługiej lecz ciężkiej chorobie, zakończył życie członek »Związku«, właściciel apteki na Wyborskiej stronie prowizor Aleksander Lipiński. Kol. Lipiński pochodził ze szlachty wołyńskiej, urodził się w roku 1853, do rówieńskiego gimnazyum wstąpił w 1862 r. po skończeniu zaś kursu w gimnazyum wstąpił do apteki w roku 1871 w miasteczku Dąbrowicach. Na początku 1874 roku złożył egzamin na stopień podaptekarza; posadę tę zajmował w aptece Zeidla w Kijowie w ciągu niespełna 4 lat, uczęszczając jednocześnie i na wykłady uniwersyteckie. W kwietniu 1878 r. po złożeniu egzaminów otrzymał stopień prowizora farmacyi. Otrzymawszy dyplom, skierował się do Petersburga, by szukać na obczyźnie pracy i szczęścia, niebawem pracę znalazł w aptece Szuppe, a w roku 1882 otworzył 12 września własną aptekę. Poświęciwszy się zawodowi farmaceutycznemu, ś. p. Aleksander wyniósłszy z domu rodziców twarde zasady uczciwości, miłości bliźniego i obowiązków obywatela kraju, wzmocnił się w tych zasadach u swoich nauczycieli, poznał życie cierpiących bliźnich i niósł chętnie pomoc każdemu, kto się do niego zgłaszał. W pracy społecznej w Petersburgu był zawsze w pierwszych szeregach, od 1882 r. był członkiem petersburskiego Towarzystwa aptekarzy, od założenia Sekcyi farmaceutycznej przy »Związku« liczymy go również w liczbie pierwszych członków. Wszystkim organizacyom polskim nie szczędził, w miarę swoich środków, pomocy. W swoim skromnym zawodzie odznaczał się mrówczą pracą. Otarł nie jedną łzę ubogim chorym, to też liczne tłumy ludzi, należących do rozmaitych warstw społecznych, które zebrały się w dzień pogrzebu, były najlepszym dowodem ogólnego szacunku. Niech mu lekką będzie obca ziemia, na której pracował uczciwie większą połowę swego życia«.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

I) Dr chemii Szymon Dzierzgowski wypowiedział rzecz p. t. **Odporność czynna przeciwko błonicy u zwierząt i człowieka.** Na wstępie zarysował prelegent rolę laseczników Löfflera w rozprzestrzenianiu się błonicy, zastanowił się szczegółowiej nad wydzielaniem przez te laseczniki toksyny, jak również wyjaśnił znaczenie antytoksyny w walce z chorobami zakaźnemi. Ten stosunek wzajemny jadów (toksyn) i substancyi jad niweczących wyzyskano od pewnego czasu w celu leczniczym Jeżeli wprowadzać do ustroju antytoksynę, to można zwiększyć odporność ustroju. Podawszy charakterystykę odporności czynnej, biernej, a także wrodzonej, przytoczył mowca sposoby uodporniania sztucznego różnych zwierząt, wreszcie zapoznał słuchaczy z szeregiem własnych wieloletnich doświadczeń, rozpoczętych jeszcze w r. 1902, a po części wykonanych przez prelegenta na samym sobie. Jeżeli zaszczepić błonicę psu, to pies ginie, bo jest bardzo wrażliwy względem lasecznika Löfflera; przy badaniu krwi u takiego psa antytoksyny niema wcale. Zaś jeżeli psa uodpornić sztucznie, to znieść on może znacznie większą dawkę jadu, niż koń. Po $2^1/_2$-miesięcznem uodpornianiu sztucznem tak pies, jako też koń znoszą jednakowe dawki toksyny, pomimo że u psa antytoksyny jest mało, u konia zaś dużo. Doświadczenia te dowodzą, że ustrój zwierzęcy rozmaicie oddziaływa na toksynę. Szczury przy uodpornianiu znoszą wielką dawkę toksyny, antytoksyny we krwi ich znajduje się bardzo mało. Otóż ilość antytoksyny w ustroju zwierzęcym nie jest jeszcze wskaźnikiem stopnia odporności w każdym poszczególnym przypadku. Na samym sobie wykonał mowca 24 wstrzyknięcia, stopniowo zwiększając dawkę, ostatecznie doprowadził własną surowicę do takiego stanu, że $^1/_{10}$ jego surowicy zobojętniało śmiertelną dawkę toksyny. Przed uodpornianiem znalazł mowca we własnej surowicy $^1/_{200}$ jednostki antytoksyny, po uodpornieniu jedną jednostkę, a po upływie 7 lat $^1/_{20}$ jednostki. Była to dawka 3 razy większa, aniżeli ta, którą wstrzykują zwykle podczas zakażenia. Następnie przytoczył prelegent badania nad odpornością czynną, wywołaną przez działanie na błony śluzowe. I tak w szpitalach lekarze i służba, stykający się z choremi na błonicę, rzadko sami zapadają na tę chorobę, ponieważ są uodpornieni powoli małemi dawkami

drogą działania na błony śluzowe. W końcu wypowiada prelegent zdanie, że wiek dziecięcy będzie użyty nietylko do rozwijania umysłu, lecz zarazem drogą uodporniania sztucznego, zahartowania względem różnych chorób zakaźnych uda się zabezpieczyć dzieci raz na zawsze od zakażenia w przyszłości.

Dyskusya: Dr Zboromirski robi uwagę, że uodpornianie zapomocą toksyny jest częściowe, bo do przesączu przechodzą nie wszystkie części składowe drobnoustrojów. Sposób ten ma znaczenie wyłącznie zapobiegawcze, a nie lecznicze i nie może być stosowany podczas epidemii.

Dr Michałowicz zapytuje prelegenta, jak szybko wzrasta antytoksyna.

Prelegent odpowiada, że wzrost ten idzie powolnie, bo odczyn jest słaby, podniesienia ciepłoty zwykle nie bywa; uodpornianie ciągnie się około miesiąca. Sposób ten nie jest leczniczy, lecz ochronny, ponieważ podczas epidemii stosowany być nie może. Co do pierwszej uwagi Dra Zboromirskiego, przytoczył prelegent przykład, że jeżeli zwierzęciu wstrzyknąć surowicę i zarazek jednocześnie, zwierzę pozostanie przy życiu; doświadczenie to dowodzi, że przyczyną śmierci jest jad, a nie drobnoustroje.

Doc. Z. Orłowski zapytuje prelegenta, czy przeprowadził badania na kotach wobec tego, że u kotów przed epidemią bywają jakieś zmiany w gardle.

Dr Michałowicz: Poruszona przez prelegenta sprawa własnej odporności ustroju, odporności nabytej, czy odziedziczonej, jest obecnie mało braną na uwagę przy wstrzykiwaniu surowicy przeciwbłoniczej chorym na błonicę. Sprawa to tem ważniejsza, że obecnie wieje z Ameryki prąd wstrzykiwania przeciw błonicy olbrzymich dawek: 50, 80, nawet 120 tysięcy jednostek antytoksycznych. Ponieważ prąd ten znalazł uznanie w Berlinie, należy oczekiwać, że w niedalekiej przyszłości pójdzie za nim szeroki ogół lekarzy praktyków. Tymczasem wielkie dawki nie są co do skutków lepsze od małych dawek. Tak np. w Wiedniu w szpitalu Pospischila wstrzykują dawki do 120 tysięcy jednostek, wyniki zaś leczenia są gorsze, niż na oddziale Schicka, gdzie śmiertelność wynosi $4^1/_2{}^0/_0$, wliczając w to przypadki, przywiezione do kliniki w stanie bezdechu. Tymczasem Schick wstrzykuje 600 jednostek w lekkich przypadkach, do 2000 w cięższych i 3000 w najcięższych septycznych postaciach. Stąd poniekąd dałby się wysnuć wniosek, że surowica wstrzyknięta jest jakby uzupełnieniem własnej siły odpornej ustroju. Zapominając o tem i wstrzykując olbrzymie dawki surowicy, narażamy z jednej strony ludność na ogromne wydatki, z drugiej możemy nawet zaszkodzić choremu, wprowadzając do ustroju płyn wcale dlań nie obojętny.

Prelegent zaznacza, iż na kotach odpowiednich doświadczeń nie przeprowadził, lecz stanowczo ich spróbuje. Jak wiadomo, jad np. wścieklizny w 3-ciem pokoleniu ginie na psach, u kota zaś wzmaga się do takiego stopnia, że toksyczna działalność jadu wścieklizny wystarcza jeszcze na parę pokoleń. Mówca w zupełności podziela przypuszczenie, że i przy błonicy koty odgrywają jakąś rolę.

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie za pouczający i na doniosłych własnych badaniach osnuty wykład.

II. Doc. Dr K. Noiszewski: **Człowiek chory w życiu, nauce i sztuce.** Poeta złotej doby piśmiennictwa polskiego powiedział, że nic lepszego nie masz nad zdrowie i, co za tem idzie, nic gorszego nad chorobę. Zastanawiając się bliżej nad pojęciami zdrowia i choroby musimy się zgodzić, że pojęcie osobnika zdrowego utożsamia się z pojęciem prawidłowego, a pojęcie chorego z pojęciem odbiegającego od normy. Tętno w granicach 60—80 uderzeń na minutę uważa się za prawidłowe, tętno poniżej i powyżej tej normy, np. 30—40 na minutę lub 150—200 na minutę, jest tętnem nieprawidłowem, tętnem serca chorego człowieka. Tak samo rzecz się ma z oddychaniem i ciepłotą: ciepłota 36—37° C jest ciepłotą prawidłową, zaś wyżej lub niżej jest nieprawidłową, ciepłotą człowieka chorego. Ta sama zasada stosuje się do wszystkich czynności naszego ustroju, a nawet do biegu naszej myśli. Zbyt powolny bieg myśli jest jedną z oznak zadumy czyli melancholii, zbyt prędki jest oznaką szału czyli manii. Już z podanych tu przykładów widzimy, że pojęcie normy jest węższe od pojęcia nienormalności. Nie ulega też wątpliwości, że fizyologia normalna jest tylko częścią obszerniejszej od niej nauki, — patologii.

Jak wiadomo, patologia, czyli nauka o człowieku chorym, należy do ważnego i olbrzymiego działu wiedzy ludzkiej, objętego ogólnem mianem — medycyny. Zarówno jednostki, jak i całe społeczeństwa ludzkie, niejednakowo zapatrują się na medycynę i lekarzy, i jeżeli większość jest przekonana o pożyteczności medycyny i lekarzy, to znowu były zawsze i są dzisiaj nietylko jednostki, ale i całe grupy, uważające medycynę za wroga ludzkości. Zdaniem niektórych medycyna, zachowując przy życiu jednostki słabe i chorowite, czyni ogół ludzi słabszym i na choroby podatniejszym, bo słabi zachowani przy życiu pozostawiają po sobie słabsze jeszcze potomstwo. Ostatnimi czasy powstała nawet doktryna, która każe niszczyć wszystko, co słabe, gotując tym sposobem drogę dla przyjścia nadczłowieka. Twierdzą wyznawcy doktryny Nietschego, że za wiele się robi dla słabych i chorych, gdy świat ten podług nich przeznaczony jest dla silnych i zdrowych.

Mówiąc o znaczeniu chorego człowieka dla życia, niepodobna przemilczeć o tak zwanej eugenice. Twórcą jej jest Francis Galton, który w tym celu założył przy uniwersytecie w Londynie pracownię biologiczną dla eugeniki narodowej. Szkoła Francisa Galtona tak określa cel i znaczenie eugeniki narodowej dla państwa: Nadszedł czas — mówią zwolennicy Galtona — opanowania rozwoju organicznego w ten sposób, jak nauki fizyczne opanowały świat materyi nieorganicznej; należy opanować dziedziczność, zapanować nad umiejętnym doborem płciowym i wskazać na zależność dzielności rasy od tych czynników. Sprawą najważniejszą, podstawą bytu narodowego, sprawą, ważniejszą od rozwoju swobód politycznych, jest zdrowie i siła jednostek składających dany naród. Rozwój narodu nie może być dzisiaj rozpatrywany ze stanowiska wyłącznie politycznego; same warunki polityczne nie stanowią jeszcze o powstawaniu, upadku, rozkwicie i zaniku — śmierci narodów i ras. Nowsze badania wykazały olbrzymie znaczenie czystości życia rodzinnego i obyczajności płciowej dla przyszłości narodu. Dziś nie ulega już wątpliwości, że jednostki, uprawiające system dwojga dzieci lub, co gorzej jeszcze, zupełnej bezdzietności, wiodą naród cały do zwyrodnienia i śmierci. Eugenika stwierdza, że wszystkie wielkie kultury przeszłości: hinduska, egipska, asyryjska, grecka i rzymska wskutek wspomnianych czynników zakończyły się zwyrodnieniem i śmiercią i twierdzi, że zwyrodnienie zagraża współczesnej kulturze Europy i Ameryki. Francis Galton i jego uczniowie twierdzą, że dla dobra rasy trzeba zwycięstwa silnych i zdrowych, uczą, że należy porzucić niewczesny sentymentalizm wobec słabych: niech słabi giną i nie krzewią słabości. Eugenika stoi na stanowisku moralności greckiej wobec niewolnictwa ras niższych, odrzuca naukę Chrystusa o miłości i litości dla chorych i słabych, odrzuca wszystkie idealne dążenia do opieki nad ludźmi upadłymi i stanami wydziedziczonymi. Nad jednostkami, obciążonymi chorobami dziedzicznemi lub nabytemi i nad ich potomstwem eugenika wydaje sąd: lepiej, żeby nie było ani ich, ani ich potomstwa. Twórca tej nowej niby nauki, Galton, chciałby uważać ją za rodzaj religii, opierającej się na podstawach pozytywnych i ściśle naukowych. Jak widzimy nauka ta jest zmodyfikowaną nauką Nietschego, jest zwrotem do helenizmu.

Równolegle z tym ruchem eugenicznym płynie starszy i głębszy ruch zwrotu do stanu pierwotnego ludzkości. Oddawna zwrócono uwagę, że ludy dzikie i barbarzyńskie mają zmysły doskonalsze od mieszkańców krajów kulturalnych i nieraz już nawoływano ludzkość do powrotu do stanu pierwotnego. W końcu XVIII wieku rzecznikiem powrotu

ludzkości do stanu pierwotnego był Rousseau, który wywodził, że nauki i sztuki nie zrobiły człowieka ani szczęśliwszym, ani lepszym. Tego samego zdania był zmarły niedawno hr. L. Tołstoj, ten rosyjski Rousseau. Nie poszła jednak ludzkość i nie pójdzie za tymi głosami, ale dąży w kierunku przeciwnym, w kierunku odkryć i wynalazków. Współczesna ludzkość pochłonięta jest namiętnością robienia przyrządów mechanicznych, poprawiających narządy zmysłowe; jako wynik tej dążności powstały teleskopy, mikroskopy, telegrafy, telefony, termometry, barometry i tysiączne inne przyrządy, powiększające sprawność wzroku, słuchu, dotyku i ruchu mięśniowego. Żaden dziki pomimo najlepszego wzroku nie dojrzy tego, co z łatwością widzi człowiek z wzrokiem o wiele słabszym, przez mikroskop lub teleskop. Pomyślmy tylko, ile tysiącleci musiałoby upłynąć, żeby oko doszło do doskonałości mikroskopu, a i wtedy jeszcze oko-mikroskop byłoby niezdatne jako oko-teleskop. Wszak, gdyby nie szkła optyczne, większość ludzi już po czterdziestym roku życia byłaby niezdolna nietylko do pracy umysłowej, ale i do tych wszystkich zawodów, które wymagają dokładnego widzenia przedmiotów z blizka. Mówiliśmy tu o tych licznych przyrządach mechanicznych, które powiększają siłę i sprawność naszych zmysłów, nauki współczesnej nie zadowalniają już przyrządy, wspomagające przyrodzone narządy naszego ustroju; dąży ona do całkowitego zastąpienia narządów organicznych przez przyrządy nieorganiczne. U raka kończyna oderwana odrasta, a u salamandry odrasta nawet oko. Medycyna postępuje inaczej: nieużyteczną soczewkę t. zn. zaćmę usuwa, ale zamiast dążyć do odrodzenia naszej soczewki, stawia przed okiem operowanem soczewkę szklaną. Odjętą nogę zastępuje nogą sztuczną, dając możność chodzenia człowiekowi, nawet obydwóch nóg pozbawionemu. Niezrównaną jest wprost technika dentystyczna, która zarówno pod względem kosmetycznym, jak i czynnościowym nie pozostawia nic do życzenia. Gdyby zamiana narządów organicznych przez przyrządy mechaniczne mogła bez końca posuwać się dalej, to z biegiem czasów wszystkie narządy organiczne naszego ciała zastąpiłyby przyrządy mechaniczne nieorganiczne i jaźń nasza zostałaby oswobodzona od zmysłów; spełniłoby się odwieczne marzenie ascezy średniowiecznej.

Zostawianie przy życiu słabych i chorych nie jest grzechem, ale największą zasługą medycyny. Lekarze, zachowując przy życiu jednostki słabe i chore, występują w imieniu ludzkości otwarcie do walki z zasadą walki o byt, z zasadą zachowania w tej walce tylko lepiej przysposobionych do warunków przyrodzonych otoczenia. Medycyna dąży nie do usuwania osobników, nie przysposobionych do warunków otoczenia, ale do zmiany samych warunków. Ta dążność medycyny do zmiany warunków przyrodzonych nabrała największego znaczenia w naszych czasach, gdy powstał nowy dział medycyny — higiena; dział, specyalnie mający na celu zmianę warunków niekorzystnych na korzystne dla zachowania i wzmocnienia nawet najsłabszych jednostek. Przy pomocy higieny udaje się obecnie zachować przy życiu nawet dzieci, urodzone przed czasem, a tysiące chorych na gruźlicę nietylko zachować przy życiu, ale powrócić rodzinom i społeczeństwu jako członków zdolnych do pracy. Słabi i chorzy budzą w nas głębokie współczucie i namiętne pragnienie wyrwania ich złym i ślepym losom przy pomocy potężnych wysiłków woli i rozumu. A któż odważy się zaprzeczyć, że te wysiłki uczucia, myśli i woli nie są kulturą potężną, wysoką uprawą ducha ludzkiego? Wszak istnienie człowieka chorego stworzyło wysokie typy etyczne lekarza i siostry miłosierdzia. Jak mityczny Herkules ścinał głowy hydrom i zabijał zwierzęta drapieżne, żeby stworzyć warunki dla pracy kulturalnej człowieka, tak dzisiaj lekarze wydali walkę na życie i śmierć istotom tak drobnym, że zaledwie pod drobnowidem może dojrzeć je oko, a tak złośliwym i niebezpiecznym, że w porównanie z niemi nie mogą iść lwy, tygrysy i niedźwiedzie. Wszystkie dzikie zwierzęta razem nie zrobiły ludzkości tyle szkody, co jedna epidemia cholery lub dżumy. Cholera i dżuma dawniejszymi czasy wyludniały całe kraje, bez przesady całe części świata. A gruźlica, ospa, dur, błonica? A jednak są ludzie, którzy nietylko nie unikają ich, ale śledzą je i tropią, jak myśliwy zwierzę, w ich własnych legowiskach. Powołani miłością wiedzy i ludzkości, zapatrzeni w cel wielki, chociaż daleki, nie ustają w swych usiłowaniach, a chociaż padają jedni, wnet wstają nowi. Ale to jeszcze nie cała zasługa medycyny, bo zachowując przy życiu słabe i chore ludzkie jednostki, czyli, mówiąc językiem naukowym, jednostki odbiegające od normy, medycyna rozszerza coraz bardziej samo pojęcie normy i powiększa w nieskończoność obszar ludzkiego doświadczenia. Widzieliśmy, jak doniosłe znaczenie ma człowiek chory w życiu rodziny, narodu i ludzkości; znaczenie człowieka chorego dla nauki jest niemniejsze. Wszystko, co wiemy o budowie naszego ciała i jego czynnościach, zawdzięczamy choremu człowiekowi: siedziby ośrodka dla mowy, ośrodków dla wzroku, słuchu i narządów ruchu w mózgu nigdybyśmy nie poznali, gdyby nie przypadki chorobowe, w których ośrodki te przez zmiany chorobowe były zajęte. I jeżeli kiedyś sama budowa myśli zostanie wykryta, niewątpliwie będzie to zasługą człowieka chorego. Wykrycie tak ważnej dla psychiatryi odmiany omamów, jak i tak zw. pseudohalucynacyi, nauka zawdzięcza umysłowo choremu Dr Kandińskiemu, który sam ich doświadczał. Jakkolwiek od czasu jak istnieją poezya, rzeźba, malarstwo, zajmował w nich miejsce niepoślednie człowiek chory, szczególniej umysłowo chory i to tak dalece, że lekarz chorób umysłowych mógłby tu nawet czynić zupełnie ścisłe rozpoznania (tak np. co do Hamleta, który cierpiał na zadumę bierną, która ku końcowi tragedyi przechodzi w zadumę czynną, króla Leara, Otella, Lady Makbet), — to jednak dopiero u schyłku XIX wieku powstał dekadentyzm, czyli sztuka człowieka chorego. Ilość chorych tak niepomiernie wzrosła i stale wzrasta, że chory człowiek stworzył własną poezyę, malarstwo, rzeźbę, a nawet i własną sztukę stosowaną. Któż może zaprzeczyć, że poezye Baudelairea, Dörmanna, Przybyszewskiego nie są utworami umysłów chorych; zresztą oni sami nie ukrywają, że wszystko co nienormalne, chore, niezwykłe, ma dla nich urok nieprzeparty. »Ja kocham wszystko, co rzadkie i chore«, woła Dörmann. Dość przypatrzyć się współczesnemu stylowi sprzętów, t. zw. stylowi modernistycznemu, żeby się przekonać, że styl ten wzorowany jest na sprzętach naszych sal operacyjnych i pokojów dla chorych. Ta sama biała barwa, te same linie proste bez zagłębień i rzeźbienia, których unikamy ze względu na łatwo osiadający w nich kurz. Chorzy tak nawykli do widoku tych mebli, mebli miejsc pobytu chorego człowieka, że i po powrocie do domu przenieśli myśl o nich do swych mieszkań. (Streszczenie własne).

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa podziękowanie prelegentowi za zajmujący wykład.

W dziale administracyjnym posiedzenia: 1) Prezes Prof. Czeczott składa na rzecz budowy szpitala polskiego od bezimiennego ofiarodawcy 100-rublową $4^1/_2\%$ obligacyę miejską serya 1 Nr 1610. 2) Uchwalono, iż posiedzenie doroczne odbędzie się 11 lutego 1911 r. 3) Prezes zaznacza, iż na następnem ogólnem posiedzeniu w myśl § 27 ustawy mają odbyć się częściowe wybory komisyi rewizyjnej po poprzedniem wylosowaniu 2 członków z obecnego jej składu. 4) Odczytano list do Prof. Napoleona Cybulskiego z powodu zaliczenia go w poczet członków honorowych »Związku«, jak również odpowiedź Prof. N. Cybulskiego z wyrazami podziękowania dla »Związku«. 5) Doc. Sowiński podaje do wiadomości, iż Dr Morawski również nie może się podjąć bezpłatnej pomocy lekarskiej w przytułku ks. Okołokułaka. 6) Uchwalono jedno posiedzenie Wydziału lekarskiego odbyć podczas postu w Towarzystwie Dobroczynności przy kościele św. Katarzyny. 7) Prezes Komisyi rewizyjnej podaje do wiadomości, iż członek komisyi p. Matuszewski wyjechał na dłuższy pobyt do Zakopanego. Uchwalono zaprosić do komisyi 1-go kandy-

data p. Antoniego Ossendowskiego. 8) Prezes podaje do wiadomości, iż w Moskwie ma wychodzić »Rocznik piśmiennictwa lekarskiego rosyjskiego«. Redakcya zwraca się do »Związku« z prośbą o przysyłanie protokołów. Przyjęto do wiadomości, a sekretarza Doc. Sowińskiego upoważniono, by przesłał Redakcyi sprawozdania z posiedzeń »Związku« za rok 1908 i 1909. Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Walne Zebranie Delegatów organizacyi lekarskich austr., należących do »Państwowego Związku organizacyi« odbędzie się w Wiedniu 25, 26 i 27 maja b. r. Przedmiotami obrad będą m. i.: projekt ustawy karnej ze stanowiska interesów stanu lekarskiego, przedstawienie sprawy Dr Franza z Riedau na podstawie aktów urzędowych, sprawozdanie ze stanu funduszu dla rodziny Dr Franza, państwowa ustawa sanitarna, ustawa o ubezpieczeniu społecznem (sprawozdanie z uchwał komisyi parlamentarnej i narada nad stanowiskiem lekarzy w razie nieuwzględnienia ich skromnych żądań), »Związek lipski«. Zebranie odbędzie się prawdopodobnie w sali Towarzystwa lekarskiego (k. k. Gesellschaft der Ärzte). R.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 19. III. do 25. III. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 12 † — (w tem obcych 4 † —), krztuśca 5, ospy wietrznej 4, płonicy 11 † 1 (2 † —), odry 8, duru osutkowego 1, duru brzusznego 1, róży 1 † 2.

Dr Janiszewski.

XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

W tych dniach odbyło się posiedzenie Komitetu gospodarczego oraz Komitetów sekcyi naukowych Zjazdu celem omówienia ewentualności urządzania Zjazdów lek. i przyrodn. polskich nie w lecie, ale w terminie jesiennym. W ciągu dyskusyi wyszły na jaw trudności, na jakie natrafiałyby czynności organizacyjne Zjazdów, gdyby Zjazdy miały odbywać się w jesieni; w tej bowiem porze są ferye uniwersyteckie, wskutek czego brak w mieście większej części właśnie tych, którzy Zjazd urządzają, będąc czynni czyto w Komitecie gospodarczym, czy też w sekcyach naukowych. Chociaż więc Zjazd musi być przygotowany znacznie wcześniej, to jednak ostatnie trzy tygodnie, bezpośrednio przed Zjazdem, muszą być wypełnione wytężoną pracą tak w Komitecie gospod., jak w Komitetach sekcyi naukowych, a temu właśnie na przeszkodzie stoi podczas feryi uniwersyteckich brak tych, którzy w tej pracy biorą główny udział. Wobec tego przyjęto, że Stała Delegacya Zjazdów rozpatrzy na przyszłość ewentualność odbywania tych Zjazdów w innym, niż dotychczas terminie, tegoroczny zaś Zjazd, jak już zadecydowano i do publicznej wiadomości podano, odbędzie się w lipcu, od 18. do 22. włącznie. Dnia 18. lipca odbędzie się o godz. 6 wieczorem uroczyste posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego dla uczczenia 50-letniego jubileuszu »Przeglądu lekarskiego« najstarszego z tygodników lekarskich polskich, poczem zebranie towarzyskie w salach Grand-Hotelu. Dnia 19. lipca uroczyste otwarcie XI. Zjazdu i odczyt Prof. E. Romera »O krajobrazie«. W następnych dniach, rano i popołudniu, posiedzenia sekcyjne. Dnia 22. lipca zamknięcie Zjazdu i odczyt Dr H. Swięcickiego z Poznania p. t. »Estetyka w medycynie«. Potem odbędzie się wycieczka balneologiczna i wycieczka geologiczna i zjazd do salin wielickich. Program naukowy Zjazdu zostanie niebawem ogłoszony.

W Pradze zawiązał się komitet lekarzy czeskich, dokładający starań, aby udział Czechów w XI Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich był jak najliczniejszy. Na czele komitetu stanęli: Prof. Vesely (Praha 248. II), Doc. Pelnař (Praha, Spalena ul. 18), Prof. Slavik i Doc. Felber.

I. Zjazd lekarzy prowincyonalnych w Łodzi w dniu 4. i 5. czerwca 1911.

Komitet organizacyjny podaje do wiadomości, co następuje:

Wobec wyjazdu z Łodzi kol. Wacława Jasińskiego sekretarzem Zjazdu został kol. Antoni Tomaszewski, (Łódź, Przejazd Nr 6).

Wobec liczby zgłoszonych odczytów postanowiono utworzyć 2 sekcye: medycyny osobniczej i medycyny publicznej.

Dla uczczenia Zjazdu redakcya »Przeglądu i Czasopisma lekarskiego«, oraz redakcya »Medycyny i Kroniki lekarskiej« wydadzą zeszyty poświęcone Zjazdowi.

W dalszym ciągu zgłoszono od d. 1. II. do 20. III. odczyty: 20) L. Batawia (Częstochowa). Przewlekłe stany gorączkowe pochodzenia migdałkowego. 21) J. Pełczyński (Radom). Praktyka walki z chorobami zakaźnemi w Radomiu. 22) B. Łuczycki (Łódź). Przyczynek do sprawy walki z padaczką w Królestwie Polskiem. 23) H. Rozenblatówna (Łódź). Anafilaksya w rozpoznawaniu gruźlicy dziecięcej. 24) A. Kędzierski (Serock). Wartość teoryi w praktyce lekarskiej. 25) St. Kopciński (Kochanówka). O postępach w rozpoznawaniu i leczeniu chorób umysłowych. 26) H. Goldberg (Łódź). Praktyka znieczulenia lędźwiowego. 27) A. Goldman (Łódź) Dezynfekcya rąk i pola operacyjnego. 28) B. Łuczycki (Łódź). Stan znawstwa sądowo-lekarskiego na prowincyi. 29) S. Skalski (Łódź). Lekarz fabryczny w roli znawcy. 30) J. Maybaum i H. Trenkner. Szpitalnictwo w Łodzi. 31) Br. Sawicki (Warszawa). W sprawie kształcenia młodych lekarzy. 32) A. Goldberg (Łódź). O znaczeniu języka Esperanto dla lekarzy. 33) S. Bronowski (Warszawa). O stanie materyalnym lekarzy Królestwa Polskiego (na zasadzie kwestyonaryusza) i o środkach poprawy tego stanu. 34) Fr. Mieczyński (z Chorzel). Kilka zagadnień etyki zawodowej. 35) S. Bartoszewicz (Łódź). O regestracyi śmiertelności w miastach. 36) I. Watten (Łódź). Aseptyka i antyseptyka w życiu lekarza-praktyka. 37) Z. Endelman (Warszawa). O postępowaniu akuszeryjnem przy łożysku przodującem. 38) J. Leyberg (Łódź). O tuberkulidach skóry i ich znaczeniu dla dyagnostyki gruźlicy. 39) Tenże. O martwicy tkanki tłuszczowej w patologii skóry ludzkiej. 40) H. Rozental. (Łódź). Leczenie gruźlicy tuberkuliną. 41) A. Zaleski (Płock). Przyczynek do repozycyi przepuklin. 42) Tenże. Przypadek wprowadzenia przepukliny »en masse«. 43) A. Tomaszewski (Łódź). O wczesnem rozpoznawaniu i leczeniu gruźlicy stawu biodrowego. 44) W. Jasiński (Lublin) i S. Lewinson (Łódź). Rola »Opiekuństw« w walce z gruźlicą. 45) E. Sonnenberg (Łódź). O próbie Nylandera. 46) J. Birencweig (Łódź). O zachowawczem leczeniu chorób skórnych. 47) J. Luxemburg i L. Zembrzuski (Warszawa). Uraz w stosunku do niektórych cierpień wewnętrznych i chirurgicznych. 48) L. Tokarzewski (Włodowa). Stan położnictwa w powiecie Włodawskim. 49) M. Hertz (Warszawa). O potrzebie kursów laryngootologicznych dla lekarzy prowincyonalnych. 50) Tenże. O urazowem uszkodzeniu błony bębenkowej. 51) M. Marx (Łódź). O stosowaniu sposobu Biera w praktyce prywatnej. 52) An. Landau (Warszawa). O nowych prądach z dziedziny patogenezy i leczenia moczówki cukrowej. 53) A. Tuchendler (Warszawa) i J. Maybaum (Łódź). Sprawy chorobowe dolnego odcinka kiszek w świetle badań rektoskopowych (z demonstracyami chorych w szpit. małż. Poznańskich).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 29. III. b. r. posiedzenie, na którem inż. Borkowski wygłosił II. część wykładu p. t.: »Ehrlich i jego teorya«, a dr Stahr wykład p. t.: »Meningitis, meningismus, meningitis serica«. W dyskusyach przemawiali: dr Blassberg, Bujak, Eisenberg, Gertler, prof. Gliński i Lewkowicz.

— D. 19. b. m. odbyło się poświęcenie »Domu samarytańskiego im. św. Józefa« przy Ambulatoryum Panien Ekonomek. Nowy ten oddział, na razie obejmujący 6 łóżek, będzie zawiązkiem przyszłej »szkoły zawodowych dozorczyń chorych«. Kierownikiem lekarskim jest dr Adolf Klęsk.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Krzysztof Missona, rodem z Brodów.

Warszawa. Warszawskie »Towarzystwo przyjaciół nauk« otrzymało w darze od Józefa hr. Potockiego czteropiętrowy gmach przy ul. Kaliksta, wartości około 200.000 rb. na pomieszczenie »Instytutu nauk doświadczalnych«, pracowni i zbiorów. Wspaniały ten dar stwarza dla nauk przyrodniczych, a wśród nich dla doświadczalnych nauk lekarskich, zupełnie samoistną instytucyę, jakiej dotychczas nie posiadaliśmy. Zdobycz to ogromna dla całego naszego społeczeństwa, a szczególnej wagi dla tej dzielnicy, gdzie dla Polaków nie są dostępne zakłady uniwersyteckie (muszące zresztą wszędzie obok zadań naukowych w pierwszym rzędzie dbać o wypełnienie swoich zadań dydaktycznych, od których samoistne instytuty nauk przyrodniczych są z reguły wolne).

— Z powodu choroby dr. Sadowskiego wybrany został na jego miejsce drugim redaktorem »Medycyny i Kroniki lekarskiej« dr Stanisław Orłowski.

— Pogotowie ratunkowe warszawskie wzywane było w r. 1910 — 12.495 razy (16⁰/₀₀ mieszkańców), a udzieliło pomocy 9880 osobom, z tego w przypadkach chirurgicznych 7542 razy. Towarzystwo liczyło 1079 członków, dochodu miało 65771 rb., wydatków 48.409 rb. Prócz lekarza naczelnego i lekarza-interna działa w Pogotowiu 15 lekarzy i 9 sanitaryuszy. Prezesem Towarzystwa jest dr J. Zawadzki, inspektorem stacyi prof. Kryński.

Z różnych stron. Tegoroczna wycieczka lekarzy austryackich odbędzie się 8—29 lipca, a obejmie słynne zakłady kąpielowe na zachodnich brzegach Europy. Podróż rozpocznie się z Hamburga statkiem »Kronprincessin Cecilie«; wycieczka zwiedzi Havre i Trouville, Southampton i wyspę Wight, San Sebastian w Hiszpanii, Biarritz, Lizbonę, wyspy Jersey i Guernsey, Dover i Londyn, Rotterdam i Scheveningen. Całkowity koszt wycieczki, licząc od Wiednia z powrotem do Wiednia (kolej II. klasa) 645 marek. Zgłaszać się należy do »Hamburg-Amerika-Linie«, (Wiedeń, I. Kärntnerstrasse).

Mianowani: doc. Winterstein profesorem fizyologii w Rostocku, doc. Fischer z Gryfu profesorem dentystyki w Marburgu.

Zmarli: Otyatra prof. Lucae w Berlinie, patolog prof. Arloing w Lyonie, Dr Józef Handelsman w 78 r. ż. we Włocławku.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w styczniu 1911.

Gazeta lek. Nr 9—12. Moraczewski: O pochodzeniu indykanu w moczu. (9—12). — Gabszewicz (dok. 9). — Brudziński: Teodor Escherich (10). — Dębiński: Ziarenka Mucha i ich znaczenie w rozpoznawaniu gruźlicy (10). — Szumowski: Uniwersytet lwowski 1661—1911 (10). — Kizler: Przyczynek do leczenia chirurgicznego bąblowca wątroby (11, 13). — Horodyński: Wrażenia z wycieczki naukowej do Anglii (11, 12). — Rosenberg: Przyczynek do klinicznego znaczenia odczynu Wassermanna (12—13).

Medycyna i Kronika lek. Nr 9—12. Simon: O ostrem zatruciu tarczowem po zażyciu nader drobnej dawki jodu (9—10). — Długoszewski (dok. 9). — Borsuk: Przypadek pomyślnego zeszycia moczowodu przeciętego przy operacyi usunięcia macicy (10—11). — Szmurło: Kilka uwag o pierwotnej błonicy nosa (11—12). — Krauze: Przyczynki do patologii przydatków sieciowych.(19).

Tygodnik lekarski Nr 9—12. Orłowski: Kilka słów o moim sposobie macania wyrostka robaczkowego i objawie Rovsinga (9). — W. Nowicki (dok. 9). — Szumowski: Jedenaście roczników warszawskiej »Krytyki lekarskiej« (9). — Wrzosek (dok. 9). — Hirszfeld. O nowej metodzie reakcyi Wassermanna (10). — Jakowicki: O wpływie morfiny na czynność wydzielniczą trzustki (10). — Stauber: Leczenie gruźlicy wstrzykiwaniami zawiesiny prątków gruźliczych (10). — Falgowski: Jak należy obecnie leczyć sprawy zapalne przydatków macicznych (11—12). — M. Selcer: Wyniki lecznicze w uzdrowiskach ludowych w Hołosku (11). — Markowski: Wpływ śmiertelnych dawek nikotyny na ośrodek oddechowy, naczyniowo-ruchowy i hamujące ośrodki serca przy sztucznem oddychaniu (12). — Poczobut: Odpowiedź Prof. Orłowskiemu na jego artykuły, dotyczące badania wyrostka robaczkowego i objawu różnicy ciepłoty (12).

Nowiny lek. Nr 3. Zawidzki: O koloidach oraz ich znaczeniu w procesach pobierania wody przez organizmy zwierzęce. — Bugiel: Piorunowanie raka. — Łazarewicz: O anafilaksyi i idiosynkrazyi (c. d.). — M. W. Herman: Wykłady kliniczne z urologii ogólnej (c. d.). — S. Trzebiński: Nieco o problemacie psychofizycznym (c. d.).

Przegląd chorób skórnych i wener. Nr 11/12. 1910. Wernic: Różyce i cierpienia podobne do róży.

Postęp okulistyczny Nr 2. Wicherkiewicz: O kilku rzadszych odruchach wywołanych wpływem na oko.

Przegląd chirurgiczny i ginekologiczny Zeszyt II. T. IV. Bursche: O polipowatem zapaleniu odbytnicy i kiszki grubej. — Ciechomski: Przyczynek do kazuistyki wytworzenia przełyku z jelita czczego. — Sławiński: Próba wytworzenia przełyku z kiszki według sposobu Herzena. — Pietkiewicz: Drugi przypadek torbieli ujść moczowodów u kobiety 22-letniej. — Rechniowski: Przypadek uwięźnienia przepukliny pachwinowej w worku wodniaka jądra. — Jakowski: Przypadek nadmiernie rozdętego pęcherza moczowego u płodu niedonoszonego.

Kronika dentyst. Nr 3. Krakowski: Przypadek całkowitego rozszczepienia podniebienia i wyrostka zębodołowego.

Zdrowie Nr 3. Inż. Mańkowski: Sprawa bruków w wielkich miastach. — Majewski: W sprawie higieny kolejowej.

Przegląd higieniczny Nr 3. Dolnicki: O molu mącznym w młynach i sposobie jego tępienia.

Głos lekarzy Nr 5—6. Mikołajski: 1) O masowe szczepienie dzieci szkolnych metodą Pirqueta. 2) Z praktyki lekarskiej. 3) W sprawie kasy chorych w Brodach. — Icard: Operacye pośmiertne na osobach żywych. — Kandydatury lekarzy przy wyborach do lwowskiej Rady miejskiej. — Z praktyki lekarskiej. — W sprawie techników dentystycznych.

Nasze Zdroje Nr 3. Pawłowski: O badaniach klimatologicznych zdrojowisk. — Bandrowski: Miliony polskie dla Francensbadu kosztem Krynicy, Żegiestowa, Nałęczowa. — J. M. B.: Z wycieczek kongresu balneologów w Solnogrodzie. — Vesely: O przewadze naturalnych wód mineralnych nad sztucznemi. — Rodak: Zdrojownictwo w państwie rosyjskiem.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok L. | Kraków, dnia 8. kwietnia 1911. | Nr. 14.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Wyniki rozbiorów wód mineralnych ze zdrojów Wandy i Szymona w Szczawnicy

przez

L. Marchlewskiego.

Zdroje Wandy i Szymona ujęto ponownie w zeszłym roku. Poniżej zestawiam wyniki otrzymane przy szczegółowym rozbiorze chemicznym tych wód. Wydatność zdroju Wandy nie jest wielka, wynosi 250 litrów w ciągu doby; ciepłota wody 11°. Wydatność zdroju Szymona jest znacznie większa, wynosi bowiem 15840 litrów na dobę; ciepłota wody 9·4°.

A., 1000 gr. wody zawiera w gramach ciał złożonych	Zdrój Wandy	Zdrój Szymona
Chlorku sodowego ($NaCl$)	2.720400	0.538700
Jodku potasowego (KJ)	0.002370	0.000526
Bromku potasowego (KBr)	0.003122	0.001728
Chlorku potasowego (KCl)	0.122600	0.031880
Chlorku litowego ($LiCl$)	0.030110	0.007577
Dwuwęglanu sodowego ($NaHCO_3$)	4.950000	1.053000
» wapniowego ($Ca(HCO_3)_2$)	0.720900	0.694530
» strontowego ($Sr(HCO_3)_2$)	0.014487	0.019700
» barowego ($Ba(HCO_3)_2$)	0.011762	0.002104
» magnezowego ($Mg(HCO_3)_2$)	0.452840	0.163430
» żelazawego ($Fe(HCO_3)_2$)	0.005876	0.020026
Siarczanu sodowego (Na_2SO_4)	0.010757	0.011820
Krzemianu sodowego (Na_2SiO_3)	0.052384	0·011560
Fosforanu glinowego	0.000346	—
Ciał organicznych	—	0.051222
Zupełnie wolnego bezwodnika węglowego	1.334072 czyli 678.92 cm³ w 0° i 760 mm.	1.253630 czyli 637·97 cm³ w 0° i 760 mm.

Oprócz tego woda ze zdroju Wandy zawiera w śladach sole rubidu i cezu, manganu, ślady kwasu borowego i arsenawego i ciał organicznych. Woda zaś zdroju Szymona zawiera oprócz powyższych składników ślady soli manganu i kwasu borowego.

B., 1000 gr. wody zawiera w gramach jonów	Zdrój Wandy	Zdrój Szymona
a., dodatnich		
sodu	2.452400	0.516390
potasu	0.065927	0.017423
litu	0.004983	0.001254
wapnia	0.178300	0.167880
strontu	0.006107	0.008304
baru	0 006232	0.001114
magnezu	0.007270	0.027200
glinu	0 000077	—
żelaza	0.001845	0.006290
b., odjemnych:		
chloru	1.731900	0.347900
jodu	0.001811	0.000402
bromu	0.002096	0.001134
SO_4	0.007269	0.008382
HCO_3	4.542300	1.449500
PO_4	0.000269	—
H_2SiO_3 (niezdyssocyowany)	0.033520	0.019660
Ciał organicznych	—	0.051222
Zupełnie wolnego bezwodnika węglowego	1.334072	1.253630

Woda ze zdroju Wandy zawiera oprócz tego ślady jonów rubidu i cezu, manganu, kw. borowego i arsenawego, a woda ze zdroju Szymona ślady jonów manganu i kw. borowego.

C., 1000 gr. wody daje przy odparowaniu	Zdrój Wandy	Zdrój Szymona
Chlorku sodu ($NaCl$)	2.720400	0.538700
Bromku potasu (KBr)	0.003122	0.001728
Jodku potasu (KJ)	0.002370	0.000526
Chlorku potasu (KCl)	0.122600	0.031880
Chlorku litu ($LiCl$)	0.030100	0.007577
Węglanu sodu (Na_2CO_3)	3.124000	0.664530
» wapnia ($CaCO_3$)	0.445100	0.428840
» strontu ($SrCO_3$)	0.010290	0.013992
» baru ($BaCO_3$)	0.008950	0.001601
» magnezu ($MgCO_3$)	0.269080	0.094190
» żelazawego ($FeCO_3$)	0.003825	0.013048
Siarczanu sodowego (Na_2SO_4)	0.010757	0.011820
Krzemianu sodowego (Na_2SiO_3)	0.052384	0.011560
Fosforanu glinowego	0.000346	—
Ciał organicznych	—	0.051222
Bezwodnika węglowego	2.972036	1.776315
Ogólna ilość ciał stałych (doświadczalnie)	6.863039	1.872880

Oprócz tego sucha pozostałość wody zdroju Wandy zawiera ślady soli rubidu, cezu, manganu, kw. arsenawego, borowego, ślady ciał organicznych. Sucha pozostałość wody zdroju Szymona, ślady kw. borowego i manganu.

Promieniotwórczość wód obu zdrojów jest bardzo nieznaczna. 1 litr wody ze zdroju Wandy rozbraja w godzinę 6·8 volt. W jednostkach absolutnych promieniotwórczość 1 litra tej wody wynosi 0·00007996, a w jednostkach Machego 0·07996. Promieniotwórczość wody zdroju Szymona jest nieco większa. 1 litr w godzinę rozbraja 17·7 Volt; w jednostkach absolutnych promieniotwórczość 1 litra wynosi 0·000208, a w jednostkach Machego 0·208.

Z powyższych zestawień wynika, że woda zdroju Wandy należy do t. zw. szczaw solno-alkalicznych, jak się już wyraził w odniesieniu do tego źródła Prof. Dr Br. Radziszewski, albo szczaw alkaliczno-słonych, a woda zdroju Szymona do szczaw alkaliczno-żelazistych. Oczywiście nazwy tego rodzaju nie mają właściwie żadnego znaczenia, gdyż zupełnie nie charakteryzują właściwej natury tych wód; nazwa np. »alkaliczna« jest zupełnie nieodpowiednia, gdyż jonów wodorotlenowych wody te nie zawierają. Będzie rzeczą przyszłych zjazdów balneologicznych powzięcie uchwał, któreby dążyły do charakterystyki wód mineralnych w sposób, nie kolidujący z dzisiejszym stanem nauki o roztworach, kwasach i zasadach.

O ile chodzi o składniki zobojętniające silniejsze kwasy, np. solny, woda ze zdroju Wandy może być zaliczona do najsilniejszych wogóle znanych.

Charakterystyka szczegółowa fizyczna wód obu zdrojów podana będzie po ukończeniu badań innych zdrojów Szczawnickich.

Drogowskazy dyagnostyki schorzeń trzustki.

Podał

Prof. Dr **Witold Orłowski** (Kazań).

(Dokończenie).

Zaznaczę przedewszystkiem, że zawartość zaczynu dyastatycznego we krwi i w moczu zależy nietylko od sprawności trzustki, jak przypuszczano niedawno; nie ulega wątpliwości, że jego źródłem mogą być również inne narządy, wytwarzające dyastazę, mianowicie, przedewszystkiem i najpierw wątroba, mięśnie i nerki (Wohlgemuth), następnie ślinianki. Stąd oczywiste, że schorzenia trzustki z zatkaniem jej przewodów mogą także nie sprowadzić zwiększenia zawartości dyastazy we krwi i moczu, jeśli wytwarzanie dyastazy w innych narządach ulegnie jednocześnie obniżeniu. Że taki stan jest możliwy nietylko teoretycznie, lecz zdarza się, według wszelkiego prawdopodobieństwa, także w rzeczywistości, za tem przemawiają doświadczenia tegoż Wohlgemutha, które wykazały, że znaczne zboczenia w zawartości dyastazy we krwi i w moczu występują jedynie w pierwszym okresie powstania niedrożności przewodów trzustkowych lub odsznurowania mniej więcej znacznych części trzustki. Wyrównawcze wytwarzanie dyastazy przez inne narządy wiedzie z drugiej strony do tego, że nawet przy zupełnem zniszczeniu trzustki zawartość dyastazy we krwi i w moczu może nie ulegać zboczeniom stanu prawidłowego. Istotnie Wohlgemuth znajdował prawidłową jej zawartość w tych cieczach nawet po całkowitem wycięciu trzustki. Te więc rozumowania teoretyczne i wyniki doświadczeń przemawiają przekonująco na korzyść tego, że prawidłowa zawartość dyastazy we krwi i w moczu, nie wyłącza nietylko zatkania światła przewodów trzustkowych, lecz i rozległych schorzeń tego gruczołu. Co się tyczy wzmożonej zawartości dyastazy we krwi i w moczu to doniosłe znaczenie rozpoznawcze przypisują mu, oprócz wymienionych już autorów, również Wynhausen [81]), Hirschberg [82]), Loeper z Rathery [83]) i niektórzy inni. Pominąwszy, że ilość spostrzeżeń tych autorów jest nieznaczna, to od zbyt skwapliwych ich wniosków pod tym względem powinny nas ostrzedz badania v. Benczura [84]), który wykazał, że zawartość dyastazy w surowicy krwi i zwłaszcza w moczu może nawet przy prawidłowym stanie ustroju ulegać wielkim wahaniom. Nader wielkie liczby co do zawartości dyastazy spostrzegał v. Benczur również w niektórych przypadkach zapalenia nerek i białkomoczu innego pochodzenia. Wohlgemuth [85]) i Wynhausen [86]) ograniczają coprawda znaczenie zapalenia nerek pod tym względem, z ich bowiem badań wynika, że wzmożenie zawartości dyastazy w moczu chorych na zapalenie nerek spostrzega się stosunkowo rzadko, zwykle zaś ilość dyastazy u tych chorych jest obniżona, do tego tem więcej, im cięższy jest przebieg zapalenia nerek. W każdym razie wszakże nie ulega wątpliwości, że przy wytwarzaniu sobie sądu o stanie trzustki na podstawie zawartości dyastazy w moczu i we krwi należy we wnioskach zachowywać ostrożność nie mniejszą — jeżeli nie większą — niż przy korzystaniu z wyników badania treści przewodu żołądko-jelitowego co do trypsyny. Jeszcze większą ostrożność pod tym względem należy zachowywać względem ilości dyastazy w wypróżnieniach. Autorowie omawianego sposobu badania podkreślają znaczenie znacznego zmniejszenia w kale ilości zaczynu dyastatycznego, dla rozpoznawania schorzeń trzustki. Na to można jednak im zarzucić, że ilość dyastazy w wypróżnieniach ulega niewątpliwie bardzo znacznym wahaniom (Wynhausen) nawet przy prawidłowym stanie trzustki, z drugiej zaś strony dyastaza nietylko nie znika zupełnie w kale (Müller [87]), Wynhausen [46]), nawet przy zatkaniu przewodów trzustkowych, lecz w tychże przypadkach można czasami stwierdzić w wypróżnieniach zupełnie prawidłowe jej ilości. Jej źródłem w tych przypadkach jest (Strasburger [88]), Wohlgemuth [60]), nie dyastaza pokarmu lub śliny, którąby mogła przy braku soku żołądkowego dostać się do jelit, lecz, sądząc ze spostrzeżenia Essera [89]), dyastaza, którą wytwarzają gruczoły błony śluzowej jelita grubego. Jeśli jednak tą właściwością odznaczają się gruczoły jelita grubego, to, jak zupełnie słusznie zauważyli Schmidt i Strasburger (str. 243), z większem jeszcze prawem musimy przyznać, że posiadają ją również gruczoły jelit cienkich. Tak więc znaczne obniżenie ilości zaczynu dyastatycznego w kale możemy spotkać u osób ze zdrową trzustką i odwrotnie prawidłowa zawartość jego w wypróżnieniach nie wyłącza sama przez się schorzeń tego gruczołu. Pod tym względem rozpoznawcze znaczenie poszukiwań zaczynu dyastatycznego w wypróżnieniach podziela, oczywiście, los podobnych poszukiwań trypsyny w kale.

Jeśli wynikom badań trypsyny i dyastazy nadaję znaczenie nie bezwzględne, lecz jedynie względne, więc w połączeniu z innymi objawami, wskazującymi na schorzenie trzustki, to poszukiwaniom lipazy trzustkowej w kale nie przyznaję żadnego już znaczenia dla rozpoznawania schorzeń trzustki. Pogląd ten opieram na małej stałości tego zaczynu, wskutek której on szybko niszczeje już w soku trzustkowym, przeprowadzonym w stan czynny przez enterokinazę (Terroine [90]), i na bardzo prawdopodobnem za-

stępczem działaniu innych soków trawiennych w tych razach, gdy brak steapsyny trzustkowej. Pogląd ten znajduje zresztą potwierdzenie również w badaniach Ury[91]), który nie mógł wykryć lipazy w wypróżnieniach dorosłych nawet po podaniu środków rozwalniających. Na korzyść tego poglądu przemawiają także badania, zmierzające do oznaczenia zawartości lecytyny w wypróżnieniach. Jak wiadomo, w zwykłych warunkach tylko nieznaczna część lecytyny pokarmu wydziela się bez zmiany z kałem (Wegscheider[92]), Blauberg[93]), Fr. Müller[28]), Hoppe-Seyler[94]); reszta rozkłada się w przewodzie jelitowym, prawdopodobnie, od zaczynu tłuszczowego trzustki (Bokay[95]), Long i Johnson*), Mayer[96]) i inni) na kwas glicerynowo-fosforowy, neurynę i kwasy tłuszczowe; z tych przetworów kwasy glicerynowo-fosforowy i tłuszczowe wchłaniają się, neuryna zaś ulega dalszemu rozkładowi pod wpływem drobnoustrojów jelitowych (Hasebrock[97]), dając metan, amoniak i kwas węglowy. Wobec tego zwiększoną zawartość lecytyny w wypróżnieniach należy uważać za oznakę stanu chorobowego. Deucher[32]) pierwszy zauważył, Caro zaś z Wernerem[98]) i Ehrmann[99]) stwierdzili, że nader znaczna zawartość lecytyny w kale towarzyszy schorzeniom trzustki. Według wyniku badań kliniki v. Noordena[100]) według stopnia zwiększenia ilości lecytyny w kale możemy rozgraniczać schorzenia poszczególnych narządów trawiennych. Mianowicie, przy stosowaniu próbnego pokarmu Schmidt-Strasburgera lub innego, zawierającego dużo lecytyny, zawartość w wypróżnieniach kwasu fosforowego rozpuszczalnego w eterze dochodzi przy biegunkach, zależnych od nieżytu jelit lub spraw wrzodziejących w jelitach, ilości od kilku ctgrm. do 0·1 grm., na dobę (Salomon), przy niepowikłanych przypadkach zatkania przewodu żółciowego wspólnego (Jürgensen) 0·1—0·4 grm., wreszcie przy chorobach trzustki — 0·4—1·2 grm., na dobę (Salomon). Chociaż te badania przemawiają za tem, że wzmożona zawartość lecytyny w wypróżnieniach (w przypadku Deuchera prawie 8 grm. na dobę) ma znaczenie dla rozpoznawania schorzeń trzustki, mimo to, jednak uważałbym tymczasem za ryzykowne stanowczo orzekać w tym kierunku, ponieważ ilość odpowiednich badań klinicznych jest jeszcze bardzo małą. Przeciwnie stanowczo można twierdzić, że prawidłowa ilość lecytyny w wypróżnieniach wcale nie wyłącza schorzenia trzustki. Niewystarczającą czynność trzustki biorą w tych przypadkach na swe barki i wypełniają ją w sposób zadowalniający lipazy jelitowa i żołądkowa. (Usuki[101]). Badania Stassano i Billona[102]) wykazują zresztą, że lecytyna może w ustroju przyswajać się i bezpośrednio bez uprzedniego działania na nią zaczynów, mianowicie może być ona pochłonięta przez krwinki białe i dzięki temu przeniesiona do soków ustrojowych. Scisłe badania Słowcowa[103]) wykazały wreszcie, że czysta lecytyna, wprowadzona przez usta, przechodzi całkowicie lub częściowo z przewodu pokarmowego do limfy, jako taka, nie ulegając wcale działaniu zaczynów trzustki. Słowcow nie mógł nabrać przekonania, żeby lecytyna rozkładała się w żołądku. Część lecytyny zmydla się, jak wykazał on, w dwunastnicy, lecz nie od zaczynów, ale prawdopodobnie od alkaliów i ciepłoty. Te przetwory zmydlenia wchłaniają się również do limfy, przedostając się do niej po zwrotnej syntezie, więc w postaci czystej lecytyny.

*) Przytaczam podług Schmidta i Strasburgera, str. 178.

VI.

Doniosłe znaczenie dla rozpoznawania chorób trzustki przypisują niektórzy autorowie zjawieniu się w moczu pewnych węglowodanów, mianowicie maltozy (v. Ackeren, le Nobel, Rosenheim), pentozy (Salkowski i inni) i glukozy. Żadna jednak z tych oznak nie zachowała tego patognostycznego znaczenia w dyagnostyce schorzeń trzustki, jakie jej nadawano. I tak źródłem pentoz mogą, wbrew pierwotnemu zdaniu, być nietylko nukleoproteidy trzustki, lecz i kwas nukleinowy, który wchodzi w skład wszystkich wogóle jąder komórkowych ciała. (Blumenthal). Obecność więc pentozy w moczu nie może służyć za istotny wskaźnik schorzenia trzustki. Nie ma znaczenia rozpoznawczego również maltozurya, którą dotychczas spostrzegano nader rzadko (Cammidge). Wreszcie, co się tyczy glukozuryi, którą stawiają w związku z brakiem wydzieliny wewnętrznej trzustki, to może być ona z jednej strony wywołana przez sprawy chorobowe, toczące się po za obrębem trzustki, z drugiej zaś nawet rozlane zmiany tego gruczołu przebiegają bez glukozuryi, jeśli zostaje zachowaną całość i prawidłowa czynność wysepek Langerhansa, które odznaczają się nadzwyczajną trwałością. I tak, Martynow stwierdził glukozuryę zaledwie w 6 na 100 przypadków schorzeń trzustki, Manuiłow nie spostrzegał jej w żadnym z 22 przypadków, Robson zaledwie w 4 z 65 przypadków przewlekłego zapalenia trzustki, Hansemann[104]) przytacza swoje spostrzeżenia i szereg spostrzeżeń innych autorów, w których, pomimo że trzustka była zupełnie zniszczona lub w stanie zaniku, glukozuryi nie było; Franke*) spostrzegał tylko krótkotrwałą glukozuryę po całkowitem wycięciu trzustki, rakowato zmienionej i t. d.

Dla podniesienia czułości glukozuryi, jako metody badania stanu trzustki. polecił Kraus w przypadkach, gdzie jest podejrzenie co do schorzenia tego narządu, podawać wewnętrznie 100 grm. dekstrozy i następnie badać mocz co do cukru. Lecz i w tej modyfikacyi metoda ta jest niepewną, na wyniki jej bowiem poważny wpływ wywiera nietylko stan trzustki, której części jeszcze zdrowe mogą wyrównawczo zastąpić pracę części zajętych sprawą chorobową, lecz również stan nerek (Achard i Castaigne i wielu innych), warunki wchłaniania cukru z jelit i glikolityczna siła tkanek.

Z innych warunków wysnuwają badacze (Kraus i Ludwig[105]), Chvostek[106]), Eppinger wspólnie z Faltą i Rudingerem[107]), Falta[26]) i wielu innych) w ostatnim czasie na plan pierwszy znaczny udział gruczołu tarczowego w wymianie węglowodanów. Gruczoł ten ma za zadanie hamować wewnętrzną wydzielinę trzustki, skierowaną ku regulacyi wymiany cukru. Oczywiście więc, że samo wzmożenie tej czynności gruczołu tarczowego, któremu może nawet nie towarzyszyć zwiększenie jego objętości, może w znacznej mierze obniżyć granicę przyswajania cukru i doprowadzić do glukozuryi, pomimo zdrowego stanu trzustki, i odwrotnie. Stąd wynika, że glukozurya może mieć w dyagnostyce schorzeń trzustki jedynie względne znaczenie. Jej wartość obniża się jednak w wysokim stopniu przez stosunkowo rzadkie jej pojawianie się.

*) Przytaczam według Körtego.

Z innych metod, opartych na braku wydzieliny wewnętrznej trzustki w jej schorzeniach należy wspomnieć o t. zw. odczynie midryatycznym Löwiego [107]). Löwi twierdzi że trzustka hamuje swoją wydzieliną wewnętrzną pobudliwość układu nerwowego współczulnego. Wskutek tego działania hamującego wpuszczanie do worka spojówkowego adrenaliny (3 krople 1‰ rozczynu, po 5 minutach jeszcze 3krople) nie wywołuje zmiany rozmiarów odpowiedniej źrenicy, w razie zaś usunięcia hamulca wywołuje odwrotnie jej rozszerzenie. Takie rozszerzenie dowodzi, według Löwiego, schorzenia trzustki z wyjątkiem tych przypadków, w których pobudliwość układu współczulnego jest wzmożona wskutek innych przyczyn (np. choroby Basedowa, hypertyreoidyzmu). Ujemny wynik przeciwnie nie wyłącza schorzenia trzustki.

Jakkolwiek badania Storcka [109]) stwierdziły wartość odczynu adrenalinowego, nie przypisuję mu jednak wielkiego znaczenia, otrzymywałem bowiem wyniki dodatnie w tych przypadkach, w których żadnych wskazówek schorzenia trzustki nie było, mianowicie, na 30 przypadków różnego rodzaju schorzeń otrzymałem zapomocą adrenaliny rozszerzenie źrenicy w 7 (23%), a to z 4 przypadków przewlekłego nieżytu żołądka w jednym, z 6 przewlekłego nieżytu jelit, który objawiał się biegunką, w jednym, z 7 gruźlicy płuc w dwóch, z 6 niedokrwistości w jednym, dalej w jednym przypadku ostrego gośćca stawowego i wreszcie w jednym zanikowej marskości wątroby; oprócz tych przypadków, zbadałem w tym kierunku po 2 przypadki niedomykalności zastawki dwudzielnej i zwężenia lewego ujęcia żylnego i jeden przypadek wrzodu okrągłego żołądka i w tych wszystkich przypadkach otrzymałem wyniki ujemne. Oderwane spostrzeżenia nielicznych innych badaczy, którzy studyowali odczyn Löwiego, przemawiają również nie na jego korzyść.

VII.

Zupełnie oddzielnie od omówionych już metod musimy postawić odczyn, polecany przez Cammidge, tembardziej, że podstawa tego odczynu dotychczas nie jest wyświetlona. Nie zamierzam opisywać techniki odczynu, ograniczę się tylko do krytycznej oceny jego znaczenia. Przy rozpatrywaniu bardzo bogatego piśmiennictwa tej sprawy, pomimo woli uderza ogromna różnica zdań poszczególnych badaczy co do wartości tego odczynu. Jedni (Robson, Watson, Schwarz i inni) zupełnie stanowczo są gorącymi jego zwolennikami, niektórzy z nich dochodzą w swym zapale do tego stopnia, że jak, np. Barker [110]) głoszą wprost, iż »tam, gdzie kryształy znaleziono, musi być rozpoznane zapalenie trzustki; gdzie zaś ich niema, rozpoznanie takie powinno być odrzucone«. Chirurg tej miary, jak Kehr [111]), uzależnia rozwiązanie sprawy operacyjnego leczenia kamicy żółciowej od wyniku odczynu Cammidgea. Inni autorowie (Maass [112]), Feldman [113]), Dreesmann [114]), Taylor, Krienitz [115]), Florio i Zambelli [116]) i inni nadają odczynowi Cammidgea doniosłe znaczenie w szeregu innych oznak schorzenia trzustki. Cały szereg autorów (Haldane. Eichler i Schirokaner [117]), Brugsch, Schumm i Hegler [118]), Grimbert i Bernier [119]) i inni) wreszcie odmawia temu odczynowi wszelkiego znaczenia lub (Hess [120]), Keuthe [34]) i inni) zachowuje się względem niego bardzo sceptycznie. Sam Cammidge nie nadaje już w ostatnim czasie swojemu odczynowi znaczenia objawu patognostycznego, lecz uważa go za dobry objaw pomocniczy przy rozpoznawaniu schorzeń trzustki.

Wobec różnorodności w poglądach różnych autorów wybrałem dla wytworzenia sobie własnego zdania o odczynie Cammidgea jedyną możliwą drogę, mianowicie postanowiłem zbadać go na większym i różnorodnym materyale. W tym celu przerobiłem go w 180 przypadkach różnych schorzeń, w tej liczbie było 52 przypadki skazy moczanowej, 34 ogólnego stwardnienia tętnic, 44 różnych schorzeń wątroby, przeważnie kamicy żółciowej, 13 chorób nerek, 9 przewlekłego nieżytu jelit i t. d. Z tej liczby spostrzeżeń wynik dodatni otrzymałem w 90 przypadkach, a więc w 50%, mianowicie, w skazie moczanowej w 24 (46%) w stwardnieniu tętnic w 19 (55·9%), w chorobach wątroby i dróg żółciowych w 23 (52%), w chorobach nerek w 8 (61·5%), z 5 przypadków cukrzycy w 4 (80%) i t. d. Tak znaczna odsetka wyników dodatnich odczynu Cammidgea u chorych, u których inne metody badania ani same, ani w połączeniu ze sobą nie dawały żadnych wskazówek schorzenia trzustki, naprowadza na jedno z 3 przypuszczeń: albo odczyn Cammidgea niema sam przez się wielkiego znaczenia rozpoznawczego albo odwrotnie, będąc odczynem nader czułym, wskazuje, że w tych sprawach chorobowych, które badałem, zachodzą bardzo często chociażby tylko czynnościowe zaburzenia w trzustce, które też odczyn Cammidgea wykrywa, lub wreszcie odczyn ten nie jest jeszcze opracowany w dostatecznej mierze. Niejednakowy punkt topliwości kryształów (Z. Orłowski [121]), które otrzymujemy przy odczynie Cammidgea, zmusza z tych 3 możliwości najpierw zatrzymać się na myśli, czy kryształy Cammidgea są w rzeczywistości jednakowe, jakkolwiek mają one jednakowe własności zewnętrzne i rozpuszczalność w 33% kwasie siarkowym. Jeśliby przy dalszych badaniach powiodło się z pośród tych kryształów wyodrębnić kryształy o pewnych właściwościach fizyko-chemicznych, któreby otrzymywano wyłącznie w razie schorzenia trzustki, to ta okoliczność podniosłaby oczywiście znacznie wartość rozpoznawczą odczynu Cammidgea. Możliwość tego wypływa nietylko z faktu niejednostajności punktu topliwości kryształów Cammidgea, lecz również z badań d'Amato i Cuomo [122]), którzy opisali trzy oddzielne rodzaje kryształów Cammidgea, różniących się swojemi cechami pod drobnowidem. Niestety badania, skierowane ku szczegółowszemu wyświetleniu fizyko-chemicznych właściwości kryształów Cammidgea napotykają na ogromne trudności wobec tego, że na razie niepodobna otrzymać tych kryształów w dostatecznej ilości, a zupełnie czystych. Zanim ta rzecz zostanie zbadana, należy uwzględnić, że odczyn Cammidgea nieraz wypada ujemnie pomimo niewątpliwego stanu chorobowego trzustki (Hess, Schumm i Hegler, Wynhausen [123]), Kinnicutti [124]), Cammidge, który podkreśla nawet, że przy raku trzustki odczyn z reguły jest ujemny) i odwrotnie wypada dodatnio nieraz tam, gdzie trzustka nie przedstawia żadnych zmian (Petrow [125]), Roth [126]), Klauber [127]), Z. Orłowski, d'Amato i Cuomo i inni), nawet, coprawda rzadko, u zupełnie zdrowych osób (Schumm i Hegler, Haldane, Roth, Z. Orłowski, Singer [128]), Zarnicyn [131]) i inni). Wreszcie nie należy zapominać, że wynik odczynu zależy nie tyle od stanu trzustki, ile od rodzaju odżywiania badanego osobnika, jak to wykazał Smolenski [129]), następnie Petrow, z któ-

rych badań wynika oprócz tego, że odczyn występuje tem wybitniej, im więcej sacharozy wprowadzimy do ustroju. Herz i Willheim [130]) przekonali się również, że odczyn Cammidgea występuje stale, do tego szybko i wybitnie nawet u zdrowych ludzi po podaniu im 100 gr. dekstrozy, lewulezy lub cukru trzcinowego, nawet gdy w ich moczu nie wykrywa się przytem cukru. Do tych wyników badań klinicznych dodam, że doświadczenia na zwierzętach z podwiązaniem przewodów trzustki, z podwiązaniem przewodu żółciowego wspólnego, ze sztucznie wywołaną cukrzycą trzustkową, martwicą tłuszczową trzustki, jej ostrem zapaleniem krwotocznem, wreszcie z całkowitem wycięciem tego gruczołu (d'Amato i Cuomo i inni) wykazały również, że niema żadnego stałego związku między powstaniem zmian chorobowych w trzustce, a zjawieniem się kryształów Cammidgea w moczu. Ocena odczynu Cammidgea jest wreszcie w wysokim stopniu utrudniona przez to, że jeden z odczynników, niezbędnych dla przeprowadzenia tego odczynu, mianowicie »plumbum tribasicum« odznacza się ogromną nietrwałością, wobec której, przerabiając odczyn, nigdy nie możemy być pewni, że odczynnik ten jest przydatny. Wobec wszystkich tych danych jestem tego zdania, że odczyn Cammidgea niema dzisiaj znaczenia rozpoznawczego w dyagnostyce schorzeń trzustki.

Nie będę poruszać całego szeregu innych objawów, którym nadawano znaczenie w dyagnostyce chorób trzustki, jakoto, wzmożonej wydzieliny śliny (sialorrhea s. salivatio pancreatica), braku łaknienia, nudności, zaburzeń jelitowych, wzdęcia brzucha, lipuryi, oksaluryi, puchliny brzusznej, niedokrwistości, skłonności do krwotoków i t. d. Wszystkie te oznaki są niestałe i nie przedstawiają nic specyalnie cechującego dla schorzeń trzustki.

VIII.

Jeśli teraz streścić wszystko, co wyżej podałem, to śmiało rzec mogę, że nie mamy żadnej oznaki, którąby sama przez się nieomylnie świadczyła o schorzeniu trzustki. I dziś więc jest uzasadnione to zdanie, które miał obalić swoją reakcyą Cammidge, a które brzmi: »Stany zapalne trzustki, nowotwory, jak również torbiele i kamienie trzustki nie dają ścisłych objawów patognostycznych«. Nie posiadając znaczenia bezwzględnego, wiele z przytoczonych wyżej oznak nabiera jednak bezwarunkowo ogromnego znaczenia w połączeniu ze sobą. Takie skojarzenie pozwala nam dzisiaj rozpoznać w wielu przypadkach schorzenie trzustki, co jeszcze stosunkowo tak niedawno stanowiło »wynik raczej domysłu, niż rozumowań klinicznych« (Seitz). Taki typowy obraz kliniczny istnieje wtedy, gdy u chorego znajdujemy jednocześnie stan zwany »azotorrhoea«, nader silnie wyrażone zaburzenie wchłaniania i rozkładu tłuszczu, brak (pomimo wielokrotnych poszukiwań) trypsyny w treści żołądka i w wypróżnieniach, otrzymanych metodą specyalną, zwiększenie ilości dyastazy we krwi i w moczu z silnem obniżeniem jej zawartości w wypróżnieniach, glukozuryę, nerwoból trzewny, zwłaszcza zaś nieruchome przy macaniu, oddychaniu i zmianie położenia ciała obrzmienie, usadowione w typowem dla trzustki miejscu, z cechującem zachowaniem się przy opukiwaniu i przy rozdymaniu żołądka i jelit, wreszcie żółtaczkę, zwłaszcza przy jednoczesnej wyczuwalności rozciągniętego pęcherzyka żółciowego. W tak pełnym obrazie klinicznym występują jednak schorzenia trzustki nadzwyczaj rzadko. Zwykle wielu z tych oznak w obrazie klinicznym brakuje, zależnie od warunków, które szczegółowo omówiłem dla każdego objawu z osobna. Z tego, com przedstawił, oczywiście wynika również, że wszystkie te oznaki mają niejednakową wartość rozpoznawczą. Doświadczenie kliniczne badającego lekarza rozstrzygnie, jakie miejsce należy się każdej z oznak w podobnych trudniejszych do rozpoznania przypadkach i jak one powinny być skojarzone, i w ten sposób da mu możność dokładnego rozpoznania pomimo, że cały szereg objawów doniosłej wagi nie jest wyrażony.

Piśmiennictwo. 1) Przytaczam według Carnot. Maladies des glandes salivaires et du pancreas. Nouveau Traité de Med. et de Thér. Brouardel et Gilbert XX. — 2) Desjardins. Etude sur les Pancreatitis. Thèse de Paris. 1905. — 3) Leube. Czastnaja dyagnostika wnutrennich boleznej. 1905, w tłóm. rosyjskiem, t. 1, str. 324. — 4) Seidel. Münchener med. Woch. 1909, Nr 33, str. 1709—1710. — 5) Witzel. Deutche Zeit. für Chir. 1886, t. 24. — 6) Israël. Deutsche med. Woch. 1900, Nr 22. — 7) Körte. Die chirurgischen Krankheiten und die Verletzungen des Pankreas 1898. — 8) Martynow. Chirurgija podżełudocznoj żelezy. Rozprawa doktorska. Moskwa, 1897. — 9) Manujłow. O pierwicznych złokaczestwienych nowoobrazowanijach podżełudocznoj żelezy. Rozprawa doktorska. Petersburg. 1902. — 10) Friedreich. Die Krankheiten des Pankreas, 1888. — 11) Doerfler. Münch. med. Woch. 1900, Nr 8. — 12) Bard et Pic. Revue de med. 1888, t. 8, str. 258. — 13) v. Büngner. Berl. klin. Woch. 1902, str. 946. — 14) Courvoisier. Casuistisch-statistische Beitrage zur Pathologie und Chirurgie der Gallenwege. Leipzig, 1890. — 15) Moncorgé. Progrès med. 1889, Nr 48. — 16) Kellermann. Fall von Carcinom des Pankreas. Dissert. 1894. — 17) Cochez. Revue de med. 1895, str. 545. — 18) Lubieniecki i Fofanow. Russkij Wracz 1906, Nr 12 i 13. — 19) Brugsch. Zeitschr. f. exp. Pathol. und Pharm., t. 6, zesz. 2. — 20) Sandmeyer. Zeitschr. für Biol. 1892, t. 29 i 1895, t. 31. — 21) Rosenberg. Du-Bois Archiv 1896, str. 535. — 22) Lombroso. Archiv f. exp. Physiol. 1906, t. 112; Archiv f. exp. Pathol. u. Pharm. 1907, t. 56 u. 1909, t. 60. — 23) Zuntz und Mayer Bulletin de l'Acad. royale de méd. de Belge 1905, t. 19, str. 509. — 24) Niemann. Zeitschr. f. exp. Pathol. und Ther. 1909, t. 5, zesz. 3. — 25) Fleckseder. Archiv f. exp. Pathol. und Pharm. 1908, t. 59, zesz. 6. — 26) Falta. Zeitschr. f. klin. Med. 1910, t. 71, zesz. 1—2. — 27) Brugsch., ibidem 1906, t. 58, zesz. 5—6. — 28) Müller., ibidem 1887, t. 12. — 29) Schmidt und Strasburger. Die Faeces des Menschen im normalen und krankhaften Zustande mit besonderer Berüksichtigung der klinischen Untersuchungsmethoden Berlin, 1910, 3 Auflage, str. 171. — 30) Weintraud. Die Heilkunde. 1898, zesz. 2. — 31) Schmidt. Deutsch. Archiv f. klin. Med. 1906, t. 87, str. 455. — 32) Deucher. Korresp. f. Schw. Aerzte 1898, Nr 11—12. — 33) Adler und Milchner. Berlin. klin. Woch. 1908, Nr 32. — 34) Keuthe, ibid. 1909, Nr 2. — 35) Moyse. Fonctions et maladies du pancréas. Thèse de Paris, 1852. — 36) Salomon und Almagia. Wiener klin. Woch. 1908, Nr 24. — 37) Bonnamy. Etude clinique sur les tumeurs du pancréas. Thèse de Paris, 1879. — 38) Przibram. Prager med. Woch. 1899, Nr 36—37. — 39) Katz. Wien. medic. Woch. 1899, Nr 4—6. — 40) Albu. Berl. klin. Woch, 1900, Nr 40. — 41) Umber im Gemeinschaft mit Brugsch. Archiv. f. exp. Pathol. u. Pharm. 1906, t. 55. — 42) Abelmann. Ueber die Ausnutzung der Nahrungsstoffe nach Pancreasexstirpation. Dorpat. Inaug. — Diss. 1890. — 43) Zoja. Przytaczam według referatu w Zentralbl. f. innere Med. 1899, Nr 50. — 44) v. Noorden. Verhandlungen des Kongresses für innere Mediciu. 1904. — 45) Salomon, ibid. 1902 i Berlin. klin. Woch. 1902, Nr 3. — 46) Wynhausen Berl. klin. Woch. 1909, Nr 30. — 47) De Renzi, ibid. 1892. — 48) Cavazanni. Zentralbl. f. allg. Pathol. 1893. — 49) Lichtheim. Berl. klin. Woch. 1894, Nr 8. — 50) Morelli. Przytaczam podług Archiv f. Verdauungsk. 1910, t. 16, str. 608. — 51) Marrassini. Przytaczam według referatu w Zentralbl. f. die ges. Physiol. und Pathol. des Stoffwechsels 1909, str. 105. — 52. — Abderhalden und Pinkussohn. Zeitschrift f. physiol. Chemie 1909, t. 61. — 53) Gliński. Przegląd lek. 1901, Nr 45 i 1902, Nr 3—4. — 54) Roblée. Przytaczam według referatu w Deutsche med. Woch. 1909, Nr 17, str. 775. — 55) Sahli. Deutsches Archiv f. klin. Med.

1898, t. 61; Deutsche med. Woch. 1897, Nr 1, Korrespondenzbl. f. Schw. Aerzte 1898, Nr 10—11. — 56) Schmidt. Deutsche med. Woch. 1898, Nr 49; 1899, Nr 45, 1908, str. 997 i Verhandl. des 21 Kongr. f. innere Med. 1904, str. 342. — 57) Fromme. Münch. med. Woch. 1901, Nr 15. — 58) Wallenfang. Ueber die Symptome der gestörten Funktion des Pankreas mit besonderer Berücksichtigung neuerer Versuche zur Prüfung derselben Inaug. Diss. Bonn. 1903. — 59) Umber. Zeitschrift f. klin. Medic. 1901, t. 43. — 60) Wohlgemuth. Berl. klin. Woch. 1910, Nr 3. — 61) Hesse. Zeitschr. f. exp. Pathol. u. Ther. 1909, Nr 7. — 62) Gumlich und Araki. Zeitschr. f. physiol. Chemie, t. 18. — 63) Nakayama. Przytaczam według artykułu Schittenhelma w Zentralbl. f. die ges. Physiol. u. Pathol. des Stoffwechsels 1910, str. 49. — 64) Westenrik. Russkij Wracz 1910, Nr 21. — 65) Strauch. Deutsche medic. Woch. 1909, Nr 52, str. 2310. — 66) Boas. Zeitschrift f. klin. Med. 1889, t. 10. — 67) Bołdyrew. Russkij Wracz 1904, Nr 39—40. 68) Müller. Deutsches Arch. f. klin. Med. 1908, t. 92 i Münch. med. Woch. 1907, Nr 8. — 69) Schlecht. Münch. med. Woch. 1908, Nr 14 i Zentralbl. f. innere Med. 1909, Nr 6. — 70) Wohlgemuth. Biochemische Zeitschr. 1908, t. 9 i Berl. klin. Woch. 1910, Nr 3. — 71) Einhorn. Archiv. f. Verdauungskr. 1909 i Berl. klin. Woch. 1910, Nr 12. — 72) Gross. Münch med. Woch. 1910, Nr 22. — 73) Zarnicyn. Russkij Wracz 1910, Nr 17. — 74) W. Orłowski. Rocznik lekarski 1910, t. 2, zesz. 1 i Russkij Wracz 1910, Nr 8—10. — 75) Gerhardi. Virchow's Archiv 1886, t. 106. — 76) Zuccola. Przytaczam według referatu w Zentralbl. f. innere Med. 1910, Nr 17. — 77) Visentini. Archiv f. exp. Pathol. u. Pharm. t. 62, str. 186. — 78) Schwarz. Wiener klin. Woch. 1909, Nr 9. — 79) Enriquez, Ambard et Binet. Semaine méd. 1909, Nr 2. — 80) Wohlgemuth. Deutsche medic. Woch. 1909, Nr 33, str. 1457. — 81) Wynhausen. Berl. klin. Woch. 1909, Nr 30 i 1910, Nr 11. — 82) Hirschberg. Deutsche med. Woch. 1910, Nr 43. — 83) Loeper et Rathery. Archiv des mal. d'appareil digestif. 1909, Nr 5. — 84) v. Benczur. Wiener klin. Woch. 1910, Nr 24. — 85) Wohlgemuth. Biochem. Zeitschr. 1909, t. 21 i Berl. klin. Woch. 1910, Nr 31. — 86) Wynhausen. Berl. klin. Woch. 1910, Nr 46. — 87) Müller. Zentralbl. f. innere Med. 1908, str. 389. — 88) Strasburger. Deutsches Arch. f. klin. Med., t. 67, str. 259. — 89) Esser, ibid., 1908, t. 93, zesz. 5, str. 535. — 90) Terroine. Przytaczam według Zentralbl. f. d. ges. Physiol. u. Pathol. des Stoffwechsels 1909, str. 147. — 91. Ury. Biochem. Zeitschr., t. 23, str. 163. — 92) Wegscheider. Ueber die normale Verdauung bei Säuglingen. Inangur.-Diss. Strassburg, 1875. — 93) Blauberg. Experimentelle und kritische Studien über Säuglingsfäces. Berlin, 1897. — 94) Hoppe-Seyler. Physiol. Chemie. Berlin, 1881. str. 337. — 95) Bokay. Zeitschr. f. physiol. Chemie 1877, t. 1, str. 157. — 96) Mayer. Berl. klin. Woch. 1905, str. 1102. — 97) Hasebrock. Zeitschr. f. physiol. Chemie 1888, t. 12, str. 148. — 98) Caro und Wörner. Berl. klin. Woch. 1909, Nr 8. — 99) Ehrmann. Zeitschr. f. klin. Med. 1909, t. 69, str. 318. — 100) Salomon. Wiener klin. Woch. 1908, Nr 14. — 101) Usuki. Archiv f. exp. Pathol. u. Ther., t. 63, str. 270. Przytaczam według referatu w Zentralbl. f. innere Med. 1910, Nr 51, str. 1277. — 102) Stassano et Billon. Comptes rend. de Soc. biol. 1903, t. 55, str. 482 i 924. — 103) Słowcow. Izwiestija Wojenno-Med. Akad. 1906, t. 12, Nr 3.— 104) Hansemann. Zeitschr. f. klin. Med. 1894, t. 26. — 105) Kraus und Ludwig. Wiener klin. Woch. 1891, Nr 48. — 106) v. Chvostek. Ibidem, Nr 17—18 i 22. — 107) Eppinger, Falta und Rudinger. Zeitschr. f. klin. Med., t. 66. — 108) Loewi. Archiv f. exp. Pathol. u. Pharm. 1908, t. 59, zesz. 1. — 109) Storck. Przytaczam według referatu w Ruskim Wraczu 1909, Nr 9, str. 312. — 110) Barker. Przytaczam według Zentralbl. f. inn. Med. 1909, Nr 25, str. 627. — 111) Kehr. Münch. med. Woch. 1909, Nr 21 i Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir., t. 20, zesz. 1. — 112) Maass. Mediz. Klinik. 1909, Nr 5. — 113) Feldman. Russkij Wracz 1910, Nr 23. — 114) Dreesmann. Münch. med. Woch. 1909, Nr 14. — 115) Krienitz. Archiv f. Verdauungskr. 1909, t. 15, Nr 1. — 116) Florio et Zambelli. Przytaczam według artykułu d'Amato und Cuomo w Zentralbl. f. inn. Med. 1910, Nr 41. — 117) Eichler und Schirokauer. Berl. klin. Woch. 1909, Nr 8. — 118) Schumm und Hegler. Münch. med. Woch. 1909, Nr 37 i 40. — 119) Grimbert et Bernier. Semaine méd. 1909, 30 czerwca. — 120) Hess. Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. und Chir., t. 19, zesz. 2 i Deutsche med. Woch. 1910, Nr 2. — 121) Z. Orłowski. Wraczebnaja Gazeta 1909, Nr 20. — 122) D'Amato und Cuomo. Zentralbl. f. innere Med. 1910, Nr 41. — 123) Wynhausen. Przytaczam według referatu w Zentralbl. f. in. Med. 1910, Nr 17, str. 423. — 124) Kinnicutti, ibid., str. 424. — 125) Pjetrow. Russkij Wracz 1909, Nr 44—45. — 126) Roth. Zeitschr. f. klin. Med. 1909, t. 67. — 127) Klauber. Med. Klinik. 1909, Nr 10. — 128) Singer. Wiener med. Woch. 1910, Nr 44. — 129) Smolenski. Zeitschr. f. physiol. Chemie 1909, t. 60, str. 119. — 130) Herz und Willheim. Wiener klin. Woch. 1910, Nr 24. — 131) Zarnicyn. Prakticz. Wracz 1910, Nr 25—26.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr Paweł Ehrlich: **Szkice o istocie i leczeniu chorób zakaźnych.** Przełożył z oryginału dr Zygmunt Szymanowski. Warszawa (E. Wende i Sp.) 1911. Stron XVI + 233.

Swoją popularną sławę wśród szerokich kół oświeconego społeczeństwa zawdzięcza Ehrlich wynalazkowi salvarsanu; w kołach tych, szukających w każdem odkryciu naukowem przedewszystkiem utylitarnej jego strony, ceniących je przeważnie tylko o tyle, o ile ono przynosi praktyczne korzyści, — mało kto zdaje sobie sprawę, że sprawa salvarsanu jest tylko jednem ogniwem działalności wielkiego badacza, a bynajmniej nie jedynym jej wynikiem, i że doniosłość ostatniego odkrycia Ehrlicha leży nietylko w zastosowaniu leczniczem, ale (i to może nawet większa) w tem, że salvarsan okazał się sprawdzianem słuszności niektórych teoretycznych założeń, poprzednio przez Ehrlicha zbudowanych. Wśród lekarzy i przyrodników, znających oczywiście dokładniej wieloletnie prace Ehrlicha i wyniki, do których one w różnych czasach doprowadzały, znajdują one dziś przeważnie trafniejszą ocenę; niemniej jednak nie wszyscy jeszcze zdają sobie dobrze sprawę ze ścisłego związku, jaki łączy między sobą różnorakie kierunki badań znakomitego tego uczonego, z konsekwencyi myśli twórczej, wijącej się jak nić czerwona w jego dziełach. Toteż niewątpliwie przynoszą pożytek komentarze, rozprawy poglądowe, a zwłaszcza analizy krytyczne, pojawiające się coraz liczniej zagranicą, a także i u nas, a poświęcone rozbiorowi prac Ehrlicha, teoryi, przez niego z prac tych wysnuwanych, i zarazem objaśniające drogę, po której on kroczył. Jednakże bez względu na przeczytanie tych rozpraw, krytyk i komentarzy, konieczne jest z pewnością przestudyonie rozpraw, ogłoszonych w ostatnich latach przez samegoż Ehrlicha; dając syntezę jego zapatrywań, pozwalają one zarazem zapoznać się u źródła z tą niezwykłą wśród współczesnych uczonych lekarzy umysłowością. Z tego względu przekład zasadniczych rozpraw Ehrlicha z lat ostatnich na język polski był bardzo na czasie, dozwala on bowiem zapoznać się dokładniej z niemi większości naszych lekarzy, nie władających językiem niemieckim.

Tłómacz, dr Zygmunt Szymanowski, połączył w jednej książce zbiór rozpraw Ehrlicha, wydany w r. 1909 p. t.: »Beiträge zur experimentellen Therapie und Chemotherapie«, z drugą (przez Ehrlicha napisaną) częścią dzieła Ehrlicha-Haty, ogłoszoną w r. z. pod tytułem: »Die experimentelle Chemotherapie der Spirillosen«. W ten sposób na polskie wydawnictwo złożyły się: »Badania doświadczalne nad lecznictwem swoistem«, obejmujące wykłady: o odporności ze szczególnem uwzględnieniem działania antygenów, o czynnościach atreptycznych i chemoterapii świdrowic (trypanosomiases), następnie »Stan obecny badań nad rakiem«, streszczający doświadczalne badania Ehrlicha i jego współpracowników, dokonane w Instytucie Frankfurckim, w zestawieniu z badaniami, podejmowanemi w innych pracowniach, dalej rozprawy »Chemoterapia współczesna« i »O czynnościach cząstkowych komórki«, — a wreszcie »Uwagi i wnioski ogólne o leczeniu chorób krętkowych«, w których omawia Ehrlich charakter i własności chemiczne środka »606«, chemoterapię chorób świdrowcowych, taktykę badania środków leczniczych w praktyce, oraz wyniki i widoki na przyszłość. Przez włączenie tej ostatniej rozprawy zyskuje polskie wydanie zbioru rozpraw Ehrlicha pewne zaokrąglenie.

Z.

Pamiętnik I. krajowego Zjazdu przemysłowo-balneologicznego, odbytego we Lwowie 29„ 30. i 31. X. 1910. Lwów, 1910. Nakładem Komitetu Zjazdu. Stron 233.

Stan i potrzeby zdrojowisk i uzdrowisk galicyjskich, zestawiane przed laty peryodycznie przez wychowańców szkoły Dietla, przejętych za jego wzorem troską o rozwój tej ważnej gałęzi lecznictwa i zarazem gospodarstwa krajowego, przestały przez pewien czas zwracać uwagę szerszego ogółu. Kilkanaście lat przerwy oddziela owe dawniejsze obrachunki stanu i postępu zdrojownictwa, kreślone przedewszystkiem wytrwale przez Michała Zieleniewskiego, od niedawnego ponowienia przez Polskie Towarzystwo balneologiczne usiłowań, by zestawieniem programu koniecznych ulepszeń popchnąć nasze zdrojownictwo energiczniej naprzód. Od tego czasu postęp tych usiłowań jest znowu szybszy, szczególnie w kierunku spopularyzowania w całem społeczeństwie sprawy zdrojownictwa i w kierunku zwrócenia uwagi władz na ekonomiczną jej dla kraju doniosłość. Niemniej jednak ogólny obraz niedomagań z jednej strony, a niezbędnych zmian w naszych zdrojowiskach z drugiej, nie był do zeszłego roku dość powszechnie znany, obrady bowiem krajowej ankiety zdrojowej z r. 1906 nie zostały opublikowane w formie łatwo dostępnej, lecz tylko w sprawozdaniach Wydziału krajowego, przedkładanych Sejmowi Do nakreślenia takiego obrazu i to w jaknajszerszym zakresie i przedstawienia go ogółowi zmierzał zeszłoroczny Zjazd przemysłowo-lekarski. Cel ten osiągnięto rzeczywiście o tyle, że organizatorom Zjazdu powiodło się Zjazd umiejętnie przygotować i zainteresować nim wszystkie powołane czynniki. Co ważniejsza, nie popełniono zwykłego u nas błędu i nie zadowolniono się żywem wprawdzie, ale chwilowem wrażeniem, jakie wywarły obrady Zjazdu na szersze koła, ale postarano się o trwalsze oddziaływanie Zjazdu w dwojakim kierunku: przez szczęśliwe wprowadzenie w czyn »Związku zdrojowisk i uzdrowisk« i przez wydanie »Pamiętnika Zjazdu«, który wydawcy pragnęli uczynić »niezbędnym podręcznikiem dla wszystkich osób, zajmujących się zdrojownictwem« i dać w nim »całość, obejmującą ogół potrzeb naszego zdrojownictwa«.

Pamiętnik zawiera szczegółowe sprawozdanie z obrad Zjazdu, obejmujące także »in extenso« wszystkie wygłoszone referaty, o których »Przegląd« wkrótce po Zjeździe zdawał już treściwie sprawę. Dokładniejsze rozpatrzenie się w obradach Zjazdu, jak one są przedstawione w »Pamiętniku«, przekonywa rzeczywiście, że program Zjazdu obmyślony był wszechstronnie i istotnie obejmował »ogół potrzeb naszego zdrojownictwa«. A jeżeli nie wszystkie wygłoszone referaty, jak się obecnie po ich wydrukowaniu w całości — okazuje, stały na wysokości zadania, jeżeli w tym lub owym pokryto krasomówstwem pewien niedobór realnych danych, to przecież znaczna większość referatów wypełniła swe zadanie, przedstawiła dość wyczerpująco stan obecny i doszła do pozytywnych wniosków, a kilka referatów było wprost pierwszorzędnych. Wreszcie nawet owe usterki w niektórych referatach zjazdowych zrównoważyli wydawcy »Pamiętnika« przez to, iż umieścili w nim bardzo cenny, a poczęści mało znany materyał, w postaci: wyników obrad komisyi balneologicznej warszawskiego Towarzystwa higienicznego, rezolucyi ankiety zdrojowej z r. 1906, rezolucyi sejmowej komisyi sanitarnej z r. 1908, wiadomości o »Krajowym Związku zdrojowisk«, najważniejszych ustaw zdrojowych, obowiązujących w Galicyi, w końcu mapki zdrojowisk polskich dr. Zanietowskiego i tabeli porównawczej dr. Dobrzyckiego w opracowaniu prof. Glińskiego, co wszystko razem uzupełnia bilans naszego zdrojownictwa, będący jednym z celów »Pamiętnika«. S.

Szumowski: **Sprawozdanie lekarskie o Szczawnicy za rok 1910.** Lwów, 1911, str. 29. Przez dłuższy szereg lat nie było powodu zajmować się w »Przeglądzie« dorocznemi publikacyami większości naszych zdrojowisk. Publikacye te, noszące przeważnie charakter prospektów handlowych, z roku na rok przynosiły tesame szczegóły o położeniu geograficznem, warunkach klimatycznych, składzie wód, wskazaniach leczniczych, urozmaicając je tylko wiadomością o wybudowaniu jakiegoś nowego domu dla gości, o zaprowadzeniu tego lub owego urządzenia leczniczego i t. d. i t. d., a krasząc prawie zawsze kwiecistem zapewnieniem o wyższości danego zdrojowiska nad zagranicznemi. Jeżeli zaś znalazło się niekiedy w takim prospekcie sprawozdanie lekarskie, to niemal bez wyjątku zepchnięte na szary koniec i ujęte w ciasne ramy, jakby wydawcy żal było wydatku na druk tego właśnie ustępu. W »Sprawozdaniu lekarskiem o Szczawnicy za r. 1910« witamy natomiast dawno niewidzianego, a tak wyczekiwanego gościa: pierwszą próbę podniesienia poziomu dorocznych wydawnictw zdrojowych i nadania im cech publikacyi poważnych, nie reklamę dla publiczności, ale informacyę dla lekarzy i rzeczywiste zdanie sprawy z pracy lekarza zdrojowego mających na oku.

Sprawozdanie Dr. Szumowskiego obejmuje dane o ruchu chorych (w r. 1910 nieco większym, niż w r. 1909), które niestety nie pod wszystkimi względami mogły być wyczerpujące, bo ....z lekarzy, ordynujących w Szczawnicy, tylko paru nadesłało autorowi liczby prawdziwe i ściśle (!). Jak z góry można się było spodziewać, główny kontyngent (79%) chorych stanowili chorzy z cierpieniami dróg oddechowych, a wśród nich chorzy na gruźlicę. Autor omawia szczegółowiej sprawę leczenia gruźlicy w Szczawnicy, kładąc słusznie nacisk na odpowiedni dobór przypadków, niestety dotąd jeszcze nie przez wszystkich lekarzy przestrzegany. Z innych grup chorobowych najczęściej przybywają do Szczawnicy chorzy na choroby narządów trawienia i dróg żółciowych (8·5%), kwalifikujący się raczej do innych zdrojowisk, oraz na choroby krążenia (4%), co jest dość nowe i, jak się okazało, dla pewnych kategoryi chorych na serce zupełnie odpowiednie. W drugim ustępie streszcza autor wyniki obserwacyi meteorologicznych, wskazując na liczne jeszcze braki w klimatologii Szczawnicy, które obecnie będą mogły być usunięte po urządzeniu na nowo stacyi meteorologicznej według zasiągniętych wskazówek fachowych. Następuje dokładny opis nowego ujęcia źródeł Wandy i Szymona z przytoczeniem wyniku rozbioru tych źródeł, po ujęciu przeprowadzonego przez Prof. Marchlewskiego. W ustępie IV. przytacza autor względy, wymagające reformy w sposobie wydawania wody ze zdrojów mineralnych, wymienia konieczne ulepszenia, które mają nastąpić w r. 1911 (odnowienie zakładu inhalacyjnego), nie pomijając tych, które nastąpić były powinny, a dotąd nie nastąpiły (urządzenie leżalni publicznych). Z innych urządzeń, wspomnianych w sprawozdaniu, zasługuje na uwagę stacya dezynfekcyjna, wykonująca odkażanie mieszkań po chorych na gruźlicę na koszt komisyi zdrojowej, a zatrudniająca w r. 1910 osobnego dezynfektora. Zdaje nam się jednak, że przy tym rodzaju chorych, jaki skupia się w Szczawnicy, odkażanie mieszkania »ile razy lekarz ordynujący uzna to za potrzebne«, to za mało i że zmierzaćby należało do odkażania obowiązkowego po każdym chorym. Pozostawienie gościowi prawa dowiadywania się, czy dezynfekcya po poprzednim była zrobiona i żądania jej »choćby nawet dla samej obawy« nie jest wystarczające, pomimo że corocznie przed sezonem pokoje są czyszczone i bielone, bo wszak w ciągu sezonu mieszkańcy zmieniają się kilkakrotnie, a nie u wszystkich gości liczyć można na dostateczną ostrożność przed zajęciem opróżnionego mieszkania. W r. z. urządzono dom izolacyjny, który jednak ani razu nie okazał się potrzebnym, bo nie było żadnego przypadku choroby zakaźnej. Pominąwszy ustępy sprawozdania, dotyczące mieszkań, fundacyi i zakładów humanitarnych i (szczegółowo podanych ale, jak autor podnosi, nie dość przejrzystych) rachunków komisyi zdrojowej, zasługuje jeszcze na wzmiankę szczegółowe przedstawienie projektu wodociągów i kanalizacyi, oraz sprawy kolei do Szczawnicy.

Przykład, dany przez Dr Szumowskiego, powinien ry-

chło znaleść naśladowców. Im bardziej bowiem rzeczowo, prawdziwie i szczegółowo będą lekarzom przedstawiane stosunki i potrzeby naszych zdrojowisk, tem śmielej każdy lekarz będzie mógł do nich kierować swoich chorych, wiedząc napewno, co może im w tych zdrojowiskach przyrzec i o jakich brakach musi uprzedzić i nabierając tem większego zaufania, że zdrojowisko, które zdaje sobie sprawę ze swych niedostatków i ich nie zataja, niewątpliwie też starać się będzie jaknajrychlej je usunąć. S.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Multanowski. **O znaczeniu urazu w powstawaniu gruźlicy.** (Russkij Wracz 1911, Nr 10). Badania swoje przeprowadził M. na 20 królikach. Technika badań była następująca: Króliki uderzano ciężarkiem 500-gramowym w okolicy biodra i potem wstrzykiwano im do żyły usznej świeżo przyrządzoną zawiesinę bakteryi gruźliczych. Na sekcyi znajdował M. zawsze zmiany gruźlicze w urażonych mięśniach i w innych narządach, przeważnie w płucach. Pierwotne zmiany gruźlicze w urażonych mięśniach znajdowano w »perimysium internum«. Wobec tego twierdzi M., iż uraz ma olbrzymie znaczenie przy powstawaniu cierpień gruźliczych (w tych przypadkach, kiedy w ustroju znajduje się jawna lub ukryta gruźlica) i że wbrew istniejącym poglądom mięśnie nie mają, przynajmniej w warunkach pracownianego doświadczenia, domniemanej odporności. Z. Gilewicz.

Jan Studziński. **W sprawie wpływu prątka okrężnicy na ustrój zwierząt.** (Russkij Wracz 1911, Nr 6). S. wstrzykiwał hodowlę żywych i zabitych laseczników do żyły i do jamy otrzewnej królikom i świnkom morskim. Przy sekcyi znajdował w wątrobie, zależnie od czasu stosowania hodowli, zwyrodnienia miąższowe, nacieki komórkowe i rozwój tkanki łącznej. Takież zmiany, tylko nieco słabiej wyrażone, znajdował S. w nerkach; nadnercza zaś, śledziona i mięsień sercowy były bez wybitnych zmian. W tętnicy głównej w kilku przypadkach można było stwierdzić zmiany, znajdowane przy miażdżycy doświadczalnej. Z. Gilewicz.

Marcinkowski. **O hodowlach pierwotniaków.** (Russkij Wracz 1911, Nr 6). Autor podaje wyniki swych badań nad: Leishmania tropica, piroplasma equi i trypanosoma bovis w pożywkach sztucznych. Dla otrzymania hodowli autor używał 2 sposobów: a) sposobu Novy i Mr. Heala, polegającego na tem, iż materyał, zawierający pierwotniaki, zasiewa się do wody kondensacyjnej agaru z krwią i b) sposobu Rogera, Donovana i in., polegającego na dodawaniu do badanej krwi cytrynianu potasowego w ilości 10%. Na pożywkach tych pierwotniaki wyrastają na 2-gi lub 3-ci dzień, podłoże jednak z małymi wyjątkami pozostaje bez widocznych zmian i rozmnażanie się pierwotniaków nie dosięga nigdy tych rozmiarów, jakie widzimy w hodowlach bakteryi. Sztuczne hodowle pierwotniaków mają według zdania M. doniosłe znaczenie z dwu powodów: 1) dlatego, iż w pożywkach, dzięki ich rozmnażaniu się, łatwiej je wykryć, niż we krwi, 2) dlatego, iż w pożywkach sztucznych obok rozmnażania daje się zauważyć zwiększanie się osobników, co pozwoli we krwi człowieka lub zwierzęcia wykryć takie pasorzyty, które z powodu drobnych rozmiarów dotychczas nie były wykryte. Badania hodowli sztucznych wykazują, iż pierwotniaki przechodzą w nich cykl rozwoju taki, jak w ustroju owadów, przenoszących daną chorobę, chociaż w pożywkach sztucznych cykl ten nie jest zupełny. Nasuwa to wniosek, iż najodpowiedniejszą ciepłotą dla takich hodowli będzie ciepłota pokojowa, nie zaś odpowiadająca ciepłocie ciała i pierwsze swe niepowodzenia w hodowli pierwotniaków na pożywkach sztucznych przypisuje M. temu, iż umieszczał hodowle w cieplarce. Z. Gilewicz.

Medycyna wewnętrzna.

Tauber. **W sprawie zaburzeń w trawieniu tłuszczów przy schorzeniu wątroby i trzustki.** (Ruskij Wracz Nr 10, 1911). Wychodząc z założenia, iż schorzenie trzustki napotyka się obok cierpień wątroby, czego dowiodły liczne nowsze badania, badał T. wymianę tłuszczów u 8 chorych na marskość wątroby, w celu rozstrzygnięcia sprawy rozpoznawania śródmiąższowych zmian w trzustce, napotykanych często przy marskości wątroby. Chorzy przez 3 dni otrzymywali tłuszcze w postaci masła śmietankowego, a zebrany w ciągu tych 3 dni kał badano co do zawartości tłuszczów neutralnych, kwasów tłuszczowych i mydła. Oprócz badań nad trawieniem tłuszczów badał też T. u tych chorych działanie pankreonu (fabr. Rhenania w Akwizgranie) w części w celu stwierdzenia jego wpływu na sprawę trawienia tłuszczów, w części zaś w celu wyjaśnienia, czy działanie tego przetworu nie jest o tyle wybitne, by mogło służyć do rozpoznawania schorzeń trzustki, napotykanych przy cierpieniach wątroby. Działanie pankreonu badano w ciągu 3 dni. W ten sposób okres badania każdego chorego wynosił razem 6 dni. Wyniki były następujące: W 7 badanych przypadkach marskości wątroby były zaburzenia w trawieniu tłuszczów wybitne, nie tak jednak znaczne, jak w 8. przypadku, dotyczącym raka trzustki i zaniku wątroby. Jakość wykrytych zaburzeń (znaczne zmniejszenie % mydła) pozwala jednak przypuszczać, iż zależeć one mogły nietylko od schorzeń wątroby, lecz także od zaburzeń w wydzielinie soku podpuszczkowego. Pankreon we wszystkich przypadkach wpływał dodatnio na wchłanianie, jakoteż i na rozkładanie się tłuszczów. Z. Gilewicz.

Doc. S. M. Cypkin. **W sprawie ostrej białaczki pochodzenia szpikowego.** (Medic. Obozr. Nr 2 1911). Autor bardzo szczegółowo zastanawia się nad teoryami unitarystów i dualistów, nad nieco odmiennem zdaniem Türka i Pappenheima, nad patogenezą białaczki, skłaniając się do poglądu Pappenheima, że macierzystą komórką wszystkich limfocytów i wielojądrzastych leukocytów neutrofilnych jest t. zw. limfoidocyt (Grosslymphocyt, Stammzelle). Przypadek C. dotyczy 42-letniej kobiety, która od roku uskarżała się na bóle głowy, osłabienie, gorączkę, utratę wzroku. Śledziona wystaje na trzy palce z pod brzegu żeber, gruczoły nie powiększone; czerwonych ciałek krwi 1,862.000, białych 658.000, Hb = 25%; przeważają mikrocyty, megalocyty; normoblasty, megaloblasty rzadko; wśród krwinek białych znacznie przeważają jednojądrzaste nieziarniste; znacznie mniej myelocytów; i jedne i drugie znacznych rozmiarów. W jednojądrzastych leukocytach jądro wypełnia prawie całą komórkę i barwi się na szaro (triacid Ehrlicha), protoplazma na buroczerwono, z różnymi stopniami zabarwienia. W myelocytach protoplazmy więcej, ziarna różnej wielkości; ziarna barwią się na fioletowo-czerwono. Wielojądrzastych leukocytów mało, wśród nich karłowate formy; eozynofilów mało. Stosunek poszczególnych form następujący: limfocytów dużych 70·6%; wielojądrzastych neutrofilów 1·8%; myelocytów 6·2%; promyelocytów 16%; limfocytów 3·6%; eozynofilów 1·9%; komórek tucznych 0·2. Przy sekcyi znaleziono szpik koloru szarozielonego; w wielu narządach rozrost tkanki myeloidalnej. Przypadek ten należy do ostrej białaczki pochodzenia szpikowego, a kolorem szpiku do t. zw. »hyperplastische Chloromatose« Pappenheima, stanowiąc pośrednie ogniwo między białaczką i mięsakiem zielonawym (chloroma). Znaczną niedokrwistość w danym przypadku tłómaczy C. rozpadem czerwonych ciałek pod wpływem jakiegoś jadu, krążącego we krwi. Na korzyść tego poglądu przemawia »haemosiderosis« wątroby i śledziony, znalezione przy sekcyi. C. skłania się do poglądu Pappenheima, że śledziona, szpik kostny i gruczoły limfatyczne są to odmiany jednej i tej samej zarodkowej tkanki siatkowatej, dla której limfocyt duży jest formą pier-

wotną komórki, mogącą różniczkować się w różnych kierunkach. Zależnie od ilości jadu, krążącego w ustroju, rozwijają się rozmaite formy białaczki. Komórki więcej zróżniczkowane łatwiej podlegają zmianom, niż komórki mniej zróżniczkowane; wskutek szybkiego bujania oddalają się komórki od typu swej komórki macierzystej, zróżniczkowanej i w końcu stają się podobne do swej pramacierzystej komórki zarodkowej, z której pochodzą myelocyty i limfocyty (limfomyeloblast). Im szybciej postępuje sprawa, tem trudniej różniczkować formę limfatyczną ostrej białaczki od formy szpikowej. Tomasz Cichocki.

Renon. **Leczenie gruźlicy płuc zapomocą surowic.** (Paris médical 1911 Nr 6). Leczenia surowicami nie można właściwie uważać za swoiste, gdyż surowice jako takie powinnyby równocześnie działać na prątki Kocha i ich wytwory, a tak skutecznych surowic dziś nie mamy. Swoistość dzisiejszych surowic leży właściwie w ich pochodzeniu, a nie w ich działaniu. Surowicę bakteryobójczą Maragliano otrzymuje się, wstrzykując co $1/2$ roku w coraz większej ilości zwierzętom (koniowi, kozie, jałówce, cielęciu) mieszankę, otrzymaną z osadu przesączonych prątków młodych i jadowitych oraz wyciągu wodnego zabitych prątków jadowitych. Marmorek otrzymuje surowicę, wstrzykując koniom przesącz hodowli, wyhodowanych na mieszaninie surowicy jagnięcia i bulionu wątrobowego z dodatkiem gliceryny. Surowice Lannelongue'a, Acharda i Gaillarda uzyskuje się przez wstrzykiwanie osłom toksyny, otrzymanej przez ogrzanie prątków w wodzie do 120^0, strącenie zapomocą kwasu octowego i ponowne rozpuszczenie w węglanie sodowym. Surowica Arloinga uzyskiwana bywa przez wstrzykiwanie zwierzętom hodowli i wyciągów bakteryjnych. Vallée wstrzykuje koniom naprzód prątki, pochodzące z konia, mało jadowite, a później jadowite prątki ludzkie, roztarte w wodzie wyjałowionej. Surowicę Jousseta wreszcie otrzymuje się przez wstrzykiwanie koniom mieszaniny zabitych prątków ludzkich i ich toksyn. Wstrzykiwanie podskórne surowic wywołuje różne przypadłości, bądź takie same jak surowica przeciwbłonicza (rumienie, bóle w stawach, gorączka), bądź też odmienne objawy, występujące w kilkanaście sekund po wstrzyknięciu, a niekiedy nawet już podczas wstrzykiwania. U chorych występuje trwoga, duszność, napady kaszlu, przyspieszenie oddechu, uczucie gorąca, zaczerwienienie górnej połowy ciała, nastrzykanie spojówek, przyspieszenie tętna, bolesne wzmożenie się ruchów robaczkowych jelit bez towarzyszących wypróżnień. W kilka chwil potem w miejscu zaczerwienienia występują białe plamy, spowodowane skurczem naczyń. Świadomość jest utrzymana. Objawy te prędzej lub później ustępują, niekiedy wśród potów, drżenia i uczucia zimna. W kilka godzin potem występują bóle głowy i podniesienie się ciepłoty do 39^0—40^0 C. Przypady te odnieść należy częścią do działania toksyn, zawartych w surowicy, częścią do anafilaktycznego działania samej surowicy, a w części są one też zależne od stanu leczonych chorych. Zdaniem R. stosować należy te surowice tylko w przypadkach gruźlicy ostrej połączonej z gorączką i przy szybkim przebiegu choroby. Leczenie surowicą gruźlicy, przebiegającej bez gorączki, powoli i leniwie, jest zdaniem autora niewłaściwe. Dr Blassberg.

M. Gantz i R. Hertz. **Obecność białka w plwocinie.** (Presse medic. 1911 Nr 5). (Z pracowni Doc. W. Janowskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie). Autorowie zbadali 125 przypadków, z tego 60 gruźlicy płucnej i dochodzą do następujących wniosków: 1) Odczyn białkowy plwociny, prosty w wykonaniu i mało zajmujący czasu, powinien stanąć w rzędzie innych pomocniczych rozbiorów, dokonywanych przy łóżku chorego. 2) Odczyn białkowy należy uważać za odczyn w pewnej mierze swoisty, gdyż dowodzi sprawy zapalnej lub obrzęku płuc. 3) Nieżyty oskrzelowe nie dają odczynu białkowego. 4) Gruźlica płuc, w okresie początkowym i w okresach późniejszych, z wyjątkiem może postaci włóknistej, daje odczyn białkowy, mniej lub więcej wyraźny. 5) Zapalenie i zator płuc dają dodatni odczyn białkowy. 6) Obrzęk płuc małego nasilenia daje bardzo wyraźny odczyn białkowy. Wynika z tego, że odczyn ten oddać może czasem wielkie usługi w praktyce. Wystarczy tylko przypomnieć, jak często nie mamy pewności, czy u badanego są początki gruźlicy płuc, kiedy bakteryologiczne badanie plwocin daje wynik ujemny, a z drugiej strony cały szereg objawów przemawia za gruźlicą. We wszystkich przypadkach tego rodzaju dodatni odczyn białkowy plwociny dowodzi gruźlicy. Stahr.

Chirurgia.

Hirschel. **Zastosowanie znieczulenia miejscowego do większych operacyi na klatce piersiowej (rak sutka, plastyka klatki).** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 10). Znieczulenie miejscowe wypiera coraz to bardziej inne sposoby znieczulania. Na podstawie 5 przypadków bardzo zaleca je H. przy raku sutka i przy wycinaniu żeber. Przy raku sutka operowana nie może być zbyt otyła, ani przypadek za daleko posunięty, natomiast do zwykłych aktów, t. j. odjęcia sutka, mięśni piersiowych i wyłuszczenia gruczołów pachowych w zwykłych przypadkach nadaje się to znieczulenie znakomicie. Co do techniki, to zaczyna się wstrzykiwać od pachy, postępuje się w dół, okrążając sutek, przyczem znieczula się w międzyżebrzach przedewszystkiem nerwy na górnej i dolnej powierzchni żeber. Potem pod sutek, względnie mięśnie, wstrzykuje się 30—50 cm^3 $1/2$—1% nowokainy (z dodatkiem 4—5 kropli adrenaliny na każde 50 ctm). Samo wstrzykiwanie trwa, nawet przy wprawie, 15 minut, ale skutek jest potem bardzo dobry, operuje się swobodnie, a chorzy są bardzo zadowolnieni. K.

Britniow. **W sprawie odkażania skóry pola operacyjnego sposobem Aladar-Bogdana.** (Russkij Wracz 1911, Nr 6). B. stosował do odkażania skóry modyfikacyę Aladar-Bogdana pierwotnego sposobu Grossicha, używając zamiast mieszaniny Heussnera (nalewki jodowej 10,0, benzyny 750, płynnej parafiny 250), mieszaniny z 1 części jodu i 1000 cz. benzyny. B. postępował w taki sposób: W przeddzień operacyi kąpiel, przed którą wygalano miejsce przyszłego pola operacyjnego. Przed operacyą skórę oczyszczano przez 1—3 minut watą, zwilżoną w benzynie jodowej i zaraz potem smarowano nalewką jodową (10%). Ręce przed pierwszą operacyą mył B. przez 10 minut w ciepłej wodzie szczotką, wycierał wyjałowionym ręcznikiem i przez $5'$ wycierał marlą, umaczaną w spirytusie. Do następnych operacyi wystarczało tylko 5-minutowe wycieranie spirytusem. Z 519 operacyi przypadków zakażenia rany było 120. We wszystkich »czystych« operacyach (142 przypadki operacyi przepukliny) ropienia nie było ani razu. B. uważa ten sposób za doskonały, twierdząc, iż sposoby odkażania skóry według Ahlfelda i Fürbringera nie dawały mu lepszych wyników. Z. Gilewicz.

Iselin. **Badania skutków operacyjnego usuwania gruczołów przytarczycznych.** (IV. Zebranie szwajcar. Tow. neurol. 1910, XI.). Iselin usuwał gruczoły przytarczyczne u szczurów, (które nadają się do tego najlepiej, bo mają dwa ciałka łatwo dostępne) i przekonał się, że tężyczka nie jest wcale jedynym skutkiem usunięcia gruczołów, ale prócz tego u młodych zwierząt spotyka się potem zaburzenia wzrostu, charłactwo, a nieraz zmiany w kościach, przypominające żywo krzywicę. Jeżeli usunie się matkom gruczoły przytarczyczne, to potem u potomstwa skłonność do tężyczki jest ogromna i już po usunięciu jednego ciałka zjawić się mogą jej napady, nieraz śmiertelne. Co do skutku przeszczepiań u człowieka, to zdaniem J. jest on tylko chwilowy, stały zaś skutek pochodzi jedynie od samowyleczenia, t. j. przystosowania się do nowych warunków. Ten sam chwilowy skutek osiąga się także przez organoterapię, brom i t. p. Natomiast tam, gdzie gruczołów przytarczycznych brak zupełny, nie można się spodziewać po przeszczepieniach żadnego trwałego wyniku. K.

Haudek. **Radiologiczne przyczynki do rozpoznawania wrzodu i raka żołądka.** (Münch. mediz Wochs. 1911, Nr 8). Wrzód żołądka możemy nieraz rozpoznać zapomocą promieni Röntgena bardzo łatwo. Najłatwiej udaje się to przy wrzodach drążących, albowiem widać wtedy na płycie rentgenowskiej grudkę bizmutu zupełnie poza żołądkiem, a nad nią bańkę powietrza. Za wrzodem żołądka przemawia także wciągnięcie, względnie wkarbowanie ściany żołądka, co n. p. dzieje się często na wielkiej krzywiźnie przy wrzodzie na krzywiźnie małej (początki żołądka klepsydrowatego). Dalej przemawia za wrzodem położenie części odźwiernikowej (u mężczyzn) po stronie lewej przy stromem ustawieniu krzywizny wielkiej. Wrzodowi towarzyszy bardzo często skurcz odźwiernika, co również daje się wykazać (skuteczność połączenia żołądka z jelitem polegać ma właśnie na omijaniu tego skurczu, czyli uwalnianiu żołądka z zaległości). Bardzo być może, że ten skurcz odźwiernika wywołuje dopiero wystąpienie wrzodu, Kausch spotykał bowiem przy operacyach, podejmowanych wskutek objawów wrzodu, takie skurcze, a wrzodu nie znajdował. Natomiast kurczu tego brakuje zupełnie przy raku, chyba że rak usadowił się w odźwierniku, a w takim razie stwierdza się zwężenie odźwiernika. Nieraz udaje się radiologicznie stwierdzić raka żołądka w postaci guza sterczącego do żołądka. Przy raku włóknistym stwierdza się zmniejszenie się pojemności żołądka. Odróżnienie raka włóknistego (scirrhus) od innych rodzajów raka jest ważne ze względu na wskazania operacyjne, bo przy raku włóknistym zwykle już operować nie można. K.

Jerusalem. **O leczeniu gruźlicy chirurgicznej światłem słonecznem.** (Tow. med. wewnętrzn. Wiedeń 1911, III.). U dzieci osiąga się przy gruźlicy chirurgicznej bezwarunkowo dobre wyniki przy leczeniu zachowawczem. Obok niego stosuje Rollier w Leysin leczenie zapomocą światła słonecznego i otrzymywać ma przytem tak dobre wyniki, że rzadko wogóle zachodzi potrzeba zabiegu, a stawy goją się przy zupełnie dobrze zachowanej sprawności. Na światło słoneczne wystawia się tak ogniska otwarte, jak i zamknięte. W dniach pochmurnych stosuje się światło fioletowe. Jerusalem stosuje także w Wiedniu leczenie gruźlicy chirurgicznej światłem słonecznem i z wyników jest bardzo zadowolony. K.

Prof. H. Turner. **O t. zw. śródmacicznych złamaniach goleni i ich leczeniu.** (Wracz. Gaz. 1911, Nr 6 i 7). Autor na zasadzie rozbioru opisanych w literaturze, oraz przez siebie spostrzeganych przypadków t. zw wrodzonych złamań goleni dochodzi do wniosku, że nie są to złamania w ścisłem tego słowa znaczeniu, lecz że zmiany te należą do szeregu wad rozwojowych płodu, jak zwichnięcie uda, kolana, stopa szpotawa (pes varus) i in. Co do leczenia chirurgicznego, które tak często dotychczas zawodziło, to T. uważa, że dałoby się osiągnąć wyniki pomyślne przez stosowanie zabiegów energiczniejszych dla pobudzenia sprawy osteoplastycznej na miejscu przyszłego zrostu, chociażby za cenę skrócenia kończyny. W tych zaś przypadkach, gdzie brakom w piszczeli towarzyszy przerost strzałki, wyzyskać należy tę ostatnią dla przeszczepienia kości wraz z okostną. M. Łążyński.

Pürckhauer. **Skręcenie kości goleni przy wrodzonych stopach szpotawych.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 1). Przeszło w 15% stóp szpotawych prócz właściwego cierpienia spotykamy jeszcze skręcenie kości goleni ku wewnątrz, co sprawia, że w końcu pomimo, iż chory dobrze następuje stopą, palce zwrócone są ku środkowi, co także jest bądź co bądź wielką wadą. Niektórzy są nawet tego zdania, że skręcenie to, raz mniej, drugi raz więcej wyraźne, jest cierpieniem pierwotnem, a stopa szpotawa następowem. Wszelkie leczenie konserwatywne pozostaje zwykle bez skutku i jedynie linearne przecięcie kości i odwrócenie stopy na zewnątrz leczy cierpienie doszczętnie. Wystarcza zupełnie przecięcie kości goleniowej. K.

Werner i Caan. **O wydostawaniu narządów brzusznych celem naświetlania promieniami Röntgena.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 11). W. i C. stosownie do pomysłu Becka w przypadkach nowotworów, nie nadających się już do doszczętnej operacyi, wszywali je w powłoki brzuszne, aby przez to uczynić je bezpośrednio dostępnymi dla promieni Röntgena i spostrzegali przy tem wcale dobre wyniki. W ten sposób leczyli 9 przypadków raka żołądka, dwa kiszki stolcowej, jeden pęcherzyka żółciowego i jeden nawrót raka jajnika. Od tego leczenia upłynął już rok. Z 9 leczonych na raka żołądka zmarło 2 w 2—3 tygodni po zabiegu na powikłania płucne. W. i C. wyrażają zdanie, że w razie znalezienia przy operacyi próbnej guza, nie nadającego się do wycięcia, powinno się bezwarunkowo prócz zabiegu paliatywnego (n. p. enteroanastomozy) wszyć guz w powłoki i leczyć dalej »radiochirurgicznie«. K.

Położnictwo i ginekologia.

T. A. Dobbert. **Metody pochwowe w ginekologii.** (Żurnał akusz. i żensk. bol. 1911, Styczeń). Autor oświadcza się przeciwko rozszerzeniu wskazań do operacyi pochwowych, gorąco zalecanego przez szkołę prof. Otta na V. Zjeździe międzynarodowym ginekologów i położników w Petersburgu. Przytaczając statystykę przytułku Aleksandryjskiego, zaznacza D. znaczną ilość niepomyślnych wyników operacyi pochwowych i przeciwstawia temu strony dodatnie operacyi, dokonanych zapomocą cięcia brzusznego. Śmiertelność w pierwszej seryi laparotomii (500 przypadków) wynosiła 5·2%, w drugiej zaś, późniejszej (298 przyp.), zaledwie 2%. M. Pietkiewicz.

Prof. Ott. **Metody pochwowe w ginekologii.** (Żurnał akusz. i żensk. bol. 1911, Luty). W odpowiedzi na artykuł Dobberta, przytacza O. statystykę własną, obejmującą 1375 przypadków operacyi pochwowych od r. 1885. W pierwszej seryi przypadków autora śmiertelność wynosiła 2·2%; w drugiej seryi, pomimo rozszerzenia wskazań, zaledwie 0·57%; wreszcie w czasie obecnym, w ostatnich 260 przypadkach, operowanych sposobem pochwowym, nie było ani jednego zejścia śmiertelnego. M. Pietkiewicz.

N. J. Gorizontow. **W sprawie rozlanego gruczolaka macicy (adenoma myometrii diffusum).** (Żurnał. akusz. i żensk. bol. 1911, Styczeń). Opis dwóch przypadków rozlanego gruczolaka macicy. W obu przypadkach dokonano operacyi doszczętnej (hysterectomia abdominalis) z wynikiem pomyślnym. W pierwszym przypadku śluzówka była pokryta długimi strzępami w rodzaju polipów, zrośniętych ze sobą nakształt łuków i zakończonych kosmykami. Drugi przypadek był powikłany mnogimi włókniakomięśniakami i rakiem gruczołowatym. Rozlane gruczolaki macicy zalicza G. do rzędu gruczolaków złośliwych i zwraca uwagę na trudności rozpoznawcze; w przypadkach powikłanych np. włókniakomięśniakiem, dokładne rozpoznanie przed operacyą jest, zdaniem G., wręcz niemożliwe. G. przytacza piśmiennictwo, dotąd nader skąpe, ograniczające się zaledwie do 19 przypadków, opisanych przez Landerera (1 przyp.), R. Meyera (12 p.), Pfortea (1 p.) i Schutzego (1 p.). M. Pietkiewicz.

Anna Unger. **Tkanka sprężysta we włókniakomięśniakach macicy.** (Żurnał akusz. i żensk. bol. 1911, Luty). Autorka zbadała 19 przypadków ogólnego zwyrodnienia włóknistego macicy, 16 p. guzów podsurowiczych, 9 śródmiąższowych i 3 podśluzowe. Wyniki badań są następujące: 1) Tkanka sprężysta należy do stałych części składowych włókniakomięśniaków macicy i bierze niewątpliwie czynny udział w rozrastaniu się guzów, znajdowano ją bowiem we wszystkich warstwach, zarówno środkowych, jakoteż i obwodowych; 2) pod względem ilości zależy całkowicie od ilości tkanki łącznej nowotworu; 3) rozprzestrzenia się nie typowo, w zależności od rozmaitych warunków odżywiania; 4) sprawy zwyrodnienia wywierają wpływ na

tkankę sprężystą, niszcząc ją, chociaż stawia ona opór wpływowi temu dłużej, niż inne pierwiastki tkankowe.

M. Pietkiewicz.

U. Z. Iwanow. **Układ mięśniowy więzadeł macicy w związku z układem pęczków mięsnych w samej macicy.** (Żurnał akusz. i żensk. bol., 1911, Styczeń). Wobec różnicy zdań badaczy co do układu mięśniowego macicy i jej więzadeł, oraz niedokładności w opisach, zbadał I. szereg preparatów anatomicznie i drobnowidowo. Główne wyniki badań są następujące: Więzadło obłe (lig. rotundum) niewłaściwie nosi tę nazwę, jest to bowiem szeroka wstęga mięśniowa pomiędzy kanałem pachwinowym i macicą. I. proponuje nazwę »lig. musculosum utero-inguinale«. Zwinięte lub skręcone na kształt trąbki w okolicy kanału pachwinowego, mięśnie więzadła rozszerzają się potem wachlarzowato i pokrywają całą przednią powierzchnię trzonu macicy, tworząc w ten sposób jej zewnętrzną warstwę mięsną; mniejsza część pęczków mięsnych więzadła przechodzi na tylną ścianę macicy. Pewna część mięśnia tegoż więzadła udziela się warstwie naczyniowej macicy i przechodzi na tylną stronę macicy ku tętnicy nasiennej wewnętrznej. Układ mięśniowy szyjki macicznej dzieli się na 2 części. Główną masę szyjki tworzą pęczki mięsne zewnętrznej i naczyniowej warstwy macicy; prócz tego zasila tylną część szyjki t. zw. przez autora »musculus retro-uterinus fasciae pelvis«. Wszystkie pęczki mięsne szyjki, dążące pierwotnie równolegle z jej osią, zginają się na zewnątrz i zbliżają się ku śluzówce kanału szyjki w kierunku prostopadłym. Z wyników swych badań wysnuwa I. wnioski, mające doniosłe znaczenie teoretyczne i praktyczne zarówno w ginekologii, jako i w położnictwie. M. Pietkiewicz.

M. P. Rogow. **Przypadek wyleczenia pooperacyjnego nawrotu raka macicy.** (Żurnał akusz. i żensk. bol. 1911, Luty). U chorej 43-letniej, u której wykonano operacyę doszczętną raka macicy zapomocą cięcia brzusznego, wystąpił po 3 miesiącach w bliźnie pochwowej guz wielkości małej śliwki, który R. uważa za nawrót raka. R. stosował przyżegania guza rakowego kwasem arsenawym (nierozcieńczonym, w proszku) w odstępach 1—2 tygodniowych. Prócz tego chora zażywała jodek potasowy w dawkach stopniowo wzrastających od 4%—10% rozczynu po 2 łyżki dziennie. Leczenie znosiła chora dobrze. Po 8 przyżeganiach i zażyciu 445 gramów jodku potasowego wyzdrowiała chora zupełnie; guz znikł bez śladu, nie pozostało ani śladu stwardnienia w bliźnie śluzówki. (Żałować należy, iż guza, który się rozwinął w bliźnie pooperacyjnej, nie zbadano drobnowidowo. Przyp. sprawozdawcy). Myśl stosowania jodku potasowego w przypadkach raka, nie nadającego się do operacyi, podnosił niejednokrotnie w piśmiennictwie prof. Michajłow (Russkij Wracz. 1906 r.) i inni. Przyżegania guzów rakowych zapomocą kwasu arsenawego (w rozcieńczeniu) stosowali poprzednio Czerny i Trunecek.

M. Pietkiewicz.

I. E. Gikanadze. **Zapalenie miedniczek nerkowych jako wskazanie do sztucznego przerwania ciąży.** (Żurnał akusz. i żensk. bol. 1911, Styczeń). Opis 4 przypadków obustronnego zapalenia miedniczek nerkowych u kobiet ciężarnych (w 2 przypadkach znaleziono w moczu bakterye okrężnicy), leczonych czas dłuższy bezskutecznie. W 3 przypadkach robiono przemywania miedniczek; w jednym dokonano nacięcia nerki z jednej strony. Ze względu na ciężki stan chorych musiano we wszystkich 4 przypadkach przerwać ciążę. Po tym zabiegu chore wyzdrowiały. Opierając się na pomyślnych wynikach, osiągniętych zapomocą przerwania ciąży w tych 4 przypadkach, oraz na doświadczeniu niektórych innych badaczy, sądzi G., iż w ostrych formach zapalenia miedniczek nerkowych, szczególnie obustronnych, z uporczywie trwającą wysoką gorączką, bezwarunkowo wskazane jest przerwanie ciąży. M. Pietkiewicz.

Izabad. **Poronienie sztuczne z zasadniczego punktu widzenia.** (Medic. Obozr. Nr 2, 1911). S. rozpatrując szczegółowo różne zdania starożytnych i nowożytnych myślicieli i lekarzy, dochodzi do następujących wniosków: 1) Wartość życia matki wyższą jest od wartości życia płodu. 2) Oceniając wskazania do przerwania ciąży powinniśmy mieć na oku nietylko bezpośrednie niebezpieczeństwo dla życia matki, ale także niebezpieczeństwo dla jej zdrowia, przytem powinno brać się w rachubę a) socyalno-ekonomiczny stan ciężarnej kobiety i b) los (t. j. przypuszczalną zdolność do życia i słabowitość) przyszłego dziecka. 3) W tym kierunku pożądane jest rozszerzenie istniejących wskazań dla t. zw. poronienia prawnego przez towarzystwa lekarskie, zjazdy lekarzy i t. d. 4) Pożądane jest dodanie do artyk. 1463 i 1471 rosyjskiego prawa o karach następującego dopełnienia: »Nie uważa się za zbrodnię spędzenia płodu, jeśli je wykonuje lekarz, nie pozbawiony praktyki, za zgodą ciężarnej i jeszcze jednego lub dwóch lekarzy, przy zachowaniu przepisów medycyny naukowej, dla uratowania życia lub zdrowia ciężarnej«. 5) W przypadkach zajścia w ciążę małoletniej albo psychicznie chorej albo dorosłej zgwałconej, chociażby i zdrowej kobiety wskazane jest sztuczne przerwanie ciąży, przy zachowaniu ogólnych praw. 6) Przy współczesnym stanie medycyny i istniejących warunkach socyalno-ekonomicznych nie mogą być wypracowane we wszystkich przypadkach bezwzględne wskazania dla przerwania ciąży. Istnieje cały szereg wskazań względnych, przy których sztuczne poronienie nie obowiązuje, lecz jest dozwolone i uważa się za prawne, przy zachowaniu ogólnych warunków. 7) Walkę ze spędzaniem płodu zbrodniczem powinno się prowadzić nie przy pomocy kar kryminalnych, lecz przez zakładanie przytułków dla ciężarnych kobiet i ich dzieci, przytułków, urządzanych kosztem państwa i społeczeństwa. Tomasz Cichocki.

Nowikow. **Przypadek nadłonowego zewnątrzotrzewnego cięcia cesarskiego przy wązkiej miednicy.** (Medic. Obozr. 1911, Nr 2). Szczegółowo zastanawiając się nad różnymi sposobami cięcia cesarskiego, oddaje N. pierwszeństwo nadłonowemu cięciu zewnątrzotrzewnemu, dochodząc do następujących wniosków: 1) Nowa ta operacya może zastąpić bez uszczerbku klasyczne cięcie cesarskie, szczególnie tam, gdzie nie trzeba się spieszyć i gdzie poród nie przebiega aseptycznie. 2) Nadłonowe cięcie cesarskie może wpłynie na zmniejszenie liczby pubiotomii, a może zupełnie ją usunie z rzędu operacyi położniczych, ponieważ nie sprowadza tylu nieszczęśliwych skutków, co pubiotomia. 3) Na częstość pochwowego cięcia cesarskiego sposobem Dürssena nadłonowe cięcie cesarskie nie wpłynie. 4) W przypadkach zakażenia dróg rodnych, w których pubiotomia nie wystarczała, a klasyczne cięcie cesarskie nie mogło być wykonane, cięcie nadłonowe może oddać pewne usługi. 5) W sposobie operowania zewnątrzotrzewnym mają położnicy doskonałą broń dla ratowania życia matki i płodu. Przypadek operowany przez autora tym nowym sposobem skończył się pomyślnie i dla matki i dla dziecka.

Tomasz Cichocki.

Nowikow. **W sprawie leczenia łożyska przodującego.** (Żurnał akusz. i żensk. bol. 1911, Luty). W ciągu 30 niespełna lat spostrzegano na 24.700 porodów 62 przypadki łożyska przodującego (400:1). Nizkie usadowienie łożyska znaleziono 7 razy, przodowanie boczne 36 razy, przodowanie zupełne (środkowe) 19 razy (30%). Przy nizkiem usadowieniu łożyska wszystkie położnice pozostały przy życiu, dzieci zaś 3, t. j. 43%; przy bocznem przodowaniu łożyska wyzdrowiało położnic 30, t. j. 86%, dzieci pozostało przy życiu 7, t. j. 22%; przy przodowaniu łożyska środkowem pozostało przy życiu 12 położnic (o jednej brak wiadomości), t. j. 67%, dzieci zaś zmarły wszystkie. Zabiegi lecznicze: w 5 przypadkach stosowano tamponowanie, w 9 przebicie pęcherza płodowego lub rozerwanie łożyska, w 10 obrót według Braxton Hicksa, w 26 obrót wewnętrzny, w 2 wysokie kleszcze, w 2 poćwiertowanie płodu, w 1 wyciskanie płodu, w 2 pociąganie za nóżki, w 1 kolpeuryn-

ter, w 1 metreurynter, a w 2 przypadkach poród odbył się bez wszelkiej pomocy. N. określa wskazania przy łożysku przodującem w sposób następujący: 1) Jeśli płód nie żyje, należy przerwać łożysko lub pęcherz płodowy i wprowadzić metreurynter. 2) Jeśli płód żyje, to może on urodzić się żywy przez pochwę w takim tylko razie, gdy wymiary jego są małe. Jeśli zaś wymiary płodu żywego (oczywiście donoszonego! Przyp. sprawozd.) są prawidłowe, to nadzieja uratowania jego przez pochwę jest mała; w tym przypadku należy dokonać cięcia cesarskiego. 3) Przy znacznej niedokrwistości, gdy niebezpieczeństwo życia grozi zarówno matce, jak i dziecku, należy przedewszystkiem ratować matkę. W tym przypadku należy zająć się nie porodem, lecz sposobami usunięcia niebezpiecznego stanu matki, należy powstrzymać krwotok zapomocą metreuryzy, stosować wlewania, podawać środki orzeźwiające i t. d. (Dlaczego tak rzadko stosowano w zakładzie metreurynter, zalecany przez autora w 1 i 3 punkcie wskazań — niewiadomo. Przypisek sprawozdawcy). M. Pietkiewicz.

P. Chażyński. **Przyczynek do rozpoznania potwora półgłowego w czasie ciąży.** (Żurnał akusz. i żensk. bol. 1911, Luty). Badając ciężarną pierwiastkę w ostatnim miesiącu ciąży, zauważył Ch. niezwykłe zjawisko: przy omacywaniu główki płodu przez powłoki brzuszne chora odczuła nagle nadzwyczaj silne ruchy płodu, sprawiające ból dotkliwy. To zjawisko, powtarzające się stale przy każdem badaniu główki płodu, wzbudziło podejrzenie, że chodzi tu o objaw, opisany przez Morisaniego u potworów półgłowych (silne ruchy płodu przy ucisku na resztki mózgu), tembardziej, iż obrysy przodującej główki były niewyraźne. Przy badaniu wewnętrznem chorej potwierdziło się przypuszczenie autora: przez rozszerzony dolny odcinek macicy udało się wyczuć ostry brzeg kości czaszkowej. Poród odbył się prawidłowo; w czasie porodu przy obmacywaniu miękkich części główki spostrzegano także bardzo silne ruchy płodu, wielce dolegliwe dla rodzącej. W czasie przerzynania się główki uderzenia serca płodu ustały. Płód-potwór półgłowy ważył $13^1/_2$ funtów. M. Pietkiewicz.

Dermatologia i syfilidologia.

Merkuriew i Silber. **O stosowaniu szczepionki gonokokowej w wiewiórze.** (Russkij Wracz, 1911, Nr 6). Pracę swą autorowie rozpoczynają od przeglądu szczupłego piśmiennictwa tej sprawy. Szczepionkę autorowie przyrządzali sami, wypróbowując jej siłę zapomocą wstrzykiwań podskórnych świnkom morskim. Leczenie szczepionką prowadzili często pod kontrolą badania współczynnika opsoninowego (szczegóły co do techniki w oryginale) i uchylenia komplementu. Ogółem stosowali szczepionkę w 35 przypadkach zmian wiewiórowych, z nich: dróg moczowych 22, najądrza 9, gruczołu krokowego 2, stawu 1, pochwy 1. Obok szczepionki stosowano u większości chorych także leczenie miejscowe. Na mocy swych badań nad działaniem wakcyny, autorowie podają następujące wnioski: Działanie szczepionki jest swoiste; przypadki zaś, w których leczenie szczepionką nie daje wyników dodatnich, należy tłómaczyć błędami w technice stosowania szczepionki. Wstrzykiwania są bolesne i czasem na miejscu wstrzykiwań powstają nacieki, trwające przez tydzień. Ciepłota pod wpływem wstrzykiwań po 2—3 godzinach dochodzi do 39,5°, spadając po 24 g. do poziomu prawidłowego; wydzielina i ilość dwoinek zmniejszają się. W przypadkach zmian stawu i najądrza bolesność wkrótce po zastosowaniu szczepionki zmniejszyła się. Z. Gilewicz.

J. A. Finkelsztern. **Kliniczna i pracowniana praktyka odczynu Wassermanna.** (Medic. Obozr. 1911, Nr 2). Autor przeprowadził szereg badań w 845 przypadkach, w których dokonał 1097 doświadczeń. Badaniom podlegali: chorzy na kiłę, chorzy na inne choroby, ludzie zdrowi. Wyniki prób doprowadzają autora do następujących wniosków: 1) Przy doświadczeniach z antygenem kiłowym wodnym silnie wyrażony odczyn Wassermanna klinicznie jest swoisty, ponieważ występuje u kiłowych we wszystkich okresach, a nie występuje u chorych na inne choroby i u zdrowych. 2) Bardzo wyraźny odczyn dodatni Wassermanna bezwzględnie stwierdza obecność kiły (jawnej lub ukrytej). 3) Ujemny odczyn kiły nie wyłącza. 4) Pod wpływem leczenia, zależnie od jego natężenia, odczyn Wassermanna, zmniejsza się i może zupełnie zniknąć. 5) Słabo dodatni odczyn rzadko spostrzegany przy innych chorobach (nowotwory, gruźlica), ma kliniczne znaczenie tylko u chorych z kiłą w wywiadach. 6) Robiąc próby z odczynem Wassermanna nie można zmieniać zasad techniki, wypracowanych przez Wassermanna. Tomasz Cichocki.

Sztucer. **O serodyagnozie kiły według Porgesa.** (Wraczebn. Gaz. 1911, Nr 10). Autor rozpatruje 798 przypadków odczynu Porgesa, wykonanego przez różnych badaczy, i 146 odczynów, wykonanych przez siebie. W przypadkach Sz. na 146 zbadanych surowic, odczyn Wassermanna wypadł dodatnio 43 razy, a odczyn Porgesa 42 razy. Odczyn W. wypadł dodatnio jednocześnie z odczynem P. tylko w 16 przypadkach. W 17 przypadkach odczyn P. wypadł dodatnio w takich surowicach, gdzie odczyn W. był ujemny, a mianowicie, w 7 przypadkach ostrego zapalenia wielu stawów (polyarthritis acuta) i po jednym wysięku opłucnej, nerwobolu, raka żołądka, zapalenia (kiłowego?) odbytnicy, kiły mózgu, tętniaka aorty, przewlekłego zapalenia nerek i z rozpoznaniem niewiadomem. Podobne wyniki otrzymali także inni autorowie. Sz. dochodzi do przekonania, że nie może być mowy o swoistości odczynu P. przy kile. W zapaleniu stawów odczyn dodatni jest regułą, jak również i w wielu innych chorobach, nic wspólnego z kiłą nie mających. Odczyn Porgesa zatem nie może mieć znaczenia dla kliniki. A. Modrzewski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 1. marca 1911.

Przewodniczy: Prof. Cybulski. Obecnych 60 członków.

Przewodniczący wita kol. Konecznego z Kijowa, jako gościa. Na członków Towarzystwa przyjęto jednogłośnie kol. Zygmunta Radlińskiego, bez głosowania kol. Bronisława Hackbeila, lekarza pułkowego; obydwu z Krakowa.

1) Prof. Wicherkiewicz przedstawia dwóch chorych, leczonych w klinice ocznej **salvarsanem.**

Wobec dwóch zapowiedzianych wykładów nie chciałbym zabierać drogiego czasu, ale niech mi wolno będzie, przedstawiwszy kolegom dwa ciekawe okazy z patologii ocznej, wykazać choć w kilku słowach nadzwyczajną skuteczność w pokonaniu chorób przetworem Ehrlicha.

Pierwszy przypadek dotyczy chorej, przyjętej do kliniki d. 14. II. z powodu silnego zapalenia lewego oka. March. 28-letnia, wolnego stanu, nie przyznaje się do żadnego zakażenia. Przed 6 laty zrodziła dziecko zdrowe, żyjące do dziś. Rodziców swych nie znała. Dawniej zawsze zdrowa, dostała przed kilku laty owrzodzenia skóry na szyi i w okolicy łonowej; leczona w jednym ze szpitali krajowych jodoformem. Od 8 miesięcy zaś takież wrzody powstały z guzów w okolicy łonowej i pachwinowej. Od miesiąca już oko lewe boli, zamglone i nie pozwala patrzeć. Badanie wykazało, co następuje: Cała okolica łonowa i pachwinowa zajęta wrzodami częściowo zabliźniającymi się, o brzegach grubych, pokrytych strupami, z pod których wydobywa się rozpadowa masa. Takiż wrzód pod żuchwą z lewej strony. a w miejscu lewej ślinianki przyusznej guz, wielkości jaja gołębiego, ze skórą zaczerwienioną. Największa atoli zmiana na oku lewem: Powieka dolna odstaje, znacznie wypuklona

przez guz szaro słoninowaty, o nierównej powierzchni, zajmujący całą przestrzeń między powieką, a gałką i dotykający wprost brzegu dolnego rogówki, lekko zmętnionej i naczyniami nie zbyt obficie pokrytej. Ponieważ badanie Moro dało wynik ujemny, z tem większem podejrzeniem badaliśmy w kierunku kiły. Otóż odczyn Wassermanna wybitnie dodatni, a badanie zawartości wrzodu podszczękowego wykazało krętki blade. W tym kierunku podjęte badanie części guza ocznego niestety już po zastosowaniu salvarsanu, dało wynik ujemny. Wpro $^6/_6$, lo: tylko palce na 5 mtr.

Wobec niewątpliwej podstawy objawów patologicznych rozpoznałem kilaka spojówki gałkowej lewego oka i zapalenie jaglicze obu ócz. Nazajutrz wstrzyknięto chorej w pośladki 0.6 salvarsanu, a w trzy dni później nadto śródżylnie 0.3. Ciepłota ciała podniosła się znacznie przez pierwsze trzy dni po wstrzyknięciu wśródżylnem, bo dochodziła do 39.5, by następnie utrzymywać się prawidłowo. Już nazajutrz po zastosowaniu środka guz oczny zaczął się zmniejszać, a skutek wzmagał się z każdym dniem, zwłaszcza po wstrzyknięciu wśródżylnem. Zresztą chora czuła się zawsze dobrze. Stopniowo stale bez wszelkiego dalszego leczenia guz oczny maleje, jakoteż i wrzody skórne zaciągają się bliznowato. Z guza ocznego pozostał już tylko ślad w kąciku zewnętrznym.

Przy innej sposobności wspomniałem kolegom na tem miejscu, iż zapalenie jaglicze u osobnika kiłowego może przybrać znamiona złośliwe, a wtenczas leczenie swoiste wpływa korzystnie na tego rodzaju jaglicę. Na odnośnym przypadku wykazałem skuteczność salvarsanu. U March. jednak leczenie salvarsanem w niczem nie wpłynęło na poprawę jaglicy, którą musiałem pokonywać innymi środkami i zabiegami (galwanokaustyką). Ale i pod tym względem znaczna nastąpiła poprawa.

Ciekawy jest też i drugi przypadek. C., wyrobnik, 32 l., z Niska, zgłosił się 21 II. 1911 z powodu zapalenia prawego oka, trwającego od 2 tygodni. Przed 5 laty operowany w Wiedniu z powodu »łuszczki«, której nabył w dzieciństwie. Zresztą »nigdy na nic nie chorował«, a stanowczo zaprzecza, by był kiedykolwiek kiłowo zarażony. Dopiero w ostatnim czasie wydobyłem wyznanie, iż zaraził się przed świętami BN. Badanie: W. Pro. utrudnione z powodu światłowstrętu i łzawienia; spojówka cała silnie przekrwiona, rogówka lekko zmętniona powierzchownie, zwłaszcza dołem. W przedniej komorze na tęczówce żółto-szary nierówny guz, uchodzący za gęste hypopyon, ale utkaniem podobny raczej do kilaka. Ponad niem krwawy skrzep po stronie nosa, a nad skrzepem, nieco jeszcze przezeń zakryty, żółty guzek wielkości ziarna prosa. Na całem ciele bardzo wybitna różyczka, a nadto liczne guzki, zwłaszcza na karku i mosznie, gdzie nadto na samej linii środkowej znajduje się wrzód wielkości dużego ziarna grochu, o twardych brzegach. Na samej żołędzi powierzchowne owrzodzenia, a niemniej i na dolnej wardze ust. Badanie tkanki wrzodu moszny wykazuje bardzo liczne typowe krętki blade, a badanie krwi odczyn Wassermanna dodatni. Wstrzyknięto d. 24. II. 0.6 salvarsanu, częścią śródżylnie, częścią śródmiąższowo. Wynik bardzo dodatni objawia się już w następnych dniach. Tak wrzód moszny, jak kiła guzkowa i różyczka znikły w krótkim czasie, a jedynie zapalenie tęczówki, lubo znacznie zmniejszone, gdyż ów żółty guzek (papula) znikł także, ustępuje wolniej. Źrenica wązka z przyrośniętym do soczewki brzegiem odsłonięta. Ów wysięk żółto szary ustępuje powoli, ale stale bez rozpadania. Tak szybkiego wyniku nie byłoby z pewnością dało żadne inne leczenie ani w tym, ani w pierwszym przypadku, a, że umyślnie unikałem stosowania jakichkolwiek innych środków, mogę wynik tak szybki przypisać wyłącznie salvarsanowi. O dalszym przebiegu tych przypadków nie omieszkam dać później wiadomość. (Streszczenie własne).

2) Prof. Bujwid wygłasza odczyt: **O bakteryobójczem działaniu światła**, połączony z pokazem przyrządu Nogiera do wyjaławiania wody zapomocą promieni ultrafioletowych. (Rzecz przeznaczona do druku).

3) Inżynier Borkowski: **O Ehrlichu i jego teoryi.** Drugą połowę odczytu odłożono do następnego posiedzenia.

Sekretarz doroczny: Dr G. Grzybowski.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

XII. posiedzenie Wydziału lekarskiego w d. 28. stycznia (10. lutego) 1911 r

Obecnych członków 18, gości 12. Przewodniczy wiceprezes prof. Ziemacki.

I. Dr Mieczysław Michałowicz odczytał rzecz p. t.: **Odrębność przebiegu gruźlicy u dzieci, rozpoznanie jej, oraz zabiegi lecznicze.**

Obok odry, płonicy, błonicy, krztuśca i innych chorób zakaźnych dziecięcych uznać należy jeszcze i gruźlicę za chorobę zakaźną dziecięcą. — Dotychczas uważano gruźlicę za chorobę dorosłych, tylko zdarzającą się także u dzieci. Najnowsze badania sekcyjne, podjęte przez kliniki paryską i wiedeńską, ustaliły odwrotny stosunek, wobec czego uznać należy, że gruźlica jest »par excellence« chorobą dzieci, a tylko dotykającą także i dorosłych. Przeprowadzenie badań z odczynem skórnym Pirqueta ustaliło, że 96% dzieci w wieku lat 15 ma mniejsze lub większe ogniska gruźlicze. Jeżeli ogół lekarzy, nie wyłączając lekarzy chorób dziecięcych, był dotychczas innego zdania w tej sprawie, to należy to przypisywać jedynie niedokładności metod badania gruźlicy dziecięcej. Gruźlica dzieci i gruźlica dorosłych, to cierpienia o zupełnie odrębnym przebiegu. Gdy gruźlica dorosłych zajmuje płuca i wywołuje w nich zmiany, dostrzegalne przy opukiwaniu i osłuchiwaniu, to gruźlica dziecięca w olbrzymiej większości przypadków szczędzi płuc, zajmując natomiast gruczoły chłonne. Rozpoznanie cierpienia musi tedy opierać się przedewszystkiem na opukiwaniu gruczołów oskrzelowo-tchawicznych, a otrzymane wyniki muszą być sprawdzone prześwietlaniem Roentgena, oraz odczynem skórnym Pirqueta lub Mantou. Tylko tym sposobem możemy rozpoznać ukrytą, jak to bywa w większości przypadków, gruźlicę dziecięcą, badanie podług schematu dorosłych da bowiem stale wynik ujemny. Przechodząc do rokowania, zaznacza prelegent, że rokowanie w gruźlicy dziecięcej nie jest tak złe, jak u dorosłych, — przeciwnie — jest dobre. Prawie wszyscy ludzie byli w dzieciństwie zakażeni gruźlicą, pomimo to większość z nich nietylko nie umiera, lecz cieszy się później nawet dobrem zdrowiem. Usadowione w gruczołach chłonnych laseczniki gruźlicy wydzielają jad swoisty. Jad ten, krążąc w ustroju, pobudza ze swej strony komórki do wydzielania przeciwjadu. Trwając przez lata całe, sprawa ta wywołuje uodpornienie ustroju względem gruźlicy. Tem się tłómaczy zjawisko, że gdy statystyczna krzywa zakażonych gruźlicą idzie po przekątni w górę w kierunku od niemowląt do dzieci starszych, to krzywa śmiertelności z gruźlicy odwrotnie spada w tymże stosunku. Dopiero, gdy ustrój wskutek choroby lub przeciążenia zostanie wytrącony z równowagi, dopiero wtedy wystygłe ognisko gruźlicze poczyna rozpalać się na nowo. Gruźlica dorosłych, to »ostatnia zwrotka piosenki zanuconej dziecku jeszcze w kolebce«. Co się tyczy leczenia, to poza tranem i przetworami jodu, leki powinny odgrywać rolę podrzędną, natomiast tem baczniejszą uwagę należy zwrócić na powietrze i słońce. Mówca w dosadnych wyrazach kreśli obrazy polepszenia, których był świadkiem naocznym w Leysin (Szwajcarya francuska), gdzie chore dzieci stale, dzięki szczególnie dobrym warunkom nawet w zimie, są wystawione nagie — na działanie słońca. Kończąc odczyt, zachęca prelegent obecnych do udziału w walce z gruźlicą, podjętej obecnie przez społeczeństwo polskie. Wyniki ościennych Niemiec, gdzie śmiertelność z 32 spadła do 16 na

10.000 żyjących, świadczą najwymowniej, że wysiłki, w tym kierunku podjęte, nie idą na marne.

Dyskusya: Dr Ostrowski zaznacza, iż różnicowanie gruźlicy gruczołów zapomocą opukiwania, jak to podał prelegent, jest prawie niemożliwe. Mówca sam pracował w tej sprawie i nie mógł ściśle określić stłumienia.

Prelegent zgadza się w zupełności, że rozpoznawanie jest nader trudne, dodając, że za najpewniejsze objawy uważa: 1) opukiwanie przy pomocy kręgosłupa, 2) po sapaniu wydechowem u dziecka.

Doc. Noiszewski zaznacza, że chyba »noli me tangere« odnosi się do gruczołów chłonnych, nie zaś do kości i do skóry.

Prelegent: Wyskrobywanie ognisk z kości zagraża niebezpiecznemi następstwami, jak n. p. gruźliczem zapaleniem opon mózgowych, na co zwracają uwagę francuzcy autorowie.

Prof. Ziemacki: Rozpatrując sposoby przenikania jadu gruźliczego do ustroju, należałoby schorzenia gruczołów chłonnych przy narządzie pokarmowym i oddechowym wysunąć prawie na pierwszy plan, albowiem bardzo często można spostrzegać u dzieci opisane przez Mayera wyrośle gruczołowate jamy nosowo-gardłowej.

Dr Ratuld: Wszystkie dzieci w szkołach niektórych krajów są obowiązkowo badane przez ryno-laryngologów, albowiem przerosłe migdały gardłowe pociągają za sobą często powikłania w płucach i gardle. Badanie to jest obowiązujące w Niemczech.

Prelegent: Poruszona przez Prof. Ziemackiego sprawa jest bardzo ważna i jeżeli nie uwydatniłem jej, to tylko dla braku czasu. Albrecht wykazał, iż w wielu przypadkach gruczoły ulegają zakażeniu nie pierwotnemu, lecz wtórnemu. Sprawa ta na razie pozostaje nierozstrzygnięta.

Student Akademii lekarskiej E. Dąbrowski zapytuje prelegenta, jaką drogą Hamburger doszedł do przytoczonych przez prelegenta wyników.

Prelegent: Hamburger doszedł do swych wniosków przed 4 laty na materyale sekcyjnym; już po tej pracy Pirquet ogłosił swoje badania kliniczne.

Prof. Zaleski wyraża zdanie, że gruźlica tak u dzieci, jak i u dorosłych, jest jednakowa, wobec tego nie widzi odrębności w jej przebiegu; wypowiada kilka uwag co do bronionego jednostronnie przez prelegenta wpływu słońca na przebieg gruźlicy, zatrzymuje się nad tem, jak nauka doszła, że tylko świeże powietrze odgrywa wielką rolę w leczeniu gruźlicy, jak powstały stacye w Meranie, Davos itd.; mówi o znaczeniu wody dla zwapnienia zmienionych tkanek; w końcu zwraca uwagę, że prelegent nader pochlebnie przedstawia szwajcarskie sanatoryum w Leysin, pomija jednak zupełnie jedno z najlepszych, sanatoryum w Zakopanem, a także zasługi Dr Dłuskiego w organizacyi i rozwoju tej wybitnej instytucyi leczniczej polskiej.

Doc. Sowiński wątpi, ażeby tylko słońce w tej postaci, jak twierdzi prelegent, miało wyłączne znaczenie w leczeniu gruźlicy. W Finlandyi słońce w zimie tylko świeci, ale nie grzeje, pomimo to stan chorych poprawia się nader szybko, albowiem tam mają świeże powietrze wskutek tego, że ogromne obszary ziemi są pokryte grubą warstwą śnieżną, która pozbawia powietrze kurzu.

Prelegent: Co do odrębności gruźlicy u dzieci i dorosłych, to mogę zaznaczyć, że u dorosłych np. nie widzimy na sekcyi takich rozległych zserowaceń w gruczołach chłonnych, jak to się spostrzega u dzieci. U dorosłych przeważnie bywają zmienione płuca. Co do sanatoryum w Leysin, to poruszyłem tą sprawę nie dla reklamy, lecz wyłącznie dlatego, że tam widziałem bardzo pomyślne wyniki, przeważnie przy gruźlicy stawów kolanowych. Chore dziecko leży unieruchomione, pomimo to mięśnie, zamiast podlegać zanikowi, są jędrne. W zupełności podzielam zdanie, że słońce na południu pogarsza sprawę, w górach zaś w Leysin dzieci leżą nagie na balkonach, na których do takiego stopnia koncentruje się działanie promieni słonecznych, że po kilku dniach już dzieci wyglądają, jak murzyni. Byłoby pożądanem, aby również i w Zakopanem stosowano tę metodę.

Dr Jastrzębski podkreśla wypowiedziane przez prelegenta zdanie co do znaczenia tranu w walce z gruźlicą i przytacza badania Dra Szabada w Petersburgu, które wykazały, że tran zwiększa przyswajanie przez ustrój wapna, prócz tego chroni od zniszczenia tłuszcz ustrojowy.

Przewodniczący w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi podziękowanie za poruszenie nader ciekawej sprawy, która wywołała nie mniej zajmującą dyskusyę.

II) Doc. Dr Kazimierz Noiszewski wygłosił rzecz p. t. **O czuciu gruczołowem (adenaesthesia)**. Prelegent wykazał, iż oprócz czucia dotyku, a także ciepłoty i bólu, istnieje jeszcze jedno osobne czucie włosowe, właściwe miejscom skóry, pokrytym meszkiem, prócz tego osobne czucie gruczołowe, właściwe gruczołom łojowym, przy włosach się znajdującym. Swędzenie polega na tem czuciu gruczołowem. W dalszym ciągu zastanawiał się prelegent nad autonomią gruczołów płciowych u ludzi i zwierząt. Mowca przypuszcza, że popęd płciowy znajduje się w zależności od działania osobnych gruczołów, które wydzielają osobną substancyę, działającą jakby usypiająco na korę mózgową, wobec czego wywierają wpływ hamujący na ośrodki panowania nad sobą.

Dyskusya: Prof. Zaleski zaznacza, że prelegent poruszył niezmiernie ciekawe zagadnienie fizyologiczne i przypomina twierdzenie Brückego, że zmysłów jest daleko więcej, niż my ich znamy.

Przewodniczący w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi podziękowanie za zajmujący odczyt.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Przewodniczący Prof. Ziemacki wyjaśnia, w jaki sposób wytworzyła się sprawa pomocy lekarskiej dla uczącej się młodzieży w Petersburgu. Dotąd młodzież korzystała z pomocy ofiarowanej przez Dra Zakrzewskiego w jego lecznicy. Sądząc ze sprawozdania, które podaje przedstawiciel młodzieży, korzystało z tej pomocy 380 osób. W sprawie tej bierze udział 50 lekarzy; następuje wyliczenie nazwisk. Prof. Zaleski zapytuje, czy obie płci objęte są w sprawozdaniu; należałoby to oznaczyć. — Przedstawiciel młodzieży p. Jaśkiewicz wyjaśnia, że istnieją bilety jednego gatunku, wobec czego trudno obliczyć, jaka ilość biletów przypada na mężczyzn, a jaka na kobiety. 2) Skarbnik Dr Uliński podaje do wiadomości, że z rachunku bieżącego w »Ruskim banku dla wniesznej torgowli« podjęto sumę 1713 rs. 25 kop. i przesłano na rachunek bieżący do oddziału warszawskiego Banku handlowego w Petersburgu.

Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska ogłasza, co następuje:

I. »Z końcem kwietnia b. r. zostanie rozdana suma 781 K, jako trzecia część kwoty nadesłanej ze Związku Towarzystw lekarskich dla wdów i sierot po lekarzach. Wdowy i sieroty po lekarzach, którzy przynależeli do Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej, pragnące otrzymać zapomogę, zechcą swe podania wnieść do Izby najpoźniej do 15. kwietnia 1911«.

II. »Wskutek reskryptu c. k. Namiestnictwa z d. 6. marca 1911 l. VII b. 4108, podaje się do wiadomości następujący »Okólnik Namiestnictwa do wszystkich c. k. Starostw i Magistratów król. stoł. miasta Lwowa i Krakowa«. »Wskutek reskryptu c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z 1. grudnia 1910 l. 32413, wydanego w porozumieniu z c. i k. Ministerstwem wojny i c. k. Ministerstwem obrony krajowej, c. k. Namiestnictwo podaje do wiadomości, że rozporządzenie z 31. grudnia 1859 dz. p. p. l. 12 z r. 1860, tyczące się leczenia chorych żołnierzy względnie osób do związku wojskowego należących, zostało zniesione. Teraźniejszym stosunkom odpowiadające prze-

pisy o leczeniu chorych żołnierzy i rodzin podoficerów w szpitalach cywilnych lub w domach prywatnych przez lekarzy cywilnych, dalej o pomocniczem zastępstwie lekarzy wojskowych przez lekarzy cywilnych w ich czynnościach wojskowo-lekarskich, jak niemniej o wynagrodzeniu za te czynności, znajdują się w drugiem wydaniu książki służbowej (Dienstbuch) Nr 13 I. część (Regulamin dla służby zdrowia c. i k. wojska) z roku 1901 (§§ 22, 27 i 33 punkt 256 c. d.) i w książce służbowej K 4. I część (Przepisy należytościowe) (§§ 48 i 127), a przepisy o postępowaniu przy zachorowaniach w czasie transportów zawarte są w regulaminie służbowym I. część (§ 45 p. 342)«.

Izba lekarska wsch.-galic Prezydent: Dr Festenburg.

Sprawozdanie sanitarne m. Buczacza za rok 1910, opracowane przez lekarza miejskiego Dr Bienenwalda, jest dowodem, że energia i wytrwałość zdziałać mogą bardzo wiele, nawet przy skromnych środkach (Buczacz, liczący 14.026 mieszk., należy do uboższych miast galicyjskich) i trudnych warunkach sanitarnych. Śmiertelność w r. 1910, wynosząca 14·3%, nie zależała bowiem wcale od chorób zakaźnych. Przez poprzednich lat 13 nie wygasał w Buczaczu obok innych epidemii prawie nigdy dur brzuszny, którego źródłem okazywały się zanieczyszczone studnie. Obecnie od 1½ roku nie było epidemii duru, chociaż miasto nie posiada wodociągów ani kanalizacyi; ale też istniejące studnie poddano starannemu dozorowi, pilnie czyszczono i poprawiano. W przypadkach innych chorób zakaźnych przeprowadzano dokładną desynfekcyę, na mieszkaniach chorych umieszczano napisy ostrzegające i t. d. Ulice i place są codziennie zamiatane i czyszczone; miasto stara się o poprawienie warunków czystości, wybudowało 1000 m² chodników i dróg, przesklepiło bagnisty potok śródmiejski na długości 120 m, poprawiło wyloty kanałów, wpadających do rzeki Strypy i uregulowało jej brzegi, a wreszcie przygotowało plan wodociągów i racyonalnej kanalizacyi i stara się o fundusze na ich budowę. Brak dotąd w mieście wychodków publicznych, a zabudowywanie się nie odbywa się według zasad higieny. Przepisy budowlane bywają omijane, a do nowych domów jeszcze wilgotnych wprowadzają się mieszkańcy przed uzyskaniem zezwolenia na zamieszkanie. W zakresie nadzoru nad środkami żywności stwierdza sprawozdanie pewien postęp ku lepszemu dzięki częstym i regularnym rewizyom piekarni, handlów i t. p.; jednakże konieczny byłby stały nadzór targów przez ustanowienie fachowo wykształconego komisarza. W krakowskim c. k. Zakładzie badania środków spożywczych badano szereg próbek z handlów buczackich, jednakże niewiadomo (— dlaczego? —) z jakim wynikiem. Walka z chorobami wenerycznemi zapomocą bacznego nadzoru prostytucyi okazała się skuteczną. Miejscowe szpitale (powiatowy i izraelicki) leczyły w ciągu roku 350 osób. R.

W sprawie stosowania emanacyi radu do inhalacyi, wydało austr. ministerstwo spraw wewnętrznych rozporządzenie, zabraniające stosowania tego sposobu bez lekarza, uprawnionego do praktyki w Austryi. Nadto przy leczeniu powinien być zawsze obecny lekarz i wysyłać regularne sprawozdania roczne do władzy politycznej. Zakłady pragnące leczyć radem, powinny starać się o to u odpowiednich władz. X.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 26. III. do 1. IV. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 8 † 1 (w tem obcych 5 † 1), krztuśca 6 † 1, ospy wietrznej 1, płonicy 22 † 2 (6 † 1), odry 2 † — (1 † —), duru brzusznego 3 † — (1 † —), róży 1.

Dr Janiszewski.

Rudolf Ulrich Krönlein.

(Wspomnienie pośmiertne).

W szeregach chirurgów niemieckich poczyniła w ostatnich miesiącach śmierć mnogie szczerby. Ubyła znowu z tych szeregów sympatyczna postać Krönleina. Urodzony w Szwajcaryi w Stein nad Renem w r. 1847, pozostał Krönlein wierny swej ojczyźnie i zakończył pracowite życie w Zürichu, którego nie chciał opuścić mimo ciągłych korzystnych propozycyi, między innemi np. do Wiednia. Studya przebył w Zürichu, potem był tamże asystentem Rosego, a dalej asystentem wielkiego Langenbecka, co rozstrzygnęło o dalszej jego karyerze. Langenbeck był bardzo co do asystentów wybredny; dowodzi więc to wielkich zdolności i zalet Krönleina, że zdołał pozyskać zupełne zaufanie mistrza. Potem przez czas pewien zastępował Krönlein profesora w Giesen, a w r. 1881 powołano go na następcę Rosego do Zürichu. I tu Krönlein pokazał dopiero, co potrafi. Swą klinikę postawił na stopie światowej, która przyciągać poczęła obcych, znakomicie kształcił studentów, mając przytem, nawet wbrew swej woli, olbrzymią poprostu prywatną praktykę. Zdanie jego w »Alma mater Taricensis« było rozstrzygającem, tak wysoko bowiem cenili go koledzy.

Z pod pióra jego wyszło prawie 100 prac, z kliniki zaś jego tyleż prac asystentów i prac doktorskich. Z najcenniejszych wspomnimy: O leczeniu otwartem ran, rozdziały o chirurgii mózgu w dziele Bergmanna, o zwichnięciach, o trepanacyach czaszki i t. p. Wiele sposobów operacyi łączy się z jego imieniem, a należał też do pierwszych, którzy operowali przedziurawiony wyrostek robaczkowy, nerki, oraz płuca (wycięcie mięsaka).

Adolf Klęsk.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Warunki działania krakowskiego Szpitala dla dzieci im. św. Ludwika, które po zawarciu przez utrzymujące ten szpital »Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci« nowej z Wydziałem krajowym umowy zdawały się na kilka najbliższych lat polepszone, okazały się — jak wynika z ogłoszonego właśnie sprawozdania za r. 1910 — trudniejsze, niż zrazu przypuszczać było można. Nietylko bowiem sprawdziły się obawy Komitetu szpitalnego, że kwoty, wypłacane przez Wydział krajowy za leczenie tej kategoryi dzieci, któremi według obecnych ustaw ma się kraj opiekować, — nie będą wystarczające, ale nawet niedobór przekroczył znacznie przewidywaną kwotę i doszedł za r. 1910 do sumy 14.099 kor. 21 hal. Przyczyniła się do tego stale i bardzo szybko wzrastająca drożyzna, a stąd i wzrost kosztów utrzymania każdego chorego, obok ogromnego napływu chorych z gmin przedmiejskich, świeżo przyłączonych do Wielkiego Krakowa. Wskutek tego w jednym r. 1910 liczba dni leczenia w szpitalu wzrosła z 34.715 na 37,558, t. j. odrazu o 10% i w tymże stosunku zwiększyły się wydatki, gdy dochody Towarzystwa, opierające się przeważnie na wynagrodzeniach ryczałtowych, wcale nie wzrosły. Wobec tego zdoła Towarzystwo opieki szpitalnej tylko w takim razie dotrzymać swych zobowiązań do terminu, t. j. końca r. 1913, jeżeli interesowane władze udzielą mu odpowiednich subwencyi. Znacznym ciężarem są też dla szpitala oddziały zakaźne, które Towarzystwo »zobowiązało się rozszerzyć; zobowiązanie to jednak miało ustać nawet przed upływem (trzechletniej) umowy, z chwilą, gdy gmina m. Krakowa urządzi osobny szpital zakaźny miejski. Od tej umowy upływa już lat pięć, a mimo to nietylko nie został jeszcze urządzony szpital zakaźny miejski, ale nawet oddziały zakaźne szpitala św. Ludwika są jeszcze bardziej, niż dawniej, przeciążone, wskutek niesłychanie zwiększonego napływu przypadków płonicy i błonicy z gmin, świeżo do Krakowa przyłączonych. Oprócz znacznych wydatków, łączy się z tem wielkie utrudnienie należytej działalności tych oddziałów wskutek stałego ich przepełnienia. Nadomiar magistrat m. Krakowa w zakresie swej kompetencyi sanitarnej wezwał dyrekcyę Szpitala św. Ludwika do znacznych inwestycyi i przeróbek oddziałów zakaźnych. Towarzystwo opieki szpitalnej, mające prócz utrzymania Szpitala św. Ludwika jeszcze inne zadania, nie mogąc ponieść tak znacznych wydatków, zwróciło się do Wydziału krajowego z prośbą o osobną na to subwencyę, dotąd jednak nie otrzymało odpowiedzi.

Wogóle wynika z tegorocznego sprawozdania Towarzystwa opieki szpitalnej, że walczy ono z coraz większym wysiłkiem z trudnościami i niedoborem z powodu Szpitala św. Ludwika, który założyło i prowadziło przez lat tyle, wypełniając zastępczo a dobrowolnie obowiązki, ciążące właściwie na kraju i gminie. Wobec tego, że nie jest rzeczą pewną, jakie z obecnego położenia znajdzie się wyjście, trudno bez troski myśleć o losach tego szpitala, który odegrał tak wybitną rolę w dziejach pedyatryi polskiej i powinienby, jako instytucya samoistna, — nadal zachować swe znaczenie i służyć swym specyalnym zadaniom. Sprawa to istotnie doniosła, zwłaszcza, że Towarzystwo, spełniwszy chlubnie swe zadania w jednym kierunku, stworzywszy i utrzymawszy szpital przez kilka dziesiątków lat, obecnie — i w tem niepodobna nie przyznać mu słuszności — uważa, że obowiązek jego na tem polu jest blizki końca i że czas mu rozwinąć szerszą działalność w kierunku innym, w walce z gruźlicą u dzieci przez przekształcenie kolonii letniej w Rabce na uzdrowisko, czynne przez rok cały. Ta działalność Towarzystwa zależy jednak w wielkiej mierze od tego, w jaki sposób rozwiązaną zostanie sprawa krakowskiego szpitala dla dzieci.

— Na katedrę anatomii patologicznej we Lwowie przedstawił Wydział lekarski »primo et unico loco« Dr Zdzisława Dmochowskiego z Warszawy.

— Dyplom doktorski uzyskali pp.: Wacław Zakrzewski, rodem z Krakowa, Czesław Kaliński rodem z Warszawy i Stanisław Krawczyński, rodem ze Zawichostu.

Warszawa. Na rzecz »Instytutu nauk doświadczalnych« w Warszawie, który, jak się okazuje, poświęcony będzie głównie biologii, wpływają coraz obficiej dary; i tak bezimienny ofiarodawca złożył 6000 rb., kilkunastu lekarzy po kilkaset rb., itp., wogóle do tej chwili podobno już około 14.000 rb.

Z różnych stron. Towarzystwo »Opieki lekarskiej« przy rz. kat. Towarzystwie dobroczynności w Petersburgu zorganizowało pomoc lekarską dla »Ogólnostudenckiej Kasy polskiej« przy udziale 60 lekarzy, oraz bezinteresowną pomoc lekarską (Dr Uliński) w szkole i przytułku za rogatką Narwską. Prezesem komitetu »Opieki« na następne dwulecie wybrano Prof. Czeczotta, sekretarzami Doc. Z. Sowińskiego i Dr Wilamowskiego, wiceprezesem Prof. Ziemackiego, skarbnikiem Dr Ulińskiego.

— Przy Towarzystwie lekarskiem lwowskiem powstaje sekcya neurologiczno-psychiatryczna pod przewodnictwem Prof. Halbana.

— Austryackie Towarzystwo zwalczania raka otrzymało tytuł »cesarsko-królewskiego« i prawo używania godła państwowego.

— W sprawach Zjazdu urologicznego w Wiedniu (11—13 września b. r.) zwracać się należy do Dr V. Bluma (Wien, VIII, Alserstrasse 43), wybranego sekretarzem komitetu w miejsce zmarłego Dr Kapsammera.

— Polskie uzdrowisko wychowawczo-lecznicze dla wątłych dzieci otwiera w kwietniu r. b. w znanej stacyi klimatycznej Vevey (Szwajcarya francuska) Dr Julian Gawroński. Dokładniejszych informacyi zasięgnąć można pod adresem: Vevey (Suisse), case postale Nr 10177.

— W utworzeniu odrębnego ministerstwa zdrowia publicznego wyprzedzi, jak się zdaje, wszystkie państwa cywilizowane — Bułgarya. Wniosek w tym względzie napotkał zrazu w parlamencie bułgarskim na silną opozycyę, w ostatniej sesyi jednakże został uchwalony. Obecnie musi go uchwalić jeszcze Zgromadzenie narodowe.

— Cenne wyniki osiągnięto w Niemczech u słabowitych dzieci szkolnych w wieku od 12—14 lat podług Roedera zapomocą t. zw. wędrówek dzieci, t. j. trwających tydzień wycieczek piechotą pod okiem wychowawców. Dziennie maszerowano 15—25 km. Dzieci czuły się potem znacznie lepiej, niż nawet po pobycie w koloniach wakacyjnych. Klęsk.

— Fürst z Hamburga proponuje używać kinematografu do popularyzacyi higieny (widoki uzdrowisk, szkół leśnych, kolonii wakacyjnych), nawet z odczytywaniem odpowiedniego tekstu. X.

— Za wzorem Bawaryi utworzono w Charlottenburgu inspektorów mieszkań, którzy chodzą po domach i badają mieszkania 1—2 pokojowe, izby służby, stróżów itp. i wydają odpowiedne zarządzenia higieniczne. X.

— Śmierć wskutek zażycia środka tajnego t. zw. »epuretin«, reklamowanego przeciwko padaczce przez dr. Latrangego, wydarzyła się u żony pewnego notaryusza w Peszcie. Sprawą zajęła się prokuratorya. Skład środka trzyma Latrang w tajemnicy, zdaje się jednak, że »epurin« składa się z bromu, makowca, hyoscyaminy i jakiegoś środka przeczyszczającego. X.

— Dezorganizacya Wydziału lekarskiego uniwersytetu w Moskwie jest zupełna. Najlepsze siły opuściły katedry, np. Minakow (medycyna sądowa), Roth (neurolog), Sserbsky (psychiatra), Alexinsky (chirurg) i t. p. Pomiędzy publicznością zbierają składki na dymisyonowanych, zwłaszcza młodszych, którzy pozostali po prostu na bruku bez grosza, szczególnie docenci i asystenci katedr teoretycznych. X.

— We Wrocławiu skazano pewnego asystenta kliniki na miesiąc więzienia za to, że przy porodzie w praktyce prywatnej dał pastylkę oksycyanatu do rąk położnej z poleceniem zrobienia rozczynu. Położna, głucha, nie dosłyszała dobrze, rozpuściła pastylkę w szklance wody i dała chorej do wypicia, co spowodowało śmierć chorej. Sąd uznał, że lekarz postąpił lekkomyślnie, polecając krótko, ustnie położnej zrobienie rozczynu z silnej trucizny, bez dopilnowania jej czynności. X.

Redakcya otrzymała: Wejnert: Wartość i czułość porównawcza prób Webera i Teichmana. »Medyc. i Kron. lek.« 1911. — Borowiecki: Badania porównawczo anatomiczne i doświadczalne nad istotą szarą mostu Varola i jej połączeniami. »Neurologia polska« 1911. — Bienenwald: Sprawozdanie o stosunkach zdrowotnych miasta Buczacza w roku 1910. — XXXVIII. Sprawozdanie Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie za r. 1910.

Redaktor odpowiedzialny.
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok L. Kraków, dnia 15. kwietnia 1911. Nr. 15.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z zakładu badania raka w Heidelbergu.

O biochemicznych własnościach krwi i ich dziedziczeniu [1]).

Podał

Dr Ludwik Hirszfeld.

I.

Metody serologiczne dają nam możność odróżniania białka rozmaitych zwierząt. Jeśli wstrzyknąć jakiemukolwiek zwierzęciu czerwone ciałka krwi innego gatunku, to surowica danego zwierzęcia nabiera nowych własności, daje ona swoisty odczyn z krwią wszystkich przedstawicieli gatunku, którego krwi użyto do imunizacyi. Odczyn ten wyraża się albo w aglutynacyi, lub też w rozpuszczeniu obcej krwi (hemoliza).

Ehrlich i Morgenroth po raz pierwszy wstrzykiwali krew zwierzętom tego samego gatunku (kozią krew kozom). Skutkiem tego pojawiły się hemolizyny, t. j. ciała rozpuszczające krew kóz. Hemolizyny te odznaczały się tem, że rozpuszczały one krew tylko n i e k t ó r y c h kóz, nigdy jednak nie rozpuszczały krwi kozy, która wytworzyła te hemolizyny. Był to pierwszy wypadek, w którym stwierdzono własności krwi, znajdujące się tylko u niektórych osobników danego gatunku.

Autorowie ci jednak nie analizowali stosunku między własnością imunizacyjną krwi poszczególnych kóz i swoistemi własnościami ich krwi.

Badania Dungerna i moje wykazały, że możność powstawania izoniweczników (Isoantikörper) w wysokim stopniu zależy od stosunku swoistych własności krwi zwierząt imunizowanych do tych, których krwi użyto do imunizacyi. Po wstrzyknięciu psom krwi innych psów, dostaliśmy w pewnych przypadkach izoaglutyniny, skierowane przeciwko krwi tylko niektórych psów.

Surowica psa A aglutynowała krew samicy B, użytą do imunizacyi, poza tem krew całego szeregu innych psów. Surowica samicy B aglutynowała po wstrzyknięciu użytą do imunizacyi krew samca A i innych psów, których krwi nie aglutynowała surowica A. Nazwijmy aglutyninę, dającą odczyn z krwią samca A i jemu podobnych α, aglutyninę, dającą odczyn z krwią B, nazwijmy β. Samiec A posiada zatem po imunizacyi z krwią B aglutyninę β, samica B — po imunizacyi z krwią A aglutyninę α. Krew zwierząt, aglutynowana przez α lub β, musi zawierać w sobie swoiste składniki, nazwijmy je strukturami biochemicznemi A lub B.

Dalsze badania wykazały, że rzeczywiście można rozróżniać 4 grupy psów podług własności ich krwi.

Spotykaliśmy psy, mające we krwi biochemiczną strukturę A, lub B, lub A i B jednocześnie, albo również krew, nie dającą się aglutynować ani przez α, ani przez β, krew grupy O.

Ciekawa była dalsza analiza.

Kiedyśmy wstrzyknęli krew psa grupy A innemu psu grupy A, żadne niweczniki (Antikörper) nie powstawały. Wstrzyknięcie krwi B zwierzęciu grupy B również nie miało imunizacyjnego skutku. Bezowocnem również było wstrzyknięcie krwi bez swoistych własności, — krwi grupy O, — któremukolwiek z psów. Kiedyśmy jednak krew psa grupy B wstrzyknęli psu grupy A lub O, (lub też krew A — psom B lub O) dostawaliśmy aglutyniny, dające odczyn nietylko ze wstrzykniętą krwią, ale prócz tego z krwią wszystkich psów grupy A (resp. lub też B). Na mocy tych spostrzeżeń sformułowaliśmy prawa, rządzące powstawaniem izoniweczników:

Otóż u zwierząt tego samego gatunku spotyka się składniki, wspólne jedynie niektórym osobnikom danego gatunku. Izoaglutyniny powstają tylko wtenczas, jeśli krew, użyta do imunizacyi, zawiera składniki, których nie posiada krew zwierzęcia imunizowanego. Ta różnica swoistych własności krwi jest koniecznym warunkiem przy powstaniu izoniweczników. Znaczenie tego prawa specyalnie w sprawie imunizacyi przeciwko nowotworom omówię innym razem.

We krwi ludzi znalazł już w r. 1902 wiedeński badacz, Landsteiner, stosunki, w wysokim stopniu przypominające znalezione przez nas u psów. Już zapomocą normalnych aglutynin — (aglutynin, znajdujących się w surowicy zwierząt nie imunizowanych) mógł Landsteiner odróżnić we krwi ludzi 2 swoiste biochemiczne własności A i B (z góry zaznaczam, że nie mają one nic wspólnego z A i B, znalezionemi u psów). Otóż ludzie, posiadający we krwi własność A, mają w surowicy aglutyniny, skierowane przeciwko własności B i odwrotnie surowica ludzi grupy B aglutynuje krew ze strukturą A. Ludzie z surowicą, aglutynującą czerwone

[1]) Artykuł ten jest zestawieniem badań, wykonanych wspólnie z prof. Dungernem (Zeitschr. f. Immunitätsforsch. Tom 4, 8, 6, Münch. med. Wochs. 1910, Nr 14) w tutejszym zakładzie.

ciałka krwi grupy A i B, posiadają krew, która aglutynować się nie daje, (krew grupy O). Ludzie, których krew daje się aglutynować i przez surowicę α i β (ludzie grupy A, B) nie posiadają w surowicy żadnych izoniweczników.

Innemi słowy: prawo, znalezione przez nas dla izoniweczników, odpowiada w zupełności prawu Landsteinera dla aglutynin normalnych człowieka, a prawo to możemy sformułować krótko: W surowicy niema takich niweczników, któreby mogły dawać odczyn z krwią tego samego osobnika i jemu podobnych.

II.

Prawo Landsteinera u ludzi mogliśmy potwierdzić prawie w zupełności. Biochemiczną strukturę A spotykamy w Heidelbergu w 53%, B w 16%, O w 36%, przytem A i B wspólnie w 5·7%.

Już Landsteiner myślał o zastosowaniu tych różnic we krwi do kryminalistyki. Jednakże wobec małej ilości grup znaczenie ich wielkiem być nie mogło. Badania nasze wykazały, że ilość indywidualnych własności krwi jest bardzo wielką. Możemy twierdzić, że czerwone ciałka krwi jednego człowieka różnią się w równym stopniu od krwi innych ludzi, jak barwa oczu, włosów, lub przebieg linii na dłoniach.

Jak wspomniałem, Landsteiner znalazł, że surowica człowieka, który posiada we krwi A, aglutynuje B — i odwrotnie.

Zdarza się jednak, że czerwone ciałka krwi, mając strukturę A, nie zostają aglutynowane przez wszystkie surowice grupy B. Nazwijmy to A, które nie daje odczynu ze wszystkiemi surowicami B »małem a«. Mamy zatem już 3 struktury: »B«, »A«, i »małe a«. Jeśli dodamy do surowicy grupy B czerwonych ciałek krwi grupy A, to znajdziemy po odwirowaniu, że niweczniki, dające odczyn z daną krwią A zostały związane (absorbowane); po tej procedurze surowica B nie aglutynuje krwi użytej do absorpcyi, nie aglutynuje też krwi całego szeregu innych ludzi grupy A, niektóre rodzaje krwi A aglutynuje jednak dalej. Innemi słowy: rozmaite gatunki krwi grupy A nie są jednakowe. Znajdujemy osobniki grupy A, które posiadają we krwi więcej specyficznych właściwości, niż inni tejże grupy A. Krew tych ostatnich reaguje z aglutyninami, które pozostały po absorpcyi z krwią danego osobnika A. A zatem już za pomocą surowic ludzkich można znaleść różnice między rozmaitymi gatunkami krwi u ludzi.

Surowice zwierzęce aglutynują po większej części (choć nie zawsze) rozmaite gatunki krwi ludzkiej jednakowo silnie. Dlatego też dotychczas przypuszczano, że niweczniki surowic zwierzęcych oddziałują z własnościami, wspólnemi dla krwi całego rodzaju ludzkiego. Mniemanie to jest mylne.

Jeśli połączymy surowicę zwierzęcia z krwią ludzką, nie posiadającą własności A lub B i w ten sposób oddalimy z surowicy niweczniki, zwrócone przeciwko własnościom, wspólnym krwi całego rodzaju ludzkiego, to znajdziemy, że surowica daje odczyn jeszcze z krwią niektórych ludzi, a mianowicie po większej części z krwią grupy A lub B, lub też A i B jednocześnie. Innemi słowy: dane surowice zwierzęce działają na krew ludzką, jak gdyby posiadały one α lub β, lub α i β jednocześnie, jak gdyby należały one zatem do grupy B lub A, lub O; prócz aglutynin, zwróconych przeciwko ogólnym własnościom biochemicznym wspólnym dla całego rodzaju ludzkiego, są takie, które oddziałują z własnościami A i B.

Zdarza się jednak, choć rzadko, że taka surowica zwierzęca działa nietylko na krew grupy A i B, ale i na krew oddzielnych osobników grupy O; spotyka się też takie zwierzęce surowice, które po absorpcyi działają tylko na niektóre rodzaje krwi grupy A i B, ale nie na wszystkie. Czyli te ugrupowania, które w niektórych przypadkach otrzymumujemy zapomocą surowic zwierzęcych, są inne, niż te, które otrzymujemy zapomocą izoniweczników ludzkich α i β.

Każda z tych aglutynin charakteryzuje inne własności biochemiczne krwi.

Skorzystaliśmy z tego stwierdzonego przez nas stosunku, aby scharakteryzować indywidualnie krew człowieka. Około 20 osób naszego zakładu badaliśmy regularnie zapomocą surowic zwierzęcych, absorbowanych przez rozmaite rodzaje krwi ludzkiej. I rzeczywiście, ilość własności swoistych była tak wielką, że mogliśmy poznać podług krwi każdą z dostatecznie badanych przez nas osób.

Niestety metoda ta jest zbyt żmudną i wymaga zbyt wiele czasu, by ją w tej formie użyć można było w medycynie sądowej. Większość surowic, jak wspomniałem, charakteryzuje grupy A i B. Żeby znaleść surowicę, oddziałującą z innemi własnościami, niż A lub B, trzeba badać bardzo dużo surowic zwierzęcych.

Metoda nasza da się jednak z całem prawdopodobieństwem rozwinąć, a mianowicie przez imunizacyę zwierząt krwią ludzi rozmaitych grup. W specyalnych badaniach udało się nam dowieść, że niweczniki, które powstają u zwierząt po wstrzyknięciu krwi ludzkiej, skierowane są nietylko przeciwko ogólnym jej własnościom, ale i przeciwko odrębnościom indywidualnym. Jeśli się zatem uda po imunizacyi krwią danego osobnika otrzymać silną surowicę, skierowaną przeciwko wielu własnościom indywidualnym, to będziemy mogli zapomocą dużego szeregu absorpcyi z krwią wielu ludzi surowicę tak zmienić, że nie będzie ona aglutynować krwi, użytych do absorpcyi, swoiście oddziaływać potrafi jednak dalej z krwią, użytą do imunizacyi. O znaczeniu tego, przedewszystkiem dla kryminalistyki, pisać nie potrzebuję.

W ostatnim czasie udało się dwóm badaczom angielskim w Egipcie (Todd i White, Journal of. hyg. 1910) rozpoznawać byki podług ich krwi. Osiągnęli oni przez imunizacyę byków krwią innych byków silne hemolizyny. Taka surowica hemolizująca, po absorpcyi z krwią większości byków, oddziaływała swoiście tylko z pozostałemi rodzajami krwi.

Jak widzimy, możliwość indywidualnej dyagnostyki krwi ludzkiej nie jest wykluczoną.

III.

Fakty wspomniane poprzednio dowodzą, że ilość własności indywidualnych — biochemicznych struktur — jest wielka. Ważnem było rozstrzygnięcie pytania, czy chodzi o własności stałe i niezależne, czy też o własności przelotne, zależne od przemiany materyi i t. d. W tym celu

zbadaliśmy dziedziczenie własności A i B w przeszło 70 rodzinach na około 350 osobach, w rodzinach mniej lub więcej nam znanych, co do których mieliśmy pewność, że potomkowie są rzeczywiście dziećmi swoich rodziców.

Okazało się, że jeśli ojciec i matka należą oboje do grupy A, dzieci należą albo do A, albo do O, ale nigdy do B. Również jeśli jedno z rodziców należy do A, drugie do O, dzieci należą A, lub do O, nigdy do B. To samo powtarza się co do rodziców, należących do B — dzieci należą do B — lub do O, nigdy zaś do A.

O ile jedno z rodziców należy do A, drugie do B, lub też jedno do grupy AB, albo oboje do AB, dzieci mają we krwi albo A, albo B, lub AB, lub O. A i B dziedziczą się zatem niezależnie od siebie. Zdarza się, że jedno z rodziców należy do AB, a jedno dziecko ma tylko A, drugie tylko B, — bywają przypadki, że matka należy do A, ojciec do B — (lub odwrotnie), dziecko zaś posiada AB jednocześnie. Ważnem jest, że jeśli oboje rodzice nie posiadają ani A, ani B we krwi, w żadnym wypadku dzieci nie posiadają struktur swoistych A i B.

U dziecka zatem nigdy nie mogą pojawiać się struktury, których nie posiada ojciec, ani matka.

Prawo to posiada dla sądowej medycyny pewne znaczenie. Przypuśćmy, że mamy rozstrzygnąć w procesie, który z dwóch mężczyzn jest ojcem dziecka. W tym celu badamy przedewszystkiem krew dziecka; jeśli krew ta nie posiada własności swoistych — należy do grupy O, — w takim razie nie możemy rozstrzygnąć tego pytania, gdyż, jak wspomniałem, dzieci mogą należeć do O, nawet jeśli rodzice mają A lub B. Jeżeli jednak dziecko ma we krwi A lub B — badamy krew matki Jeśli matka, jak i dziecko ma A lub B, — to również nie możemy rozstrzygnąć sprawy. Jeśli jednak dziecko ma A, matka zaś O, lub B, lub dziecko B, matka zaś O, lub A, lub dziecko AB, matka zaś O, albo tylko A, lub tylko B, wtenczas musimy znaleźć tę strukturę u ojca, której nie posiada matka. Jeśli zatem dany oskarżony tej struktury niema, nie może on być ojcem tego dziecka.

Jak widzimy, metoda nasza tylko czasami pozwala na stwierdzenie tożsamości ojca. Jest to jednak chwilowo jedyna metoda, która w stosownych przypadkach daje nam możność z całą pewnością rozstrzygać w tej sprawie.

IV.

Jak wspomniałem, dziedziczenie własności A i B nie jest ciągłem: są wypadki, w których rodzice mają składniki biochemiczne A lub B, które nie znajdują się u dzieci.

Ostatnie badania wykazały, że nieciągłe dziedziczenie jest dość częstem.

Po raz pierwszy zostało ono stwierdzone w 1860 przez kanonika Mendla u roślin. Mendel nietylko pierwszy stwierdził ten rodzaj dziedziczenia, ale w krótkiej i doskonałej analizie daje jej objaśnienie, które obecnie zostało uznane przez większość uczonych. Postaram się w krótkich słowach objaśnić t. zw. prawo Mendla.

Jeśli krzyżujemy 2 osobniki, n. p. dwa kwiaty, z których jeden posiada jakąkolwiek własność A, n. p. kolor czerwony, z drugim, który własności tej nie posiada n. p. z kwiatem białym, to znajdziemy, że druga generacya bastardów posiada własność [1]) jednego z rodziców (n. p. kolor czerwony). Własność A (kolor czerwony), która pojawiła się u wszystkich osobników drugiej generacyi, nazywamy własnością dominującą. Czerwone kwiaty drugiej generacyi są zewnętrznie najzupełniej podobne do swojego czerwonego rodzica, posiadają one jednak inne właściwości. Jeśli krzyżujemy kwiaty czerwone drugiej generacyi między sobą, to otrzymamy część, a mianowicie $^3/_4$ kwiatów czerwonych, $^1/_4$ zaś białych. Innemi słowy: własność barwy białej była ukrytą w kwiatach drugiej generacyi, nazwijmy ją własnością recessywną. Żeby zaznaczyć, że barwa biała znika przy spotkaniu z barwą czerwoną — własnością A — nazywamy w danym przypadku tę własność koloru białego własnością »nie A«. A zatem »A« jest własnością dominującą, »nie A« recessywną.

Czem to objaśnić?

Mendel objaśnia to tem, że osobniki drugiej generacyi, które na zewnątrz posiadają własność »A«, mają oddzielne komórki rozrodcze dla osobników z własnością »A« i oddzielne dla osobników z własnością »nie A« w równej ilości. Przy krzyżowaniu osobników drugiej generacyi spotyka się zatem równa ilość komórek rozrodczych z zarodkiem dla »A« i dla »nie A«. Jeśli komórka z zarodkiem własności A spotyka się z drugą podobną jej komórką, kwiat który z nich powstanie będzie również miał A. Nazwijmy to A, które powstało z kopulacyi dwóch pod tym względem podobnych do siebie komórek rozrodczych, czystem A i wyraźmy je przez A(a). Jeśli komórka z zarodkiem dla własności A spotyka się z komórką rozrodczą »nie A«, to kwiat będzie posiadał nazewnątrz własność dominującą A, jego komórki rozrodcze będą jednak miały zarodniki dla »A« i dla »nie A«. Nazwijmy to A które powstało z kopulacyi dwóch różnorodnych komórek — nieczystem A — by podkreślić, że komórki rozrodcze będą posiadały zarodki i dla »A« i dla »nie A«, będę, mówiąc o »nieczystem A« pisać A(ao).

Jeśli komórka rozrodcza z zarodkiem własności »nie A« spotka się z podobną jej komórką, to kwiat samo przez się będzie posiadał własność czystą recessywną »nie A«, będzie biały. Wszystkie te kombinacye muszą dojść do skutku, jeśli wielką ilość osobników drugiej generacyi będziemy krzyżować między sobą. Liczby, znalezione przez Mendla, objaśniają się zwyczajnie rachunkiem prawdopodobieństwa. Podaję schemat, który ułatwi zrozumienie tych stosunków.

1) A (a) — A (a)

A(a) A(a) A(a) A(a)

Czyste »A« spotyka się z czystem A
II generacya posiada również czyste A

2) O — O

O O O O

Czyste »nie A« lub O spotyka się z »nie A«
II generacya posiada »nie A«, czyli O

1) Omawiam umyślnie wypadek, odpowiadający dziedziczeniu się krwi. W rzeczywistości spotyka się często warunki bardzo skomplikowane.

3) A (a) — O
\ /
A(ao) A(ao) A(ao) A(ao)

Czyste »A« spotyka się z czystem »nie A«
II generacya posiada »nieczyste A«

4) A (ao) — A (ao)
\ /
A(a) A(ao) A(ao) O

Nieczyste A spotyka się z nieczystem A
$^3/_4$ następnej generacyi posiadają »A« a mianowicie
$^1/_4$ czyste »A(a)« $^2/_4$ nieczyste »A(ao)«
w $^1/_4$ pojawi się nazewnątrz własność
recessywna »nie A = O — (np. barwa biała)

V.

Dokładna analiza stosunków liczebnych otrzymanych przez nas przy badaniu krwi rodzin przekonała nas, że dziedziczenie tych struktur A i B podlega prawu Mendla. Wspomniałem, że u dzieci możemy spotkać O, nawet jeśli u obydwóch rodziców znajdują się A lub B. Polega to zatem na tem, że rodzice w danym przypadku posiadają we krwi strukturę A (lub B), w swoich komórkach rozrodczych muszą posiadać zarodek dla braku grupy — dla »nie A« (lub »nie B«). Struktura A (lub B) jest zatem własnością dominującą, struktura »nie A« (lub »nie B«) jest własnością recessywną. Nasza grupa »O« odpowiada jednocześnie własnościom »nie A« i »nie B«. Przy badaniu krwi własności recessywnej znaleźć nie można, tak samo jak nie poznaliśmy w kwiecie czerwonym drugiej generacyi własności recessywnej kwiatu białego, i również jak własność recessywna kwiatu białego pojawiła się przy krzyżowaniu dwóch osobników z nieczystą własnością barwy czerwonej, [A(ao)], tak też możemy dostać z rodziców z krwią A — dzieci z krwią »nie A«.

A i B dziedziczą się niezależnie. Wynika to przewszystkiem ze stosunków liczebnych, w których A i B pojawiają się wspólnie liczba ta daje się wyprowadzić z rachunku prawdopodobieństwa, jeśli wyjdziemy z założenia, że A i B nie wpływają na siebie.

Jak wspomniałem, niezależność dziedziczenia A i B można też stwierdzić w rodzinach, w których obie własności są reprezentowane, ojciec A, matka B, dziecko AB, lub też ojciec AB, matka O, jedno dziecko A, drugie B i t. d.

A zatem mamy we krwi ludzi: własność A i »nie A«, B i »nie B«, »A« i »nie A«, B i »nie B« dziedziczą się podług prawa Mendla, A i B, »nie A« i »nie B« nie wpływają na siebie.

A i B są dominujące, »nie A« i »nie B« są recessywne. A i B nie mogą zatem pojawiać się u dzieci, jeśli ich nie było u rodziców, »nie A« i »nie B« mogą się znajdować w komórkach rozrodczych rodziców. Jasnem jest, czemu pojawienie się »nie A« i »nie B« = pojawienie się grupy O, nie może być użyte do rozpoznania ojca. Chodzi o własność, która mogła być ukrytą w zarodku matki.

Wspomnę jeszcze, że dziedziczenie tych własności krwi jest niezależne od dziedziczenia płci i podobieństwa. Córki mają często krew, jak ojciec, synowie krew, jak matka, dzieci podobne do ojca mogą mieć własności krwi matki i odwrotnie.

VI.

Dziedziczenie struktur, charakteryzowanych przez surowicę zwierzęcą nie zostało przez nas z braku materyału zbadanem dokładnie. W tych niewielu przypadkach, które zdołaliśmy zbadać, dziedziczenie tych struktur było zależne od dziedziczenia struktur A i B. Np. ojciec miał strukturę A i prócz tego własność X, charakteryzowaną przez surowicę zwierzęcą; matka należała do grupy O i miała prócz tego własność Y. Otóż u dzieci, które odziedziczyły A, znaleźliśmy i X, dzieci mające krew matki O, miały i własność Y. Samo przez się możliwem jest, że inne składniki dziedziczą się samodzielnie, brak doświadczenia nie pozwala nam jednak na ogólniejsze wnioski. Pytania, dlaczego jedne struktury dziedziczą się samodzielnie (np. A i B), inne zaś wspólnie (np. A i X w przytoczonym przykładzie), rozwiązać nie mogliśmy. Możliwem jest, że pewna zasadnicza stereochemiczna budowa protoplasmy dziedziczy się samodzielnie, drobne zaś różnice w jej związkach pobocznych są w zależności od siebie. Nie jest to jednak jedynie dopuszczalnem objaśnieniem.

O odróżnianiu krwi zwierząt za pomocą izo-niweczników pisałem już poprzednio. Zapomocą surowic obcogatunkowych można również różnicować, krew zwierzęcą nie spotykamy jednak takiej ilości grup, jak we krwi ludzkiej. Ciekawem jest że krew większości badanych przez nas zwierząt ma własność absorbowania ludzkiej aglutyniny β, innemi słowy krew większości badanych przez nas ssaków (psy, króliki, woły i t. d.) należy do grupy B. Grupę A znaleźliśmy tylko w jednym przypadku, we krwi zbadanego przez nas szympansa. Przykład ten pokazuje jak ogromną wagę mogą mieć badania serologiczne, np. dla antropologii. Ostatnie badania Melcherza i Klatscha wskazują na prawdopodobieństwo powstania ras ludzkich z dwóch pratypów, z których każdy pochodził by od innego gatunku antropoidów. Gdyby gatunki małp człekokształtnych, dały się rozdzielić według grup A i B (u jednego zbadanego szympansa znaleźliśmy grupę A), to hypoteza powyższa mogłaby stać się niezbitą. Brak środków nie pozwolił nam zakończyć badań w tym kierunku. Wyżej streszczone badania jasno wskazują jakie znaczenie teoretyczne i praktyczne mają badania struktur biochemicznych, chwilowo dające się określić coprawda głównie za pomocą metod serologicznych. Porównawcza biochemia, być może, będzie mieć dla rozwoju biologii nie mniejsze znaczenie, jakie miała dotychczas porównawcza anatomia.

Z Zakładu higieny Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Wpływ światła na drobnoustroje ze szczególnem uwzględnieniem niszczącego działania promieni pozafioletowych na bakterye chorobotwórcze w wodzie zawarte.

Napisał

Prof. O. Bujwid.

Wpływ światła na drobnoustroje znany jest już oddawna. Anglicy Dovnes i Blunt[1]) jeszcze w r. 1877 przed-

łożyli królewskiemu Towarzystwu (Royal Society) w Londynie prace »O działaniu światła na bakterye i inne ustroje«. Najważniejsze wyniki tych prac znajdujemy streszczone w znakomitej pracy Dr Jana Rauma [2]) z Warszawy wydanej w r. 1889. Ujęte zostały one w następujące wnioski:

I. Światło wywiera szkodliwy wpływ na bakterye i inne mikroskopowe grzybki; działanie jego na grzybki zdaje się być nie tak pewnem, jak na bakterye.

II. W pewnych warunkach światło powstrzymuje całkowicie rozwój tych mikrobów.

III. Najenergiczniej, jak to było do przewidzenia, działają bezpośrednie promienie słoneczne, jednak i rozproszone światło nie pozostaje bez wpływu.

IV. O ile podjęte badania pozwalają sądzić, właściwości zabójcze posiadają przeważnie, chociaż nie wyłącznie promienie najsilniej załamane.

V. Pożywka płynna nie traci wcale odżywczej wartości skutkiem naświetlania.

VI. Bakterye znajdujące się w płynnej pożywce giną wyłącznie skutkiem działania światła, przez co płyn, zdolny do rozkładu, może być zupełnie wyjałowionym.

VII. Światło nie może powstrzymać rozwijania się form trwałych w przestrzeni pozbawionej powietrza.

Jako pożywki używano przeważnie zobojętnionego płynu Pasteura [1]), prócz tego stosowano świeży mocz, nastój siana, wyciąg z rzepy i syrop rozcieńczony wodą. Poddawano działaniu światła bakterye, które przypadkowo dostały się do płynu, a więc przeważnie formy trwałe, badano także wpływ światła na formy wegetacyjne, przeszczepiając zapomocą pręcika szklanego na obserwowane podłoże kroplę płynu gnijącego i bogatego w bakterye. Do zwyczajnych próbówek wymytych wodą i stężonym kwasem siarkowym nalewano jeden z wyżej wymienionych rozczynów. Zresztą posługiwali się badacze metodami Pasteura. Rozczyny badane ustawiano w oknie południowo-wschodniem. Chcąc ocenić wpływ samego tylko ciepła słonecznego na drobnoustroje, aby poznać doniosłość jego współdziałania przy naświetlaniu, osłaniano niektóre próbówki szczelnie papierem ołowianym. Zawinięte naczynie podlegało tym sposobem li tylko działaniu ciepła z zupełnem wyłączeniem wpływu promieni świetlnych. Przygotowane w ten sposób probówki pozostawały tygodniami, miesiącami i przez noc i dzień na tem samem miejscu. Bezpośrednie światło słoneczne otrzymywały one w przeciągu kilku godzin dziennie. Aby się przekonać, czy badane drobnoustroje zostały przez światło zabite lub tylko w rozwoju powstrzymane, usuwano naczynia z pod wpływu światła przez owinięcie ich cynfolią. Jeśli płyn w dalszym ciągu nie mętniał, znaczyło to, że wszystkie zarodniki pod działaniem promieni słonecznych zostały zniszczone.

Według Dovnesa i Blunta słońce majowe nietylko nie dozwala rozwinąć się zarodnikom, ale również powstrzymuje rozmnażanie się form wegetacyjnych. Płyn skutkiem obecności bakteryi nieco zmętniały, nie mętniał więcej w czasie naświetlenia, podczas gdy w naczyńkach osłonionych cynfolią zmętnienie stale wzrastało. Stwierdzono dalej, że rozproszone światło nie mogło powstrzymać rozwoju zarodników w rozczynie Pasteura; powstrzymanie rozwoju zachodziło dopiero w rozczynie przynajmniej dwa razy silniejszym.

Celem stwierdzenia, która część widma słonecznego posiada najsilniejsze bakteryobójcze własności, wstawiano probówki do skrzynek, zrobionych ze szkła czerwonego, niebieskiego lub bezbarwnego. Szkieł tych wszakże obaj autorzy nie badali spektroskopowo.

Nieco później ogłoszono cały szereg prac, które albo potwierdzały powyższe wyniki, albo też je uzupełniały. I tak np. Warrington [3]) stwierdza, że tworzenie się saletry zachodzi jedynie w ciemności. Soyka [4]) potwierdza te badania, dodając, że w tych samych zresztą warunkach większa ilość azotu atmosferycznego ulega nitryfikacyi. Następnie znów Dovnes i Blunt zbadali czerwone, niebieskie i żółte szkła zapomocą spektroskopu i wykazali, że to działanie światła przypisać należy przedewszystkiem niebieskiej i fioletowej części widma. Było to ważne później dokładniej stwierdzone odkrycie. Znaleźli również, że wpływ światła na drobnoustroje nie zależy tylko od samych promieni świetlnych: potrzebną jest tutaj nieodzownie obecność wolnego tlenu. Dalsze badania Roux i innych potwierdziły ten fakt. Pokazało się jednak później, że światło o krótszych falach zabija bakterye i bez współudziału tlenu.

Pod działaniem światła i tlenu, zdaniem Dovnesa i Blunta, ma następować powolne utlenienie protoplazmy drobnoustrojów. Ustroje żywe podlegają więc tymsamym prawom, które rządzą światem nieożywionym. »Nie mamy powodu« — powiadają ci badacze — »sądzić, że zachowanie się drobnoustrojów wobec światła jest faktem odosobnionym. Owszem, należy przyjąć, że jest ono wyrazem ogólnego prawa, które dla każdej żywej protoplazmy ma znaczenie obowiązujące«.

Jeszcze później Tyndall [5]) w szeregu doświadczeń przyjmuje, że promienie słoneczne paraliżują tylko uległe działaniu światła bakterye. Według niego, czynne promienie świetlne ulegają pochłanianiu czy to przez płyn, czy też przez same drobnoustroje. Byłoby niesłychanie ciekawą rzeczą stwierdzić, czy promienie słońca po przejściu przez zakażone płyny nie tracą swoich bakteryobójczych właściwości. Jamieson [6]) udowodnił w rzeczy samej, że warstwa cieczy, którą prześwietlał Tyndall, była zanadto grubą, by promienie mogły wywrzeć niszczący wpływ na wszystkie bakterye.

Duclaux [7]) pracował pierwszy nad czystemi hodowlami. Starał się on zbadać, czy słońce zabija zarazki, zawieszone w wolnem powietrzu. Według Duclaux, zarodniki opierają się daleko dłużej niszczącemu wpływowi promieni, aniżeli formy wegetacyjne. Przyczyna tej odporności jest różną u różnych gatunków, w obrębie zaś jednego gatunku zmienia się zależnie od natury pożywki i nasilenia światła.

Prawie w tym samym czasie ogłasza Arloing [8]) pracę »O wpływie światła na prątki wąglikowe«. Napełniał on możliwie jednostajne probówki bezbarwnym kurzym bulionem i zasiewał w nich zarodniki lub formy wegetacyjne prątka wąglikowego, następnie zaś umieszczał tak przyrządzone naczynia w umyślnie w tym celu zbudowanym termostacie. Termostat ten składał się z dwu komór, z których jedna była ciemną, druga natomiast, wyklejona bia-

[1]) 10 cukru trzcinowego, 4 winnego kwasu, 4 azotanu amonowego, 0·6 węglanu amonowego, 1 fosforanu amonowego, 1500 wody.

łym papierem, dostępna była dla światła. Po ukończeniu każdego doświadczenia badano hodowle w komorze wilgotnej. Światła potrzebnego dostarczała wielka lampa gazowa. Płomień osłoniony był szczelnym cylindrem, który w jednem tylko miejscu posiadał szparkę szerokości 0·02 cm. Przechodzącą przez nią cienką wiązkę promieni chwytała soczewka o 3 dioptryach i rzucała na przeznaczone do doświadczeń hodowle. Wrazie, gdy chodziło o wyłączenie jakiej części widma, wstawiano między otworkiem i soczewką, odpowiedni sączek świetlny, którego własności określano zapomocą spektroskopu. Okazało się, że hodowle wąglika wyrastały dobrze zarówno w rozproszonem świetle lampy, jak i w ciemności. Silne światło opóźniało rozrost kolonii. W ciemności tworzenie zarodników odbywało się energiczniej, niż w świetle czerwonem, w niem zaś prędzej, niźli w białem. Fale błękitne i fiołkowe nie sprzyjają rozwojowi drobnoustrojów. Wkrótce potem spostrzegł Duclaux [9]), że ziarniaki o wiele prędzej ulegają zniszczeniu przez światło, aniżeli prątki, w ośrodku suchym zaś są daleko mniej odporne, niźli w pożywce płynnej. Wówczas też wypowiada Duclaux po raz pierwszy twierdzenie, że słońce przedstawia dla higieny prywatnej i publicznej najtańszy, najpotężniejszy i najwięcej rozpowszechniony środek do niszczenia drobnoustrojów.

Dalsze doświadczenia Arloinga [10]) wykazują, że dwugodzinne naświetlenie w słoneczny dzień lipcowy wystarcza do zupełnego zabicia zarodników prątka wąglikowego Jeśli promienie słońca działają krócej, to powodują tylko zahamowanie na jakiś czas ich życiowych przejawów. Promienie barwne okazały się nieczynnemi. Z tego wyprowadza Arloing wniosek, że własności bakteryobójcze wobec zarodników wąglika posiada tylko całkowite nierozszczepione światło słoneczne. Energia zabójcza wzmaga się z nasileniem światła. Wyhodowawszy w termostacie z zasianych w bulionie zarodników przez przeciąg 24 do 48 godzin formy wegetacyjne zauważymy, że do ich zabicia nie wystarcza już naświetlenie dwugodzinne. Giną one zaledwie po trzydziestu godzinach. Można również zauważyć zmniejszenie się siły zabójczej u prątka wąglikowego pod wpływem światła. Zależnie od czasu naświetlenia opóźnia się zabójcze działanie bakteryi na świnkę morską, aż wreszcie po 30 godzinach insolacyi zamieniają się bakterye wąglika na pewnego rodzaju swoistą szczepionkę. Zakażone niemi świnki morskie nie tylko nie padają, lecz uzyskują mniej lub więcej wybitną odporność przeciw wąglikowi.

Nocard [11]) stwierdził również silniejszą odporność na działanie światła u form wegetacyjnych wąglika, niż u zarodników.

W kwietniu 1886 prowadził Arloing [12]) w dalszym ciągu swoje dawniejsze badania. Przekonał się wówczas, że warstwa wody grubości 2 cm. odbiera promieniom słońca ich siłę bakteryobójczą w zupełności. Wyniki swoich doświadczeń streścił Arloing w następujących wnioskach:

1) Światło gazowe powstrzymuje zlekka wzrost bakteryi wąglika.

2) Światło słoneczne niszczy szybko w miesiącach letnich proces kiełkowania zarodników, jeśli promienie mają łatwy dostęp do wnętrza pożywki.

3) Światło słoneczne zmniejsza stopniowo zdolność rozrostu bakteryi wąglikowych i może również łatwo jak podwyższony stopień ciepłoty zamienić je na pewien rodzaj szczepionki.

4) Wyżej wymienione zjawiska powoduje tylko całkowite światło, nie zaś jedna z jego części składowych.

5) Działania te stoją w prostym stosunku do natężenia światła i do przeźroczystości podłoża.

Światło jest jednym z najważniejszych czynników biologicznych w życiu drobnoustrojów. Osłabia ono działanie wielu, jeśli nie wszystkich zarazków chorobotwórczych.

W r. 1881 ukazały się w »Rocznikach« Pasteurowskich opisy bardzo ciekawych doświadczeń Rouxa [13]), które potwierdzały wyrażone przez Duclaux zdanie, że dostęp powietrza gra ważną rolę przy niszczeniu bakteryi, że zarodniki wąglika w obecności powietrza o wiele prędzej ulegają zabójczemu wpływowi światła, niźli wtedy, gdy przystęp powietrza został uniemożliwiony. Potrzebny w tym przypadku czas wynosi 54—29 godzin, natomiast w razie braku powietrza jeszcze po 83 godzinach zarodniki okazały się zdolnemi do wykiełkowania.

Roux wykazał dalej, że skoro wyjałowiony bulion wystawimy przez 3—4 godziny na działanie słońca i następnie szybko zasiejemy nań zarodniki wąglika, nie będą one mogły w nim się rozwinąć. Natomiast, jeśli w czasie naświetlenia znajdował się bulion w atmosferze bezwodnika węglowego albo w próżni, zarodniki wąglika mogą się w nim rozwijać bez przeszkody.

Czas, przez jaki powinno działać światło, aby mogło wywołać śmierć badanych ustrojów, zależy od najrozmaitszych czysto zewnętrznych okoliczności, np. od kształtu naczynia, w którem znajduje się płyn z bakteryami i t d. Przy sposobności tych doświadczeń stwierdził Roux raz jeszcze ciekawy szczegół, że zarodniki wąglika nie są tak odporne na wpływ światła, jak jego formy wegetacyjne.

Prawie wszyscy wymienieni dotychczas badacze godzą się na to, że wszystkie promienie słoneczne razem, t. j. pełne światło słoneczne silniej działa na różne drobnoustroje, niźli poszczególne części widma. Wyjaśnimy później przyczyny tego twierdzenia. Ważne spostrzeżenie Pringsheima, że światło słoneczne skoncentrowane po usunięciu promieni cieplnych zabija rośliny, pozostało odosobnione.

W dalszym ciągu wyliczymy chronologicznie historyczny rozwój nauki o działaniu światła na drobnoustroje. Santori [14]) znalazł, że światło słoneczne w temp. 37—39° C. energiczniej działa na zarodniki i wegetacyjne formy, niźli przy 19—23° C. Potwierdza on również, że bakterye ulegają przed zabiciem osłabieniu. Bordoni Ufreduzzi [15]) spostrzegał, że dwoinki zapalenia płuc (pneumokoki) znoszą bez szkody naświetlenie w ciągu 55 dni. Giunti [16]) i Mortinand [17]) zauważyli, że bakterye octowe i pleśnie opaźniają pod wpływem światła swoją działalność. Janowski [18]) przekonał się, że bezpośrednio naświetlone bakterye duru giną po 6—10 godzinach, przyczem podłoże nie ponosi żadnej szkody. Geissler [17]) znalazł, że niema różnicy jakościowej w działaniu promieni słońca i lampy łukowej. Krótkie fale oddziałują silniej. Ward [18]) stwierdził, że na prątki wąglikowe części błękitne i fiołkowe widma działają silniej od innych. Co się tyczy działania światła na jady bakteryjne, to Fermi i Celli [19]) wykazali, że jad tężcowy po 8 godzinnem naświetleniu w słonecznem zupełności został osłabiony.

Według Ledoux-Lebarda [20]) bezpośrednie światło sło-

neczne opóźnia wzrost bakteryi w ciepłocie 33—35° C. Światło rozproszone działa daleko słabiej. Sternberg[21]) zauważył, że bakterye cholery zostały zabite w zimie po czterogodzinnem naświetleniu.

Na szczególniejszą uwagę zasługuje spostrzeżenie Buchnera[22]) co do bakteryi wodnych. W Izarze mianowicie znajdował on więcej bakteryi przed wschodem słońca, niż wieczorem. Po jednogodzinnem naświetleniu słonecznem nie znalazł on wcale bakteryi w wodzie, w której poprzednio zliczył 10.000 bakteryj na 1 cm^3. Buchner nie zauważył w czasie badania żadnego wpływu promieni ultrafioletowych na bakterye.

Esmarch[28]) nie znalazł żadnych szczególniejszych śladów dezynfekcyi słonecznej na rozmaitych przedmiotach w rodzaju mebli, poduszek i futer. Migneco[28]) stwierdza, że bakterye gruźlicy w plwocinie po 10—15-godzinnem naświetlaniu przez słońce zostały zabite. Dieudonné[30]) należał do pierwszych badaczy, którzy mówili o energicznem oddziaływaniu promieni fioletowych i ultrafioletowych na bakterye.

Wszyscy tutaj wymienieni badacze posługiwali się w badaniach przyrządami szklanymi. Finsen[31]) pierwszy przypomniał dawne twierdzenie, że promienie ultrafioletowe nie przechodzą przez szkło i stwierdził, że obserwacye, przy których używano przyrządów szklanych są niepewne. Przypomnimy dawno zapomniane spostrzeżenie Becquerela i Biota[30]) z 1839 r., że kwarc przepuszcza lepiej pewne promienie, niż szkło, oraz że Stokes[32]) zbudował w 1862 pierwszy spektroskop z kwarcu dla promieni ultrafioletowych. W miejsce szklanych przyrządów trzeba było odtąd zastosować soczewki i pryzmaty z kwarcu, który promienie ultrafioletowe przepuszcza. Jak wiadomo, wyzyskał Finsen swoje spostrzeżenia do leczenia rozmaitych chorób skórnych, przyczem okazało się, że tylko bardzo powierzchowne zmiany bakteryjnego pochodzenia są dostępne dla pozafiołkowej części widma. Z doświadczeń Jansena[33]) wynika, że promienie tej części widma mogą przeniknąć zaledwie warstewkę grubości 1·8 mm, już dwumilimetrowa warstewka stanowi dla nich nieprzezwyciężoną przeszkodę.

Wcześniej już poznano niektóre t. zw. fotodynamiczne substancye, zapomocą których można uczulić tkanki na działanie promieni chemicznych. Tak np. Huber[34]) spostrzegał, że eozyna, erytrozyna i inne barwiki, domieszane w niewielkich ilościach do płynnych pożywek, zwiększają działanie promieni światła. Tożsamo potwierdzają Raab[35]) Jodlbauer[36]) i inni.

Thiele i Wolf[37]) stwierdzili, że błękitna sól kamienna przepuszcza promienie pozafiołkowe, tak, iż nawet w ciemnych przestrzeniach mogą bakterye ulegać szybkiemu zniszczeniu.

Zastosowanie promieni pozafiołkowych do wyjałowienia wody.

Część widzialna widma obejmuje fale świetlne od długości 0,761 μ do 0,371 μ. Skrajne fale czerwone posiadają zatem prawie dwa razy większą długość od skrajnych fal fioletu. Widzialne wszakże widmo stanowi zaledwie małą cząstkę widma rzeczywistego, które rozciąga się w obie strony tak daleko, że najczulsze przyrządy pozwalają nam uchwycić maleńką zaledwie cząstkę fal, już dawno dla oka niedostępnych. Poniżej czerwonych promieni można zapomocą termometru, bolometru lub termostosu stwierdzić fale o długości 30 μ, a lampy Auera wysyłają fale, posiadające długość 60 μ, 78 razy większą od skrajnych fal widzialnej czerwieni. Są to promienie cieplne. Z drugiej strony, ponad fiołkową częścią widma rozciąga się obszar niewidzialnego pozafioletu. Są to promienie chemiczne. Część tę widma studyować możemy najłatwiej na płycie fotograficznej. Dla okazania skrajnych fal pozafiołkowych posługujemy się przesłoną z willemitu, który pod ich wpływem fluoryzuje; można też uwidocznić je zapomocą bibuły zmaczanej w rozczynie uraniny (soli sodowej fluoresceiny).

Fale pozafiołkowe są krótkie. Dla promieni pozafioletowych, znajdujących się w widmie słońca, najmniejsza długość wynosi 0,295 μ. Doświadczenia nad widmem metali wykazały, że widmo np. glinu posiada fale o długości 0,18522 μ. Cornu i Schuman zdołali otrzymać fale o długości 0,120 μ. Wszędzie zatem, gdzie idzie o uzyskanie możliwie krótkich fal, przedewszystkiem wchodzą w rachubę widma metaliczne.

Niektórzy badacze, którzy pracowali nad rozmaitymi gazami (Lyman) uzyskali promienie o długości fal, nie przenoszącej 0,1030 μ. Zasługa największa przypada tu w udziale Angströmowi, którego imieniem nazwano jednostkę pomiaru, wynoszącą 0,0001 μ i nazwano ją jednostką A. Część pozafioletowa widma rozpoczyna się od $\lambda = 3970$ A t. j. 0,397 μ. Wszystkie promienie pozafiołkowe odznaczają się energią chemiczną. Rozszczepiają sole rozmaitych metali, niszczą organiczne tkanki, odbarwiają rozczyny barwików. Promienie te wywołują zjawiska fluorescencyi i fosforescencyi i jonizują środowiska, przez które przechodzą. One to są powodem zjawiska, które nazywamy udarem słonecznym, chociaż atmosfera ziemska pochłania je w bardzo znacznej części. Są też bardzo niebezpieczne dla tkanek organicznych. Na lampę kwarcową nie należy patrzeć gołem okiem bez chroniącej przesłony, np. okularów. Kilka sekund naświetlenia wystarcza, aby wywołać silne zapalenie oczu i skóry, a nawet troficzne zmiany na jej powierzchni. Tylko promienie o średniej długości $\lambda = 2800—2700$ A przeciskają się przez atmosferę. Atmosfera więc, jak widzimy, stanowi bezpieczną ochronę przeciw szkodliwemu działaniu tych krótkich fal. Zasługuje na wzmiankę, że oko wszystkich zwierząt z natury już jest ochronione przed działaniem tych promieni, nie przechodzą one bowiem przez soczewkę oczną, która je pochłania znakomicie. Skrawki soczewki ocznej, oglądane na fotogramie otrzymanym w świetle ultrafioletowem, skutkiem pochłaniania tych fal wyglądają zupełnie czarno. To zjawisko wyjaśnia dlaczego nie dostrzegamy okiem promieni pozafiołkowych.

Sztuczne źródła promieni ultrafioletowych dają nam daleko obszerniejsze pole do ich studyowania. Oto niektóre z tych źródeł:

1. Elektryczna lampa łukowa, zawiera ich zresztą bardzo niewiele.

2. Lampa o glinowych elektrodach daje fale $\lambda = 1852$ A.

3. Rurki Geisslera, wyrobione z kwarcu, wypełnione silnie rozcieńczonym wodorem, argonem, ujawniają między innemi i te promienie.

4. Najbogatszem wszakże źródłem promieni pozafioletowych jest lampa kwarcowa z parami rtęci.

Wspomnieć musimy też o niektórych ciałach, nieprzenikliwych dla części pozafiołkowej widma.

1. Szkło powstrzymuje wszystkie fale poniżej λ = 3000 A.

2. Różne gazy, jak argon, hel, wodór i azot w warstwie grubości 1 cm przepuszczają promienie ultrafioletowe, natomiast tlen i jego połączenia silnie je pochłaniają.

3. Powietrze w warstwie grubości 9 mm skutkiem zawartości tlenu pochłania wszystkie ultrafioletowe promienie od λ = 1850 A — 1250 A.

Z dotychczasowych doświadczeń wynika, że kwarc jest jednem z najbardziej przenikliwych ciał. Płytka grubości 1 mm przepuszcza jeszcze fale λ = 1500 A.

Wiadomo, że pary rtęci pod działaniem elektrycznego prądu w próżni poczynają świecić. Arons, opierając się na tej zasadzie zbudował w r. 1892 lampę, która została przez Cooper-Hewitta zastosowana w przemyśle. Lampa ta zbudowana była ze szkła, jedną elektrodę tworzyło żelazo, drugą stanowiła rtęć. Chcąc ją puścić w ruch należało zlekka przechylić ją z góry na dół. Wtedy następuje z jednego końca rurki do drugiego zetknięcie się elektrod przez utworzenie się strumyka rtęci prąd elektryczny płynie, rtęć paruje i lampa świeci. Światło tej lampy zawiera niewiele promieni cieplnych, natomiast wysyła obficie fale krótkie, ultrafioletowe. Te lampy były zbudowane ze szkła i skutkiem tego nie dawały promieni ultrafioletowych. Küch, a później Kromeyer zbudowali podobną lampę z kwarcu. Lampa ta jest obecnie najwięcej rozpowszechnionem źródłem promieni utrafioletowych. Wysyła ona promienie λ = 3650 A do λ = 2250 A. Potrzebuje prądu stałego.

Promienie pozafiołkowe posiadają bardzo silne własności bakteryobójcze. Wszystko to, co mówiliśmy o roli światła w nauce o niszczeniu drobnoustrojów, sprowadza się do działalności promieni pozafioletowych. W r. 1906 studyowali Nogier i Thevenot po raz pierwszy bakteryobójcze działanie lampy Cooper-Hevitta. Lampa okazała się zupełnie niezdatną do użytku, gdyż była zbudowana ze szkła. Dopiero w r. 1908 stwierdzili Kromayer, Nogier i Thevenot, że kwarcowa lampa Kromayera zabija hodowle bakteryi na agarze. Działanie to potwierdzone zostało przez różnych badaczy.

Przedtem już wspomniałem, że różne gazy w rozmaity sposób pochłaniają promienie pozafioletowe, skutkiem czego przenikają one przez atmosferę zaledwie w niewielkiej ilości. Pewne ciecze przepuszczają te promienie w wysokim stopniu, jak to stwierdzili Courmont i Nogier[38]). Własność ta cieczy, szczególnie wody, podana przez Nogiera w r. 1909 do wiadomości publicznej, została stwierdzona przez różnych badaczy.

Ponieważ nas obchodzi w pierwszym rzędzie zdolność światła pozafiołkowego do wyjaławiania wody, przeto omówimy nieco szerzej odnośne doświadczenia Courmonta i Nogiera. Według wskazówek tych autorów najważniejszym warunkiem udania się wyjałowienia wody jest jej zupełna przeźroczystość oraz nieobecność ciał koloidalnych. Grubość warstwy wody, która podlega działaniu bakteryobójczemu światła lampy kwarcowej, może wynosić około 30 cm. Doświadczenia wykazały, że da się ona rozszerzyć do grubości 1 m, wówczas jednak musi się zwiększyć czas działania nieco więcej niż stosunek do kwadratu z odległości, jak twierdzi Roux.

Lampa zbudowana przez wymienionych autorów wyrobiona jest z kwarcu i znajduje się w osłonie z metalicznego glinu. Woda przepływa przez ową aluminiową osłonę obok lampy i w czasie tego przepływu ulega zupełnemu wyjałowieniu. Stwierdzono, że najważniejsze zarazki chorobotwórcze, które mogą się znajdować w wodzie, niszczy światło ultrafioletowe w czasie ułamków sekundy.

Pierwsze doświadczenia wykonane z przyrządem Nogiera obejmowały w Zakładzie higieny w Krakowie próby ze zwykłemi bakteryami wodnemi, których znajdowaliśmy 28 w 1 cm³ wody krakowskiego wodociągu. Po naświetlaniu woda okazała się zupełnie czysta. Toż samo odnosi się do hodowli prątków duru i cholery. Rozmieszaliśmy całą hodowlę cholery w 1 litrze wody, tak, że 1 cm³ zawierał 10—20 milionów bakteryi. Po przepływie przez aparat Nogiera woda była zupełnie jałowa. Doświadczenia przedsięwzięte z bakteryami duru dały ten sam wynik. Także rozmaite zarodniki, które wytrzymują dość wysoką ciepłotę podczas przepływu przez przyrząd zostały w przeciągu małego ułamka sekundy zabite.

Zarodniki B. mesentericus, roztarte w olbrzymiej ilości 50 milionów na 1 cm³ przepuszczono przez sterylizator Nogiera. Nie można było tak dokładnie rozetrzeć całych mas bakteryi, żeby nie pozostały większe grudki; skutkiem gęstości zawiesiny tych zarodników woda była mętna i zawierała grube kłaczki. Mętny ten płyn po przejściu przez sterylizator był o tyle jałowy, o ile nie zawierał okiem dostrzegalnych kłaczków Z tego widać, że nawet męt bakteryjny nie przeszkadza zupełnemu wyjałowieniu i że należy unikać tylko zbyt grubej zawiesiny. Do wyjaławiania płynów zawierających wielkie ilości koloidów, lampa Nogiera nie da się zastosować. Tak np. mleka nie można zapomocą niej wyjałowić.

Doświadczenia, które podjąłem celem stwierdzenia czy woda prześwietlona w tym przyrządzie zachowuje jakie właściwości bakteryobójcze, albo też powstrzymuje drobnoustroje w rozwoju, dały wynik ujemny. W wodzie, którą w ciągu 10 minut naświetlałem potem zaś zaszczepiłem bakteryami, żyły bakterye cholery i duru bez żadnej szkody, jak w wodzie nienaświetlonej.

Doświadczenia innych badaczy wykazały, że różne zwierzęta i rośliny znoszą tę wodę dobrze, tak samo jak wodę zwykłą.

Dziś już zatem rzec można, że posiedliśmy w zastosowaniu promieni ultrafioletowych nową a skuteczną metodę wyjaławiania wody. Metoda ta stanowi wielki krok naprzód na polu oczyszczania wody, nie zmieniając jej własności prawidłowych.

Szczególnie ważną okaże się metoda w zastosowaniu do wody rzecznej wielkich miast, jak: Paryż, Berlin, Petersburg. Woda petersburska, zakażona stale prątkami duru obecnie zaś i cholery, jedynie zapomocą tej metody może uledz skutecznemu oczyszczeniu. Na innem miejscu omówimy jeszcze różne przyrządy, jakie obecnie do tego celu są polecane.

Piśmiennictwo. 1) Downes and Blunt. Researches on the Effect of Light upon Bacteria and other Organism. Proceed. of. The Royal Society of London. December, Vol. XXVI. 1877. —

2) J. Raum. Der gegenwärtige Stand unserer Kenntnise über den Einfluss des Lichtes auf Bacterien. Zt. f. Hyg. B. VI. 1889. — To samo po polsku: Pamiętnik lekarski, Warszawa 1889. — 3) Warrington. Chemical News. December, 1877. Schlösing i Müntz. Sur la nitrification par des ferments organisés. Compt. rend. de l'Acad. des Sciences 1877, t. LXXXV. — 4) Soyka. Ueber den Einfluss des Bodens auf die Zersetzung organischer Substanzen. Zt. f. Biologie 1878, t. XIV. Downes i Blunt. On the Influence of Light upon Protoplasm. Proceed. of The Royal Soc. of London. December, 1878. Vol. XXVIII. — 5) Tyndall. Note of the Influence exercised by Light on Organic Infusions. Tamże. — Tenże. On the Arrestation of Infusoriale Life. Nature. Sept. 1881. Vol. XXIV. — 6) Jamieson. The Influence of Light on the Developement of Bacteria. Tamże, 1882. Vol. XXVI. — Tenże. The Influence of Light on Bacteria. Trans. und Proceed. of The Royal Soc. of Victoria. Vol. XX. — Downes, tamże. — 7) Duclaux. Influence de la lumière du soleil sur la vitalité des germes des microbes. Compt. rend. de l'Acad. d. Sc. Janv. 1885, t. C. — Tenże. Sur la durée de la vie chez les germes des microbes. Ann. de chim. et de phys. 1885, 6. Ser., t. V. — Arloing. Influence de la lumière sur la végétation et les propriétés pathogènes du bacillus anthracis. Compt. rend. Février 1885, t. C. — 9) Duclaux. Influence de la lumière du soleil sur la vitalité de micrococcus. Tamże, t. CI. — 10) Arloing. Influence du soleil sur la végétabilité des spores du bacillus anthracis. Tamże. — Tenże. Influence du soleil sur la végétation, la végétabilité et la virulence des cultures du bacillus anthracis. Tamże. — 11) Nocard. Recueil de médecine vétérinaire 1885. — Downes. On the Action of Sulinght on Microorganismus etc. Proceed. of The Royal Soc. of London 1886. Vol. XL. — 12) Arloing. Influence de la lumière blanche et des ses rayons constituants sur le développement et les propriétés du bacillus anthracis. Arch. de physiol. norm. et path. 1886, t. VII. Nr. 3. — Strauss. Société de biologie 1886. — Lübbert. Biologische Spaltpilzuntersuchung. Der Staphylococcus pyogenes aureus u. der Osteomyelitiscoccus. Verhalten zum Licht. Würzburg, 1886. — Arloing. Les spores du bacillus anthracis sont réellement tuées par la lumière solaire. Compt. rend. Mars. 1887, t. CIV. — Tenże. Destruction des spores du bacillus anthracis par la lumière solaire. La semaine médicale 1887, Nr 10. — 13) Roux. De l'action de la lumière et de l'air. Annal. de l'Inst. Past. 1887, Nr 9. — Arloing, tamże, Nr 12. — Gaillard. De l'influence de la lumière sur les microorganismes, Lyon, 1889. — Dandrieu. Influence de la lumière dans la destruction des bactéries p. servir à l'étude du »tout à l'égout«. Ann. d'hygiène etc. 1888. — 14) Santori. L'influenza della temperatura sull'azione microbicida della luce. Annali dell'Institute d,igiene dell'Univers. di Roma, 1890. — 15) Bordoni. — Uffreduzzi. Sulla restistenza del virus pneumonico negli sputi. Arch. per. le scienze med. Vol. XV. 1891. — 16) Giunti. Ueber die Wirkung des Lichtes auf die Essiggährung. Ref. Cbl. f. Bakt. Bakt. Bd. IX. 1891, Nr 16. — Momont. Action de la dessication de l'air et de lumière sur la bactéridie charbonneuse filamenteuse. Ann. de l'Inst. Past.. t. VI., 1892. — Martinaud. Compt. rend. de l'Acad. t. CXIII., 1892. — Janowski. Zur Biologie der Typhusbacillen. Die Wirkung des Sonnenlichtes. Cbl. f. Bakt. Bd. VIII., 1890. — 17) Geisler. Zur Frage über die Wirkung des Lichtes auf Bakterien. Tamże, t. XI., 1892. — 18) Ward. Further Experiments on the Action of light on Bacillus anthracis. Proceed. of the Royal Soc. of London. Vol. LIII. — 19) Fermi i Celli. Contributo allo studio del venene del tetano. Gazetta degli ospedali, 1893. — 20) Ledoux-Lebard. Action de la lumière sur le bacille diphtherique. Arch. de médicin experim., t. V., 1893. — 21) Sternberg. Desinfection at Quarantine Statione especially against Cholera. Practitioner Nr 297. Vol. L., 1893. — Sanfelice. Della influenza degli agenti fisico-chimici sugli anaerobi patogeni del terreno. Annali dell'Instituto d'igiene di Roma, 1893. Vol. IV. — 22) Buchner. Ueber den Einfluss des Lichtes auf Bakterien. Cbl. f. Bakt. Bd. XI., 1892. — Tenże, tamże. Bd. XII., 1893. — Tenże. Ueber den Einfluss des Lichtes auf Bakterien u. über die Selbstreinigung der Flüsse. Arch. f. Hyg. Bd. XVIII., 1893. — Raspe. Einfluss des Sonnenlichtes auf Mikrobien. Diss. Schwerin, 1891. — Procaccini. Influenza della luce solare sulle acque di rifinto. Annali dell'Instituto d'igiene dell'Univers. di Roma, 1893. Vol. III. — Chmielewskij. K woprosu o wlijanji sołniecznawo i elektriczeskawo swieta na gnojerodnyja baktierji. Chirurgicz. Wiestnik 1893, Nr 12. — Kotljar. O wlijanji sołniecznawo swieta na baktierji. Wracz, Nr 39—40, 1893. — Schickhardt. Ueber die Einwirkung des Sonnenlichtes auf den menschlichen Organismus u. auf Mikroorganismen u. die hygienische Bedeutung desselben. Friedreichs Blätter f. gericht. Med. u. Sanit. Polizei Jahrg. XLIV. 1893. — Wesbrook. Some of the effects of sunlight on tetanus cultures. Jour. of. Pathology 1894. Vol. III., Nr 1. — 28) Esmarch. Ueber Sonnendesinfektion. Zt. f. Hyg. Bd. XVI., 1894. — 30) Dieudonné. Beiträge zur Einwirkuug des Lichtes auf Bakterien. Arb. a. d. Kais. Ges. Amte 1894. — Tenże. Ueber die Bedeutung des Wasserstoffsuperoxyds für die bakterientödtende Kraft des Lichts. Arb. a. d. Kais. Ges. Amte 1894. — Piarza. Sull'influenza della luce solare sulla tossina difteritica. Annali d'Igiene speriment. Vol. V. fasc. 4, 1895. — Billings und Peekham. The influence of certarin agents in destroying the vitality of the tyfoid and of the colonbacillus. Science p. 169, 1895. — Wesbrook. The growth of cholera and other bacilli in direct sunlight. Journ. of Pathology. Vol. III. 1894—5. — Kruse. Ueber die hygienische Bedeutung des Lichts. Zt. f. Hyg. Bd. 19, 1895. — 29) Migneco. Azione della luce solare sulla virulenza dell bazillo tubercolare. Annale d'Igiene sperim, 1895, p. 215. — 30) Becquerel i Biot według Kaisera. Handb. d. Spectroscopie I. 42. — Schreiber. Ueber die physiol. Bedingungen der endogenen Sporenbildung. Cbl. f. Bakt. Bd. 20, 1896. — 31) Finsen. Behandlung von Lupus mit conzentrirten chemischen Strahlen. Aerztl. Centralanzeiger. Wien 1899. — 32) Stokes, tamże. — 33) Jansen-Finsens. Mitteilungen, t. 4. — Drigalski. Zur Wirkung der Lichtwärmestrahlen. Cbl. f. Bakt. 1900. Bd. 27. — Raab. Ueber die Wirkung fluorescierender Stoffe auf Infusorien. Zt. f. Biol. Bd. 39, 1900. — Ledoux-Lebard. Action de la lumière sur la toxicité de l'eosine et de quelques autres substances pour les paramecies. Compt. rend. de la Soc. de biologie, t. 54, 1902. — 35) Raab. Weitere Untersuchungen über die Wirkung fluoreszierender Stoffe. Zt. f. Biol. 2 Ser. Bd. 26, 1903, Hf. 1. — 36) Jodlbauer. Ueber die Wirkung photodynamischer (fluoreszierender) Substanzen auf Paramecien u. Enzyme bei Röntgen- u. Radiumbestrahlung. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 80. — Tappeiner i Jodlbauer. Ueber die Wirkung der photodynamischen Stoffe auf Protozoen und Enzyme. Tamże. — Ciż sami. Ueber die Wirkung fluorescierender Stoffe auf Diphterietoxin und Tetanustoxin. Münch. med. Woch. 1904. — Tappeiner. Beruht die Wirkung der fluorescierenden Stoffe auf Sensibilisierung? Tamże. — Dreyer. Influence de la lumière sur les amibes et leurs kystes. Ov. Danske Vid. Selsk. Forh. 1903. — Rapp. Ueber den Einfluss des Lichtes auf organische Substanzen etc. Arch. f. Hyg. Bd. 48, 1903. — Dreyer. Untersuchungen über die Einwirkung des Lichtes auf Infusorien. Mitteil. aus Finsens med. Lichtinst. Bd. VIII., 1904. — Tenże. Sensibilisierung von Mikroorganismen und tierischen Geweben. Tamże. — Busck. The influence of daylight on the progress of malaria etc. American. Journ. of the Med. Sciences. Vol. 128, Nr 1, 1904. — Neisser i Halberstaedter. Mitteilungen über Lichtbehandlung nach Dreyer. Deut. med. Woch. 1904, Nr. 8. — Mettler. Experimentelles über die baktericide Wirkung des Lichtes auf mit Eosin etc. gefärbten Nährboden. Arch. f. Hyg. Bd. 54. — 34) Huber. Weitere Versuche mit photodynamischen sensibilisierenden Farbstoffen. Tamże. — Tappeiner. Bemerkungen zur Abhandlung von E. Mettler etc. Tamże. — Bie. Ist die baktericide Wirkung des Lichtes ein Oxydationsprozess. Mitteil. aus Finsens. Lichtinst. Hf. 9. — Klingmüller i Halberstaedter. Ueber die Wirkung des Lichtes bei der Finsenbehandlung. Deut. med. Woch. 1905. — Martin. Studien über den Einfluss der Tropensonne auf pathogene Bakterien. Münch. med. Woch. 1906. — 37) Thiele i Wolf. Ueber die Abtötung von Bakterien durch Licht. Arch. f. Hyg. Bd. 57. — Wiesner. Die Wirkung des Sonnenlichtes auf pathogene Bakterien. Tamże, t. 61. — Riegel. Zitronensäure u. Sonnenstrahlen als Desinfektionsmittel für militärische Zwecke. Tamże. — Stern i Hesse. Ueber die Wirkung des Uviollichtes auf die Haut etc. Münch. med. Woch. 1907. — Franz. Licht als Desinficiens. Cbl. f. Gynäk. 1908, Nr 1. — Neumark. Beitrag zur Frage der desinfizierenden Wirkung des Lichtes etc. Arb. aus d. Hygien. Instit. der Tierärztl. Hochschule zu Berlin, Nr XII., 1907. — Gardenghi. Sull'azione bactericida della luce nelle diverse zone dello spettro. Bolletino della Societa medica di Parma, 1908. — Kernboum. Decomposition de l'eau par les rayons ultra-violets. Compt. rend. de l'Acad. de Sc. t. CXLIX., 1909. — J. Courmont. Les rayons ultraviolets leur pouvoir bactericide etc. Revue d'hygiene, t. 32, 1910. — Courmont, Nogier et Rochaix. Effects au point de vue chimique (ozon etc.) de l'immersion dans l'eau de la lampe en quartz à vapeur mercure. Tamże. — Billon-Daguerre. Mode de sterilisation intégrale des liquides par les radiations des très courte longueur d'onde. Tamże. — Maurain et Warcollier. Action des rayons ultra-violets sur le cidre en fermentation. Tamże. — Courmont et Nogier.

Sur la faible pénétration des rayons ultra-violets à travers les liquides contenant des substances colloides. Tamże. — Cernovodeanu et Henri. Action de la lumière ultra-violette sur la toxine tétanique. Tamże. — Dornice et Daire. Contribution à l'étude de la stérilisation par les rayons ultra-violets. Tamże. — Raybaud. De l'influence des rayons ultra-violets sur le développement de moisissures. Tamże. — Treskinskaja. Ueber den Einfluss des Sonnenlichtes auf die Tuberkelbazillen. Inauguraldissert. St. Petersburg, 1910. — Nogier. La sterilisati n de l'eau par les rayons ultra-violets. Lyon med. 1910, Nr 2. — Bordier et Horand. Action des rayons ultra-violets sur les trypanosomes. Compt. rend. Acad. de Sc., t. 150, 1910. — Baroni et Jonesco-Mikaiesti. Sur la destruction par les rayons ultra-violets des principes actifs des serums normaux et préparés. Compt. rend. Soc. de biol., t. 68, 1910.

W sprawie pracy Prof. W. Orłowskiego p. t. »Drogowskazy dyagnostyki schorzeń trzustki«.

Prof. Orłowski w pracy swojej, wyczerpującej i dającej dokładny obraz obecnego stanu nauki o rozpoznawaniu chorób trzustki, nie uwzględnił w części, omawiającej znaczenie odczynu Cammidgea, literatury polskiej w bardzo obszernym spisie piśmiennictwa Nie chcąc wcale podnosić zarzutu z tego powodu — przypuszczam bowiem, że stało się to tylko wskutek przeoczenia — poczuwam się jednak do obowiązku, niejako jako jeden z poszkodowanych, zabrać w tej sprawie głos. Na Zjeździe internistów polskich w Krakowie w r. 1909 zgłoszone były dwa odczyty o odczynie Cammidgea, a to kol. J. Kostrzewskiego (z kliniki Prof. Jaworskiego) i moja praca z oddziału Prof. Wiczkowskiego. Obie te prace nie zostały wprawdzie na samym Zjeździe z powodu braku czasu wygłoszone, lecz praca kol. Kostrzewskiego wyszła drukiem w Nr 29 »Przeglądu lekarskiego« z r. 1909, poświęconym temu Zjazdowi, a pracę moją »O odczynie Cammidgea«, wygłoszoną w październiku t. r. w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem, wydrukował następnie »Lwowski Tygodnik lekarski« w Nr 22 z. r. 1910.

Jeszcze jeden fakt podnieść tu muszę celem wyjaśnienia niniejszych uwag, a mianowicie, że ja w pracy mojej, w której przytoczyłem pracę Prof. Orłowskiego z »Wraczebnoj gazety« (Nr 20 1909), ukończonej już przed lipcem 1909, piszę dosłownie: »Możnaby odmówić reakcyi Cammidgea wszelkiej wartości rozpoznawczej dla zmian w trzustce. Odczyn ten występuje na podstawie moich prób zarówno często u ludzi chorych, jak i u tych, u których klinicznie żadnego schorzenia trzustki stwierdzić nie można«. W uwadze do tego ustępu dodaję: »Przy przeglądaniu najnowszego piśmiennictwa, które pojawiło się już po ukończeniu niniejszej pracy, autorowie znajdują coraz więcej przypadków dodatnich u ludzi zdrowych, na co myśmy pierwsi zwrócili uwagę«. Dr Marcin Selzer (Lwów).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Farkas. **Odczuwanie pogody.** (Zeitschr. f. physik. u. diät. Therapie, luty 1911). Ciepłota powietrza, wilgoć, wiatr, opady i ciśnienie atmosferyczne mają niezaprzeczony wpływ na ustrój ludzki. Wpływ ten daje się podmiotowo, a nawet przedmiotowo wykazać w postaci następujących objawów: Niepokój, przygnębienie, ból głowy, ból w członkach, osłabienie, brak apetytu, biegunka, przyspieszenie tętna i inne. F. uważa te objawy za następstwo szczególnej wrażliwości układu nerwowego na różnego rodzaju zmiany meteorologiczne. Leczenie takich wrażliwych na stan pogody osób, o ile zachodzi tego potrzeba, polega na przywyczajaniu ich do bodźców o różnej ciepłocie, np. do tuszów o zmiennej ciepłocie. Dr Weissglas.

Strasser. **Leczenie fizyczne chorób nerkowych.** (Zeitschr. f. physik. u. diät. Therapie, luty 1911). Do czynników fizycznych, które w leczeniu chorób nerkowych w grę wchodzą, należą: miejscowe stosowanie ciepła lub zimna (stosownie do stanu choroby); obmywanie lub nacieranie zimną wodą; ogrzewanie ciała w wodzie, w parze lub w gorącem powietrzu z następowem krótkotrwałem ochłodzeniem, miesienie, gimnastyka; wody mineralne, wreszcie czynnik klimatyczny. I tak np. poprawiają kąpiele ciepłe krążenie i wywołują następowo poty, przez co zostają z ustroju wydalone różne szkodliwe ciała, które wskutek niedomogi nerkowej zostały zatrzymane. Ogrzewanie ciała z następowemi procedurami zimnemi pobudza silnie narząd krążenia, co wieść może do zmniejszenia obrzęków. Wody mineralne znowu zwiększają pędzenie moczu przez swoją zawartość różnych soli mineralnych. Wreszcie systematyczne ćwiczenie mięśniowe w odpowiednich warunkach klimatycznych wpływa korzystnie na czynności płuc i serca, co pośrednio korzystnie oddziaływa na nerki. Przy tych wszystkich zabiegach należy dokładnie uwzględnić stan serca, który właśnie w chorobach nerkowych często pozostawia dużo do życzenia. Dr Weissglas.

Glamser. **Wpływ kąpieli na krążenie w obrębie mózgu.** (Zeitschr. f. physik. u. diät. Ther., marzec 1911). Na podstawie doświadczeń na trepanowanych zwierzętach doszli Schüller, Wertheimer i Ottfried Müller do następujących wyników: Bodźce ciepłe albo chłodne, stosowane gdziekolwiekbądź na powierzchnię ciała, byleby tylko działanie nie było za krótkie, wywołują odruchowo zmiany naczyń w obrębie mózgu. Bodźce ciepłe wywołują zwężenie, bodźce zaś chłodne wywołują rozszerzenie naczyń mózgowych. Autor na podstawie własnych badań na ludziach z ubytkami w czaszce w zupełności potwierdza wyniki badań swoich poprzedników, zaznaczając jednak, że bodźce o ciepłocie wyżej 40° C działają już jako bodźce bolesne o wręcz przeciwnym skutku. Wreszcie, podobnie jak O. Müller i Siebeck, dochodzi autor do wniosku, że istnienie nerwów naczynioruchowych w obrębie mózgu nie da się wcale zaprzeczyć. Dr Weissglas.

Jacob i Rochard. **Gruźlicze zapalenie osierdzia z wielkim wysiękiem surowiczo-krwawym, leczone nacięciem osierdzia bez sączkowania; wyleczenie.** (Soc. de Chirurgie 22 lutego 1911). 23-letni żołnierz zgłasza się do szpitala z powodu dolegliwości sercowych, trwających około dwóch miesięcy. Stwierdzono olbrzymią duszność, prawie bezdech, słyszalne, jednak niepoliczalne tony serca; tętno było paradoksalne i biło 180 razy na minutę Stłumienie sercowe nie było powiększone, a jednakże prześwietlaniem dało się stwierdzić wyraźne powiększenie cienia sercowego. Zresztą w innych narządach nie napotkano żadnej nieprawidłowości. Charigny, lekarz szpitala wojskowego w Paryżu »Val-de-Grâce«, rozpoznał olbrzymi wysięk osierdziowy i to na podstawie paradoksalnego tętna i wyniku prześwietlania, a zważywszy, że stan chorego groził każdej chwili katastrofą, zwrócił się do chirurga Jacoba z prośbą o niezwłoczną operacyę. Naprzód nakłuto dwa razy osierdzie, oba razy z wynikiem ujemnym, jednakże przypuszczano, że płyn zgromadził się z tyłu za sercem. 31 sierpnia naciął Jacob osierdzie, znieczuliwszy naprzód miejscowo operowaną okolicę ciała, i to w ułożeniu chorego na poły siedzącem. Dokonano resekcyi klatki piersiowej, aby zdążyć do celu jak najprędzej sposobem Olliera, który jednak daje mały przystęp. Odsłonięte osierdzie okazało się zgrubiałe i nacieklé. Nacięto je na 3 ctm., ale dopiero, kiedy serce usunięto nieco ku wewnątrz, wydobyła się ciecz surowiczo krwawa w wielkiej ilości (powyżej $1^1/_2$ litra). Po zupełnem opróżnieniu osierdzia zbadano wolną jamę osierdzia i przekonano się, że nie zawiera ona wcale żadnego wysięku przylegającego do ścian. Nacięcie osierdzia zostawiono otwarte,

ranę zaś w klatce piersiowej zupełnie zamknięto przed niem bez sączkowania. Natychmiast po operacyi chory jakby do życia wracał. W następnych dniach zjawiło się powikłanie w postaci obustronnego zapalenia opłucnej z wysiękiem, który jednakże uległ rychłemu wessaniu. Stan ogólny w oczach się poprawiał i obecnie w $3^1/_2$ miesiąca po operacyi chory z raną zupełnie i oddawna już zagojoną, okazuje wprawdzie zrosty osierdne, jednakże bez jakichkolwiek wyraźniejszych zaburzeń czynnościowych. Autor z okazyi tego spostrzeżenia podaje kilka ciekawych uwag. Przedewszystkiem podkreśla niepewny wynik nakłuwania osierdzia w toku zapaleń gruźliczych, niebezpieczeństwo i niedostateczność leczniczą nakłucia. Nakłucie, jak dowodzi tego powyższy przypadek, może nie dać żadnego wyniku, mimo że wysięk jest znaczny, a nawet bardzo obfity, jeżeli wysięk ten nagromadzi się poza sercem. A w takim razie może być nakłucie i nieobojętnem, bo naraża na niebezpieczeństwo zranienia serca. Wreszcie jest nakłucie niedostatecznym zabiegiem leczniczym, bo na 20 przypadków zapalenia gruźliczego osierdzia, w ten sposób leczonych, można naliczyć 18 zejść śmiertelnych, a tylko 2 wyleczenia (Fevrier, Delorme i Mignon). Dlatego należy się uciekać w takich przypadkach odrazu do nacinania osierdzia i to jako do sposobu i rozpoznawczego i leczniczego. Drugą okolicznością, którą należy podkreślić w spostrzeżeniu autora, jest zupełne zarzucenie sączkowania po nacięciu osierdzia. Temu faktowi przypisuje autor tak rychłe i zupełne wyleczenie chorego, a tłomaczy je sobie tak, jak tłomaczą inni wyleczenie z zapalenia gruźliczego otrzewnej po laparotomii bez sączkowania (działanie odruchowe? działanie powietrza?). Stahr.

Lenzmann. **O badaniach krwi u rakowatych.** (Reńsk. Westf. Tow. med. wewnętrz. 20. XI). Rak wywołuje z czasem objawy niedokrwistości lub charłactwa. Dla wielkich niedokrwistości przyrody złośliwej cechujące są podług Ehrlicha megaloblasty, świadczące o zwyrodnieniu szpiku kostnego. Przy niedokrwistościach na tle raka (o ile przerzuty nie tkwią w szpiku kostnym) nie spotykamy nigdy we krwi megaloblastów, tak że służyć to może za dość pewne odróżnienie od siebie obu rodzajów niedokrwistości. Dalej przy niedokrwistości złośliwej spotykamy w miarę spadku liczby ciałek czerwonych, także analogiczny spadek liczby ciałek białych. Natomiast przy raku spotyka się przy niedokrwistości wobec małej liczby ciałek czerwonych, nieraz większą ilość ciałek białych, a szczególnie wielojądrzastych neutrofilnych; zwiększona także jest liczba płytek krwi. Natomiast wcale nie cechującą jest własność hamowania działania trypsyny przez surowicę, występuje ona bowiem i w innych rodzajach charłactwa. Wspomniane objawy, przy istnieniu innych znamion klinicznych, przemawiają za rakiem np. ukrytym, natomiast same przez się nie dowodzą niczego. A.

Chirurgia.

Bertram. **Typowe uszkodzenie u saneczkujących.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 12). W miarę rozwoju sportów mnożą się też uszkodzenia, i to dość typowe. U saneczkujących się wskutek specyalnego ustawienia ud na sankach, t. j. odwiedzenia i lekkiego zgięcia w kolanie, gdy czasem saneczki po wzniesieniu się uderzą nagle o teren, stopa uderza z całej siły o ziemię i wtedy wystąpić może złamanie uda typowo, tuż powyżej kolana, gdyż główka kości piszczelowej odcina niejako nasadę kości udowej i odsuwa ją ku przodowi. Takie 3 przypadki spostrzegał autor. Zwykle towarzyszy temu duży krwotok do stawu kolanowego. W 2 przypadkach nastąpiło zgojenie (chorzy na operacyę zgodzić się nie chcieli) stosunkowo dość dobre (z dyslokacyą), w trzecim odprowadził B. złamanie krwawo i udało się zatrzymać kości w miejscu bez szwu. Natomiast odprowadzenie bezkrwawe jest niemożebne. (Podobne uszkodzenie na saneczkach spostrzegał także sprawozdawca w Krakowie tej zimy). K.

Bardacher. **Przyczynek do techniki nadymania żołądka.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 12). Nadymać żołądek możemy dwoma sposobami: 1) wpędzając powietrze z pomocą wprowadzonego zgłębnika i balonika, 2) podając choremu dwuwęglan sody i kwas winny. Ten drugi sposób wprawdzie dla chorego i lekarza jest wygodny, ma jednak wady, a nawet niebezpieczeństwa. W jednym n. p. przypadku wystąpił w klinice praskiej po podaniu sody i kwasu winnego groźny krwotok z ukrytego wrzodu, a w drugim nagłe osłabienie serca wskutek zanadto wysokiego ustawienia przepony. Właśnie ta niemożność dostosowania ilości podanych środków (zwykle po 4 gramy) do rozmiarów żołądka sprawia nieraz powikłania, bo rozmiarów żołądka przed tem badaniem właśnie nie znamy. Wad tych nie ma nadymanie powietrzem, a ma tę zaletę, że możemy je kilka razy po sobie powtarzać. Wadą nadymania tym sposobem jest czasem trudność techniczna, ew. cofanie się treści żołądka do balonika, czemu zapobiega naczynie szklane, podane właśnie w tym celu przez autora, a łączące zgłębnik z balonikiem. K.

Prof. Kehr. **Ogólne podstawy dyagnostyki, wskazań i leczenia kamicy żółciowej.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 12). Chorzy stawiają zwykle przed operacyą kamicy żółciowej 4 pytania: Czy są na pewno kamienie, czy się je czuje, czy operacya jest nieodzowną i czy jest ona niebezpieczną? Co do punktu pierwszego, to nawet Kehr, mający ogromne na tem polu doświadczenie, jest ostrożny i raczej rozpoznaje zapalenie woreczka, zakażenie dróg żółciowych i t. p., niż na pewno kamienie, bo te same objawy (n. p. kolki) spotykamy także przy zrostach, a trudno tłomaczyć potem choremu, że operacya była potrzebną, choć nie znaleziono kamieni. Kolka żółciowa nie pochodzi wcale od zaklinowania się kamienia, (bo nieraz kamień jest wklinowany, a bolu niema, zresztą musiałby wtedy być ból ciągły), lecz od spraw zapalnych i rozciągania ścian pęcherzyka, i dlatego z czasem wskutek zgrubienia ścian kolki mimo obecności kamieni ustają. Co do wyczuwania kamieni, to należy to do bardzo wielkich rzadkości (i to w razie braku wszelkich objawów zapalnych, a zwykle w tym stanie chorych nie widzimy). Co do punktu trzeciego, to rozróżniamy wskazania bezwzględne (ropa, zakażenie, rak) i względne (n. p. socyalne), wogóle jednak trzeba pamiętać, że jedynie operacya doszczętnie leczy, a inne sposoby (Karlsbad, chologen i t. p.) wywołują tylko przyciszenie się choroby, co zresztą w 80% następuje samorodnie. Jeżeli operujemy nie w okresie już rozpaczliwym, to możemy zapewnić chorych, że operacya żadnych większych niebezpieczeństw nie przedstawia. K.

Müller. **Przyczynki do chirurgii kamieni nerkowych.** (Tow. lek. i przyr. Drezno 1910, XII.). W rozpoznawaniu kamieni nerkowych na bolu wiele polegać nie można, bo z jednej strony ogromne nawet kamienie niekiedy rozwijają się bezboleśnie, z drugiej zaś kolki nerkowe spotyka się także przy nerwobolu nerki i zapaleniu miedniczek, a także bole w sąsiednich narządach, jak kolka żółciowa itp., bardzo są podobne. Większe już znaczenie ma parcie na mocz i bole po wstrząśnieniu ciała, a dalej przeczulica w zakresie rozgałęzień nerwu podbrzusznego, zwłaszcza przeczulica jądra, ew. jajnika. Krwotoki bezbolesne odnieść należy raczej do gruźlicy lub nowotworu nerki. Najpewniejszym środkiem rozpoznawczym jest badanie rentgenowskie. Bezwzględne wskazanie do operacyi dają: bezmocz trwający ponad 48 godzin, silny krwotok, zakażenie i silne obustronne bolesne przypadłości. Przy piasku moczowym operacya jest niepotrzebna i przeciwwskazana. Co do samego zabiegu, to stosujemy nacięcie miedniczki (często potem przetoki) lub cięcie sekcyjne nerki, ew. w razie zniszczenia nerki, uporczywego krwotoku i t. p. wycięcie nerki. Śmiertelność przypadków aseptycznych operowanych 2—4%, zakażonych do 22%. K.

Hartung. **Rozpoznanie rentgenowskie kamieni**

nerkowych. (Tow. lek. i przyr. Drezno 1910, XII.). Badanie rentgenowskie jest jednym z pewnych sposobów badania, nie chroni jednak od pomyłek ani w kierunku dodatnim, ani ujemnym. Badać należy zawsze w 3 zdjęciach: każdą nerkę z osobna z moczowodem i pęcherz. Przy obecnych przyrządach udaje się wykonać zdjęcie w 25—30 sekund, t. j. przez czas, w którym chory potrafi zatrzymać oddech (by uniknąć przesunięć oddechowych). U osób tęgich stosujemy zdjęcie na 2 kliszach, zwróconych do siebie stroną warstwową (Schichtseite). Na płycie powinno być widać zawsze dokładnie ostatnie żebra, brzeg mięśnia lędźwiowo-udowego (psoas) i grzebień biodrowy. Kamienie nerkowe leżą zwykle na wysokości 12. żebra i wyrazistość ich zależy także od składu. Najlepiej są widoczne kamienie szczawianowe, potem fosforanowe, cystynowe, a najgorzej moczanowe. K.

Położnictwo i ginekologia.

Bretschneider. **W sprawie uleczalności raka zapomocą leczenia łagodzącego (paliatywnego).** (Arch. f. Gyn. tom 92, zesz. 1). Dokładne spostrzeżenia wykazały, że wśród pewnych, co prawda rzadko występujących warunków, ustrój po usunięciu częściowem raka potrafi sobie do tego stopnia poradzić z pozostałemi ogniskami rakowemi, że ze stanowiska klinicznego można przypadki takie uważać za wyleczone. Na dowód tego przytacza autor różne spostrzeżenia z piśmiennictwa i podaje historyę choroby własnego przypadku. Dotyczył on 35 l. kobiety, u której z powodu raka części pochwowej, nie nadającego się do operacyi doszczętnej (zajęcie tkanki przymacicznej, znaczne charłactwo), wyskrobano i przypalono dostępną tkankę rakową, uważając przypadek za stracony. Ku zdziwieniu operatora zgłosiła się chora znowu po 7 miesiącach w zupełnie dobrym stanie ogólnym i z przybytkiem na wadze, jedynie z powodu krwawienia. Część pochwowa była wprawdzie zgrubiała, ale o gładkiej powierzchni, a dopiero w kanale szyjki zauważono rozpadłą tkankę. Szczególne było i to, że naciek w tkance przymacicznej stanowczo się zmniejszył i stwardniał, a także cała macica, przedtem jakby obmurowana, stała się nieco ruchoma. Powtórzono wyskrobanie i przypalenie. Po 4 miesiącach chora zgłosiła się po raz trzeci znowu z powodu krwawienia. Stan ogólny bardzo dobry, wrażenie zdrowej kobiety; część pochwowa gładka, z ujścia jej wystercza tkanka rakowa, macica bardziej ruchoma. Wobec tego przyjęto, że naciek tkanki przymacicznej był przeważnie przyrody zapalnej i postanowiono wyjąć teraz całą macicę. Po otwarciu jamy brzusznej przekonano się jednak, że cała otrzewna zasiana była guzkami (badanie wykazało tkankę rakową), a także mnogie gruczoły były powiększone (również rakowo zajęte); cała tkanka przymaciczna aż do miednicy rakowo naciekła. Wobec takiego stanu odstąpiono od operacyi i jamę brzuszną zamknięto, powtórzywszy jednak po raz trzeci wyskrobanie i przypalenie części pochwowej. Chora zgłosiła się znowu po roku, 2 lata po pierwszem wyskrobaniu, wyglądając kwitnąco, ze znacznym przybytkiem na wadze i w znakomitym stanie ogólnym, nie skarżąc się na żadne dolegliwości. Krwawienia więcej nie występowały; część pochwowa starczo zanikła, gładka, macica mała, ruchoma. Ze stanowiska klinicznego należało więc chorą uważać za wyleczoną i przyjąć, że komórki rakowe straciły zdolność rozwoju i utrzymują się w ustroju jako ogniska utajone. Tylko w ten sposób należy też tłómaczyć te przypadki, gdzie wiele lat po operacyi doszczętnej, po latach najlepszego zdrowia, nagle wystąpi nawrót, który w krótkim czasie doprowadza do śmierci. Badania histologiczne muszą wykazać, czy ustrój potrafi zniszczyć do tego stopnia pozostałości rakowe, aby po pewnym czasie nic z nich nie zostało. Teoretycznie można przypuszczenie takie przyjąć. Co się tyczy warunków, wśród których wyleczenie takie wystąpić może, przypuszczają, że w ustroju wytwarzają się lub istnieją pewne siły ochronne, posiadające zdolność powstrzymywania, czy przeszkadzania komórkom nowotworowym w dalszym ich rozwoju, tak że dopiero wtedy, gdy siły te wyczerpią się, zachodzi znowu możność powstania nawrotu. Nie jest wyłączone, że siły te wytwarzają lub potęgują się po zabiegach łagodzących. E. Ehrenpreis.

Prof. Krönig. **Uwagi nad operacyą wypadnięć części rodnych.** (Arch. f. Gyn. tom 92, zesz. 1). Powołując się na pracę Tandlera i Halbana o znaczeniu mięśnia unoszącego odbyt (levator ani) dla powstania wypadnięć, radzi autor przy większych lub całkowitych wypadnięciach pochwy i macicy najprzód zeszyć ramiona tego mięśnia, szczególnie jeżeli rozstęp między niemi dochodzi do szerokości 4 palców; w takich przypadkach sama tylko operacya plastyczna Hegara wystarczyć nie może i wystąpienie nawrotu jest pewne. Ze względu na znaczenie tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy dla powstania wypadnięć, należy przed operacyą plastyczną macicę ustalić w przodozgięciu; w tym celu wykonuje autor u kobiet w okresie przejściowym waginifiksurę według Dührssena, a u kobiet młodych operacyę Aleksandra, ew. w połączeniu ze sterylizacyą jajowodów, a mianowicie tam, gdzie ze względu na możliwe dalsze porody i stan mięśnia unoszącego odbyt uzasadniona jest obawa nawrotu. Całkowite wyjęcie macicy w przypadkach zupełnych wypadnięć nie jest polecenia godne; owszem należy się starać macicę utrzymać, ponieważ stanowi ona znakomitą podporę, zamykającą wrota wypadania. Po wyjęciu macicy nawroty są częste z tą tylko odmianą, że w worku wypadającym nie znajduje sie wówczas macica, lecz pęcherz moczowy i jelita. W najcięższych przypadkach zupełnych wypadnięć pozostaje jako jedyna operacya zamknięcie pochwy (kolpokleisis) z zachowaniem macicy.
E. Ehrenpreis.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W sprawie badania z urzędu próbek środków spożywczych otrzymujemy następujące wyjaśnienie:

»W ostatnim »Przeglądzie lekarskim« z 8 b. m. znajduje się na str. 215 w streszczeniu sprawozdania sanitarnego m. Buczacza za rok 1910 następujące zdanie: »W krakowskim c. k. Zakładzie badania środków spożywczych badano szereg próbek z handlów buczackich, jednakże niewiadomo (— dlaczego? —) z jakim wynikiem«.

Zdanie powyższe nasunąćby mogło temu, kto nie zna organizacyi i przepisów obowiązujących powyżej wspomniany Zakład, myśl pewnego zaniedbania obowiązków ze strony Zakładu wobec gminy, oddającej do badania produkta zakwestyonowane — jako podejrzane co do jakości. — Wobec tego stwierdzić muszę, że miasto Buczacz poza próbami wody w r. 1910 państwowemu Zakładowi badania środków spożywczych w Krakowie nie przysłało żadnych produtów spożywczych celem badania, lecz jedynie tamtejsze starostwo i to w ilości 3 prób na cały powiat w ciągu całego roku. O wyniku badania tych prób powiadomił Zakład władzę, żądającą badania, stosownie do obowiązujących przepisów. Cały ten »szereg« prób (3) pochodził z handlów buczackich; nie wiadomo mi jednak, czy próby te pobrało starostwo, czy też gmina w sklepach. W przypadku ostatnim powinno było Biuro sanitarne miasta — powierzając odnośne próby starostwu, by zarządziło badanie w Zakładzie rządowym — znając przepisy o zarządzeniu tego rodzaju badań, u tej władzy zasięgnąć wiadomości o wyniku badania, a nie oczekiwać wiadomości ze strony Zakładu, tem zaś mniej w swem sprawozdaniu rocznem przedstawiać rzecz w sposób, mogący dać podstawę do przypuszczenia pewnego zaniedbania obowiązków ze strony Zakładu, do którego miasto zupełnie się nie odnosiło.

Dr Leonard Bier, star. inspektor Zakładu«

Lekarze wobec wyborów do Rady Państwa. »Związek państwowy organizacyi lekarskich austryackich« wzywa wszystkie stowarzyszenia i korporacye lekarskie, oraz wszystkich lekarzy, aby z najbliższych wyborów do Rady Państwa skorzystać dla poparcia skromnych żądań lekarzy w sprawie ustawy o ubezpieczeniu społecznem. Lekarze powinni uczestniczyć w zgromadzeniach przedwyborczych i żądać od kandydatów na posłów, by wyjaśnili swoje stanowisko wobec żądań lekarzy w tej sprawie; gdzie to możebne, powinni lekarze sami na posłów kandydować.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 2. IV. do 8. IV. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 8 † — (w tem obcych 5 † —), krztuśca 13 † 1, ospy wietrznej 3, płonicy 11 † 4 (3 † 3), odry 3 † 1 (1 † 1). Dr Janiszewski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. W sprawie losów Szpitala dla dzieci im. św. Ludwika, (o czem donosiliśmy w Nr 14), powzięło Walne Zebranie »Towarzystwa opieki szpitalnej nad dziećmi«, odbyte w d. 7. IV. następujące uchwały: 1) Poleca się komitetowi Towarzystwa, aby najpóźniej do końca r. 1913 rozwiązał umowę z Wydziałom krajowym i rządem co do umieszczenia i prowadzenia szpitala św. Ludwika i kliniki pedyatrycznej. 2) Zebranie upoważnia komitet do sprzedaży obydwu realności, w których obecnie mieści się Szpital św. Ludwika. 3) Zebranie wyraża życzenie, by urządzić w Krakowie dyspensatoryum dla dzieci zołzowatych i zagrożonych gruźlicą, łazienki lecznicze dla tych dzieci i — w miarę funduszów — oddział stały dla dzieci-ozdrowieńców i dla dzieci dotkniętych chorobami przewlekłemi, — oraz by rozszerzyć działalność kolonii leczniczej w Rabce i zamienić ją na stale otwarte sanatoryum.

Wiadomości o stanie Towarzystwa w r. z., podane w Nr 14 »Przeglądu« należy uzupełnić jeszcze następującemi danemi: Towarzystwo liczy 101 członków. W Szpitalu św. Ludwika było dni leczenia 38.558, co przy ogólnym koszcie 69.237 kor. daje 1 k. 95 hal. na dzień i głowę. Niedobór wynosił 14.099 kor. — Majątek Towarzystwa wynosi 622.311 kor. stan bierny 553.282 kor., fundusze żelazne 73.239 kor., dyspozycyjne 31.118 kor. Z powodu koniecznych adaptacyi budynku była kolonia w Rabce w roku zeszłym czynna tylko przez jeden sezon.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Leon Owczarewicz z Łodzi.

Warszawa. Na posiedzeniu Wydziału III. Towarzystwa naukowego warszawskiego w d. 6. IV. 1911 przedstawiono m. i. pracę p. M. Minkowskiego: »Badania nad fizyologią sfery wzrokowej w korze mózgowej«. Na posiedzeniu zaś komisyi antropologicznej tegoż wydziału w d. 1. IV. 1911 przedstawiono komunikat p. Fr. Chłapowskiego: »Trzy przypadki zupełnego braku wrodzonego kończyn górnych ze skróceniem dolnych«.

— Sekretarz naukowego warszawskiego Towarzystwa zawiadamia nas, że na cele Instytutu biologicznego złożyli Dr E. Flatau, Doc. Dr Wł. Janowski i Towarzystwo akcyjne fabryki Silbersteina w Łodzi po 1000 rb., brat ś. p. Dr R. Bukowskiego dla uczczenia pamięci zmarłego 1500 rb., Dr Tryjarski 52 rb. i mikrotom, Kalinowski i Przepiórkowski 500 rb., Towarzystwo akc. fabryki »Wołyń« 100 rb.

Z różnych stron. We Włoszech na wniosek Najwyższej Rady szkolnej ma nastąpić reforma studyów uniwersyteckich, która co do medycyny polegać będzie w pierwszym rzędzie na skasowaniu wielu wydziałów lekarskich po małych mieścinach, mających więcej profesorów, niż uczniów, nie posiadających odpowiednich zakładów i klinik. Do takich uniwersytetów, skazanych na zagładę, należy np. i uniwersytet w Mesynie, gdzie każdy student kosztuje rząd do czasu doktoryzacyi 30—40.000 lirów. X.

— Bawarski związek dla chorych i pomocy potrzebujących lekarzy lub wdów po lekarzach udzielił w r. 1910 zasiłku 24 kolegom w łącznej kwocie 24.080 m. i 51 wdowom i 11 sierotom w kwocie 9.175 marek. Związek ten, istniejący już od 45 lat, liczy 2.638 członków. X.

— Pewien rumuński lekarz tak zachwycił się, jak donosi Jonnesco, znieczuleniem lędźwiowem, że polecił wstrzyknąć sobie stowainę do rdzenia, a potem sam »bez asysty« zoperował sobie przepuklinę. X.

Mianowani: Dr Stanisław Welecki asystentem kliniki ginekologicznej krakowskiej.

Zmarli:

† Dr Aleksander Dulęba.

Ś. p. Dr Dulęba zginął, jak żołnierz na posterunku. 30 marca b. r. został wezwany z Sieniawy do rodzącej w Majdanie. Czując się od jakiegoś czasu niezdrowym i doznając dolegliwości ze strony serca, nie mógł jednak wobec nieobecności drugiego lekarza i stanu rodzącej odmówić pomocy. Wykonawszy obrót i wydobywając już płód, padł i wkrótce wyzionął ducha. Położnica została uratowana, a lekarz pełniąc obowiązek padł ofiarą.

Dr Aleksander Dulęba urodził się w Królestwie Polskiem w r. 1857 i tam się kształcił. Wskutek jednak znanego zajścia z Apuchtinem na Uniwersytecie warszawskim, musiał wraz z innymi opuścić kraj; wtedy udał się do Krakowa i tutaj w roku 1880 uzyskał dyplom doktora wszech nauk lekarskich. Ciężkie i trudne były dla niego studya, albowiem wskutek braku środków materyalnych musiał zarabiać na całe swe utrzymanie. Po odbyciu praktyki szpitalnej w Krakowie, pełnił obowiązki lekarza podczas cholery azyatyckiej w roku 1893 i 1894, a następnie w roku 1896 objął posadę lekarza okręgowego w Lutowiskach Miasteczko to było podówczas odcięte od cywilizowanego świata, ludność, rozrzucona wśród gór, wierzyła w gusła i szukała porady u wróżbitów, a zmarły był właściwie pionierem wiedzy lekarskiej. Swymi przymiotami, bezinteresownością oraz sumiennością w spełnianiu obowiązków pozyskał tamtejszą ludność, wskrzesił w niej wiarę do lekarzy i nauczył ją szukać umiejętnej pomocy w chorobie. Ludność uznała jego zalety i cichą pracę i darząc go zaufaniem, wybrała burmistrzem Lutowisk.

Na tem stanowisku starał się usilnie o asanacyę i rozwój miasteczka, był założycielem rozmaitych towarzystw, a stanąwszy na czele utworzonego komitetu, doprowadził do skutku budowę wspaniałego kościoła dla okolicznej ludności polskiej.

Praca Dra Dulęby w Lutowiskach wydała obfite owoce; sam jednak pracując usilnie w okolicy górskiej, przy braku komunikacyi, będąc kilkakrotnie w niebezpieczeństwie życia wskutek wylewów i zawiei śnieżnych, podkopał swoje własne zdrowie i dla jego ratowania zmuszony był w r. 1906 przenieść się na nieco mniej uciążliwe stanowisko lekarza okręgowego do Sieniawy.

W Sieniawie, w ciągu czteroletniej pracy, zaskarbił sobie wśród ludności miłość i szacunek, a pracując dalej gorliwie na polu społecznem, zajął we wszystkich towarzystwach miejscowych, jak Towarzystwo szkoły ludowej, »Sokół«, Kasa Reiffeisena, Kółko rolnicze i t. p. wybitne stanowisko, należąc bądź do założycieli, bądź do bardzo czynnych działaczy.

Dowodem miłości i uznania dla zmarłego był pogrzeb, na który pospieszyły kilkotysięczne tłumy ludności okolicznej, cała inteligencya, liczne deputacye Towarzystw z wieńcami, a między niemi i deputacya Oddziału jarosławskiego Towarzystwa lekarzy galicyjskich. W imieniu tej deputacyi przemawiał przewodniczący Dr W. Czyżewicz. W przemowie swej podniósł on, że aby, jak ś. p. Dulęba, być prawdziwym lekarzem, nie rzemieślnikiem, trzeba się kierować sercem i współczuć ze społeczeństwem, praca zaś uciążliwa i odpowiedzialna, potrzeba przybierania maski obojętności wobec chorego i rodziny przy równoczesnych wzruszeniach i niespokoju o stan chorych są głównemi przyczynami, że serce lekarza pod wpływem tych wzruszeń tak rychło ulega. Dlatego też lekarze giną w sile wieku albo wskutek chorób zakaźnych, albo wskutek chorób serca. Nad grobem przemawiał jeszcze dziekan ks. Włazowski w imieniu kościoła i inteligencyi miejscowej i notaryusz Wilczek, prezes Sokoła, w imieniu licznych Towarzystw w Sieniawie, których nieboszczyk był czynnym członkiem.

Praca publiczna Dr Dulęby była wydatna dla społeczeństwa i znalazła uznanie wszechstronne w chwili śmierci. Niestety jednak ta bezinteresowność była niekorzystna dla ś. p. Dr Dulęby i Jego rodziny, albowiem, umierając zawcześnie, pozostawił on swoich najbliższych w opłakanym stanie materyalnym, bez środków do życia, a tylko szanownemu Zarządowi dóbr Sieniawskich należy zawdzięczyć urządzenie pogrzebu.

Taki bywa obraz długoletniej ofiarnej pracy dzisiejszych lekarzy na prowincyi: ciężki żywot, a w razie śmierci przedwczesnej nędza w rodzinie. Społeczeństwo zaś, rząd i kraj myślą tylko o nakładaniu obowiązków na lekarzy, niewiele się troszcząc o należyte zabezpieczenie im bytu i uchronienie rodzin od nędzy.

Wobec tego sami lekarze powinni o tem zabezpieczeniu więcej myśleć, sami stale się opodatkować na wzór opodatkowania urzędników państwowych i w ten sposób zabezpieczyć

sobie byt na starość, a w razie śmierci byt rodziny. Lekarze powinni dojść do przekonania, że ani fundusze Towarzystwa lekarzy galicyjskich, Związku i Izb lekarskich, ani dochody ze znaczków receptowych, ani kasy pogrzebowe nie zabezpieczą spokojnego bytu ich rodzin, mogą tylko nieco ulżyć nędzy, zabezpieczenie zaś bytu jest możliwe tylko w sposób powyżej podany i to tylko wtedy, gdy wszyscy bez wyjątku przystąpią do istniejących Towarzystw i własne ubezpieczenie założą.

Z tej zasady wychodząc, Oddział jarosławski Towarzystwa lekarzy galicyjskich postanowił zamiast wieńca na trumnę ś. p. Dr Dulęby stworzyć ze składek między sobą mały fundusz podręczny, który ma służyć w potrzebie na ponoszenie wydatków pogrzebu i zabezpieczenie chwilowe potrzeb rodzin po lekarzach, choćby przez kilka dni, dopóki nie przyjdą z pomocą znaczniejsze obecnie istniejące towarzystwa.

Fundusz ten będzie uczczeniem pamięci zmarłego i będzie odpowiadał intencyom, jakiemi kierował się ś. p. Dulęba. W.

Sprostowanie: W Nr 13 »Przeglądu lekarskiego«, str. 194 szpalta lewa wiersz 11 z góry (w streszczeniu z pracy Dr Ostrowskiego) zamiast »brak przegrody« ma być »otwór w przegrodzie«.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 26. kwietnia 1911 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) F. Eisenberg: O roznosicielach zarazków. 2) Nowaczyński: Odczyn Calmetta z jadem kobry w surowicy ludzkiej, a wartość jego rozpoznawcza u gruźliczych. 3) Kostrzewski: Odczyn Freund-Kaminera (Serodyagnostyka raka).

Rok L. Kraków, dnia 22. kwietnia 1911. Nr. 16

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki medycznej U. J. w Krakowie.
Dyrektor: Prof. Dr W. Jaworski.

Leczenie głodem.

Podał
Dr W. Skórczewski.

W ostatnich czasach zwrócono większą uwagę na usuwanie pewnych dolegliwości chorobowych wstrzymaniem się od spożywania pokarmów. Gdy strona fizyologiczna głodzenia od szeregu lat jest przedmiotem skrzętnych badań (ciekawych odsyłam do zestawień piśmiennictwa w pracy prof. Noordena: Handbuch der Pathologie des Stoffwechsels, Berlin, 1906) i jest prawie całkowicie wyświetlona, to sprawa leczenia głodem nieczęsto była przedmiotem pracy naukowej. I tak prawo obywatelstwa w naszych środkach leczenia zyskało sobie jedynie wstrzymywanie się od pokarmów przy świeżym krwotoku żołądkowym, by stworzyć dla błony śluzowej warunki całkowitego spoczynku, jak również często przez pedyatrów używane zalecanie dni głodu przy podawaniu jedynie rumianku, przy niestrawności osesków. Częściej już używane były sposoby leczenia, w części tylko do leczenia głodowego analogiczne, jakoto leczenie suchemi bułkami, stosowanie z przerwami dni jarzynowych przy chorobach przemiany materyi, wreszcie metoda Karella, w ostatnich czasach przez Lenhartza gorąco polecana, polegająca na podawaniu choremu około litra mleka (w dawkach po 200 gr) na dobę. Wszystkie te metody lecznicze polegały na znacznem zmniejszeniu substancyi azotowych przy zawsze niedostatecznym dowozie pokarmów. Wreszcie miesiąc i dłużej nawet trwające wstrzymania się od spożywania pokarmów licznych głodomorów (Succi i t. p.), bez widocznej dla ustroju szkody znoszone, rzuciły nieco inne światło na głodzenie.

W ostatnich czasach zaczęto stosować w zakładach leczniczych europejskich, idąc za podaniami lekarzy amerykańskich, leczenie głodem u chorych ze zmianami dyspeptycznemi przewodu pokarmowego, zwłaszcza powstałych na tle wadliwej przemiany materyi. Kuracye te mają dawać wcale dobre wyniki i bywają coraz częściej stosowane.

Prócz pracy Mangolda i Schulza (Archiv f. Physiol. 1906), którzy usiłowali z doświadczalnej pracy na psach wysnuć wnioski w kierunku praktycznym, z pracą naukowo-terapeutyczną się nie spotkałem.

Stąd też wydało mi się za radą prof. W. Jaworskiego, który mi pierwszy myśl zajęcia się tą sprawą poddał, rzeczą dla nauki korzystną przeprowadzenie doświadczeń nad leczeniem głodem, które z jednej strony przez laików nadmiernie chwalone, może przez lekarzy dotychczas niedoceniane, zawsze mimo bezpośredniej nieszkodliwości dla ustroju może przedstawiać, zwłaszcza przeprowadzane w zbyt surowy sposób i przy niezbyt dokładnem obserwowaniu chorego, niepowrotne dla zdrowia uszczerbki. Dlatego więc stwierdzenie, jak długo leczenie głodem bez widocznej szkody dla ustroju może być przeprowadzane, jak o poczynającem się zaburzeniu lekarz może się przekonać, czem się w ocenianiu stanu chorego kierować, wreszcie w jaki sposób możnaby leczenie takie przedłużyć, uważam za sprawę praktycznie tak ważną, że zająć się nią postanowiłem.

Rzecz prosta, że wniknięcie dokładne w zmiany, jakie podczas głodzenia w ustroju powstają, w zmiany, o jakich ze zmienionych wydalin moczu i kału sądzić możemy, uważać musiałem za podstawę, na której oprzeć należało wysnuwanie wniosków.

Stąd nasuwała się konieczność przeprowadzenia doświadczenia na chorym przy uwzględnieniu równowagi azotowej przed okresem głodzenia i badania przyswajania białka po okresie głodzenia. Przy wysnuwaniu wniosków stało mi zawsze do dyspozycyi całe piśmiennictwo patologii głodzenia, z jednego bowiem doświadczenia wniosków takich wysnuwaćbym nie mógł.

Dnia 18. stycznia 1911 zgłosił się do ambulatoryum klinicznego chory S. Z. l. 40., żonaty, który dał się nakłonić do przeprowadzenia leczenia głodem.

18. I. Przed rokiem przebywał w naszej klinice zapalenie ślepej kiszki z wysiękiem około wyrostka, obecnie całkowicie wessanym. Przed 4 tygodniami przebył zapalenie płuc. Jako ozdrowieniec zauważył ciążący ból w dołku, który występował zwłaszcza po obfitszem jedzeniu. Ból ten niepokoi chorego nadmiernie i dlatego zgłasza się chory do kliniki. Dokładne wywiady nie stwierdzają żadnych dolegliwości, jedynie skarży się chory jeszcze na bulkotanie i niepokój w okolicy żołądka.

Stan obecny: Serce i płuca zdrowe; narządy jamy brzusznej bez zmian. Granice żołądka prawidłowe, przestrzeń Traubego nie zwiększona, pluskania nie stwierdzono. W okolicy wyrostka robaczkowego oporność i postronkowate zgrubienia łączno-tkankowe wybadalne. Dermografia zaznaczona; odruchy ścięgniste żywe.

19. I. Mocz bez białka i cukru.

19. I.—26. I. Badanie żołądka czczego, jakoteż treści tegoż po śniadaniu próbnem wykazuje stosunki prawidłowe.

Rozpoznanie: Neurasthenia.

Po przeprowadzenu badań wstępnych przystąpiłem do

uzyskania równowagi azotowej przez podanie odpowiedniego pożywienia w ściśle odmierzonej ilości. Pożywienie to składało się z mięsa wołowego (polędwicy) około 180 gr dziennie, dalej litra mleka, 120 gramów ryżu, 450 gramów chleba Simona, około 70 gramów masła deserowego, jakoteż litra wody niesłonej Nr XXVII, według przepisu prof. W. Jaworskiego ($H_2O + CO_2$) wyrabianej przez fabrykę wód sztucznych Rzący i Chmurskiego w Krakowie. Dodatek soli do pokarmów, dość dokładnie dziennie oznaczany, wynosił około 3—4 gramów dziennie. Mięso spożywał chory w postaci befsztyków, ryż w postaci ugotowanej w mleku, chleb z masłem.

Chory był izolowany pod ścisłym nadzorem, zresztą sam chętnie poddawał się wszelkim przepisom, tak iż można wyłączyć niedokładności w otrzymanych zestawieniach, przez spożywanie pokarmów poza normą żywienia mogące powstać.

Ilość azotu we wszystkich pokarmach oznaczano metodą Kjeldahla; mięso przechowywano w przyrządzie »frigor«; azot w mleku oznaczano codziennie.

Dodatek wody niesłonej okazał się potrzebny dla powiększenia niedostatecznej ilości płynów. Wybraliśmy z prof. Jaworskim wodę niesłoną jako wodę przekroploną, a więc żadnych soli nie zawierającą, nasyconą jedynie kwasem węglowym.

Po otrzymaniu równowagi azotowej przystąpiłem do właściwego głodzenia. Głodzenie trwało 5 dni i zostało przez chorego nieźle zniesione. Uczucie głodu objawiało się niejako bólem rznącym w jelitach i ustawało zazwyczaj po podaniu wody. Jedynie 4. i 5. dnia głodzenia chory był tak niespokojny i rozdrażniony, iż okazało się potrzebnem podanie lemoniady na wspomnianej wodzie niesłonej i nieco wina, które go w zupełności uspokoiły. Ilość wody podawanej wynosiła w tym okresie 2 litry dziennie, chodziło mi bowiem o to, aby utrzymać ilość wody w okresie pierwszym przyjmowaną.

Okres trzeci składał się również z 5 dni, a pożywienie było prawie identyczne z pożywieniem okresu pierwszego, jedynie ilości podawanego mięsa były nieznacznie większe.

Po leczeniu tem wypuszczono chorego do domu. Stan nerwowy jego bez zmian. Natomiast ból w okolicy żołądka całkowicie ustał.

Przechodzę do omówienia poszczególnych wyników, jakie przy zestawieniu bilansów otrzymałem. Badanie moczu wykonywałem w ilości dobowej, badanie stolców przez połączenie stolców, należących do jednego okresu, oddzielonych zapomocą karminu lub zawiesiny węgla w gumie arabskiej.

Prócz badania azotu w całości, oznaczałem w każdym dniu ilość wydalanego mocznika, amoniaku, kwasu moczowego, jakoteż kwasów aminowych. Wszystkie te oznaczenia zestawiłem w tablicy I.

Zestawienie równowagi azotowej w danym przypadku wykazuje, iż już w 3. i 4. dniu przed głodzeniem ilości wprowadzanego azotu równały się ilościom wydalanym w okresie głodzenia. Ilości wydalane moczem w pierwszych czterech dniach nie były mniejsze, niż poprzednio, w dniu 5. ilość azotu wynosi tylko 7 gramów. Ilości te wytłomaczyć musimy tak stratą białka krążącego, jak i ustrojowego. Gdy w 5. dniu prawdopodobnem jest przystosowanie się ustroju do braku pokarmu przez zmniejszenie zapotrzebowania, w 4 pierwszych dniach głodzenia wchodzi w grę tak zwane wypłókiwanie azotu z ustroju, jakie spostrzegamy po większych dawkach płynów. Wprawdzie bowiem ilość podanego płynu nie była tutaj większa, jednak ilość moczu wobec braku zapotrzebowania wody jako »constituens« do trawienia i jako regulatora wobec izotonii płynów ustrojowych wydalanych soli jest znacznie większa. Okres trzeci charakteryzuje się znacznym przyrostem białka. I tak wobec podanego azotu azot wydalany zachowuje się w tym niestosunku, iż w 4 pierwszych dniach zdołał ustrój przyswoić przeszło 10 gramów azotu, co daje około 65 gramów białka. Białko to w części spotrzebowane zostaje jako białko krążące, w części jako białko ustrojowe. Wobec straty drugiego okresu w ilości 84 gramów azotu, nie pokrytych przez podawanie pokarmów, już w 4 pierwszych dniach po głodzeniu zdołał ustrój pokryć niedobór w ósmej części. Piątego dnia po głodzeniu (przed wyjściem chorego z kliniki) nie mamy przyrostu, lecz niewielką stratę powyżej podanego azotu.

Rozważając liczby tutaj otrzymane, stwierdzić możemy, iż leczenie głodowe może zupełnie słusznie być uważane za bodziec, zmuszający ustrój do rozwinięcia swych sił

TABLICA I.

Tablica rozbiorów substancyi azotowych wydalanych moczem.

	Dzień	Podano	Wydalono azotu			Bilans	Wydalono			
		azotu	w moczu	w stolcu	razem		N mocznika	kwas moczowy	N amoniaku	N kwasów aminowych
Okres pierwszy	1.	14·78	10·5	16·40	13·78	+ 1·8	9·19	0·44	0·59	0·11
	2.	13·49	6·59		9·87	+ 3·62	5·68	—	0·32	0·04
	3.	14·22	11·27		14·55	— 0·33	10·12	0·07	0·49	0·26
	4	13·79	10·1		13 38	+ 0·41	8·94	0·32 (?)	0·48	0·31
	5	12·46	10·79		14·07	— 1·61	8·45	0·37 (?)	0·44	0·43
Okres drugi	1.	—	9·68	3·95	10·43	— 10·43	8·66	0·398	0·28	0 28
	2.	—	9·74		10·49	— 10·49	—	0·48	0·34	0·23
	3.	—	12·01		12·76	— 12·76	10·68	0·26	0·29	0·22
	4.	—	11 95		12·7	— 12·7	11·22	0·21	0·34	0·22
	5.	—	7·2		7·97	— 7·97	6·09	0·38	0 21	0·32
Okres trzeci	1.	14·8	9·26	16·8	12·62	+ 2·18	7·82	0·1 (?)	0·497	0·31
	2.	13·4	5·09		8·45	+ 4·95	4·25	0·21	0·27	0·17
	3.	14·6	9·0		12·36	+ 2·24	—	0·37	0·33	0·49
	4.	15 32	10·51		13·87	+ 1·45	8·46	0·54	0·41	0·47
	5.	14·84	12 32		15·68	— 0 84	10·27	0·398	0·9	0·6

przyswajających, które w okresie po głodzeniu ustrój rozwinąć musi.

Z całkowitej ilości azotu w okresie pierwszym przypada na azot mocznika 86%, w okresie drugim 88%, w okresie trzecim 84%. Całkowite zmniejszenie się ilości mocznika (metoda Pflüger-Bleibtreu-Schöndorff) przypadałoby tu w okresie trzecim i charakteryzowałoby przystosowanie ustroju do zmniejszonego dowozu żywności okresu poprzedzającego.

Azot, powstający z amoniaku (metoda Folina), w okresie pierwszym i trzecim wynosił po 2·32 gr i 2·41 gr, w okresie drugim natomiast tylko 1·46 gr. Świadczy to o braku acydozy w naszym przypadku, czemu również odpowiada stale ujemny wynik odczynu z chlorkiem żelazowym.

Azot, pochodzący od kwasów aminowych (nowa modyfikacya metody Malfatti-Sörensen-Jöquist), nie zwiększał się również w okresie drugim, 1·25 gr: 1·27 gr. W okresie trzecim wynosi 2·02 gr.

Oznaczanie kwasu moczowego (Folin-Schaffer) wykazało nieznaczne zmniejszenie wydalania jego, trwające od trzeciego dnia głodzenia, do trzeciego dnia po głodzeniu. Ponieważ liczby poprzednie i następujące odnoszą się tak do kwasu moczowego, pochodzącego z pokarmów, jak i z ustroju, więc zmniejszenie to w środkowym okresie jest do pewnego stopnia wytłomaczone.

Oznaczenia zasad purynowych i azotu polypeptidów musiałem się wyrzec z powodu braku materyału. Większą bowiem uwagę zwrócić musiałem na przemianę materyi mineralną (Mineralstoffwechsel), jako dla nas niewątpliwie ważniejszą, a mniej dotychczas opracowywaną.

TABLICA II.

Tablica rozbiorów zawartości soli w moczu i bilans wody.

	Dzień	Podano wody	Wydalono wody w moczu	Wydalono wody stolcu	Wydalono wody razem	W moczu wyd. Cl jako NaCl	W moczu wyd. Cl	W moczu wyd. SO_3	W moczu wyd. P_2O_5	W moczu wyd. CaO	W moczu wyd. MgO	W moczu wyd. K_2O	W moczu wyd. Na_2O	Uwaga
Okres pierwszy	1.	2249	2202	?	1402	5·17	—	—	1·62	0·29	0·09	3·86	5·73	Waga ciała 62·000
	2.	2215	460	197	657	5·52	—	—	0·79	—	—	3·0	4·73	
	3.	2223	640	274	914	6·66	—	—	1·56	—	—	—	—	
	4.	2209	635	192	827	5·65	—	1·97	1·63	—	—	2·45	3·11	
	5.	2202	665	315	980	5·72	—	1·56	1·71	0·26	0·16	2·61	4·09	Waga ciała 62·000
Okres drugi	1.	2000	1798	—	1798	6·47	—	0·8	1·85	0·23	0·09	1·63	2·76	
	2.	2000	2230	—	2230	3·79	—	0·78	2·32	0·18	0·18	2·54	3·57	
	3.	2000	1395	—	1395	2·09	—	1·13	2·31	0·18	0·17	2·21	2·19	
	4.	2150	2277	—	2277	1·64	—	1·16	2·71	0·23	0·36	2·19	1·27	
	5.	2150	1350	—	1350	0·88	—	0·58	1·46	0·096	0·05	1·44	0·85	Waga ciała 58·000
Okres trzeci	1.	2275	480	243	723	0·6	—	—	1·67	0·14	0·02	0·61	0·44	
	2.	2236	250	388	638	0·81	—	—	0·99	—	—	0·41	0·44	
	3.	2259	432	443	875	2·76	—	—	2·03	0·2	0·11	1·17	0·98	
	4.	2266	580	443	1023	6·06	—	1·72	2·37	0·425	0·12	1·11	3·08	
	5.	2260	1000	188	1188	10·1	—	—	2·85	0·396	0·11	1·44	5·88	Waga ciała 61·500

(Dok. nast.)

Wyniki leczenia zołzów w Iwoniczu

podał
Dr Grzegorz Jarosław Turzański,
lekarz zdrojowy.

W dobie obecnej, kiedy nowoczesna balneologia ze swemi udoskonalonemi według postępów nauki urządzeniami święci coraz większe zdobycze, zwrócić należy uwagę na wszystkie te czynniki, które działaniem swem, wzajemnie się uzupełniającem, przyczyniają się w każdem zdrojowisku do odzyskania zdrowia przy rozmaitych chorobach.

Czynników tych, wyczerpująco opisywanych w każdym podręczniku balneologicznym, ogólnie rozpatrywać nie potrzebuję i przystąpuję wprost do określenia ich w Iwoniczu.

Położony w kotlinie wzniesionej 410 m. nad poziomem morza pod 39°28′ wschodniej długości, 49°36′ północnej szerokości, okolony lesistemi górami o dość znacznem wzniesieniu (73—230 mtr. w stosunku do Zakładu, a 483—640 m. od strony północnej zasłonięty przez odnogi Beskidu przed zimnymi wiatrami, ku południowi jest Iwonicz otwarty i przystępny dla wiatrów południowych z domieszką południowo-wschodnich i południowo-zachodnich, a zatem wszystkich ciepłych. Położeniu temu zawdzięcza Zakład więcej jednostajną ciepłotę średnią 14·4° R w miesiącach letnich, przy stałem utrzymaniu różnicy 5° R między najwyższą a najniższą ciepłotą dzienną. Równie korzystnie przedstawiają się i średnie, wypadające z zachmurzenia nieba, (w lecie około 62% dni pogodnych), jako wyniki odpowiedniego stopnia ciśnienia i działania wiatrów. Dzięki wspomnianym warunkom, posiada Iwonicz powietrze górskie łagodne, wolne od pyłu, miernie nasycone parą wodną (72·9%) a w azon bardzo obfitujące (do 9·6%).

Ze źródeł leczniczych najważniejsze i obecnie używane są cztery, t. j. Karola, Amelii, Heleny i Emmy. Dwa pierwsze używane bywają wyłącznie do picia, dwa drugie używa się tylko do kąpieli. Głównymi ich składnikami są chlorek sodu (0·8%) chlorek potasu (0·008%), dwuwęglan sodowy (0·3%) i jodek sodu (0·002). Obok znaczniejszej ilości kwasu węglowego (0·16%) nieznacznych ilości dwuwęglanu litu (0·003%) dwuwęglanu żelazowego (0·001%), bromku sodowego (0·003%) i innych mniejszą rolę w leczeniu odgrywających części składowych. Składem swym przewyższają wody iwonickie inne wody o podobnym składzie. Do dal-

szych środków leczniczych należą przetwory zdrojowe jak sól, ług i borowina iwonicka. Pierwsze dwa przetwory uzyskuje się przez odparowanie wody mineralnej wobec czego skład ich odsetkowo odpowiada zupełnie składnikom wody, borowina zaś, zbierana w okolicznych lasach i następowo zmięszana z wodą jodową, obok składników tej wody zawiera jeszcze ciała organiczne, jak kwas humusowy, żywicę, sole amonowe, węgiel i inne ciała do 85% obok składników nieorganicznych (popiół) 15%. Oprócz tego posiada Zakład urządzenia do kąpieli zimnych, do kąpieli w ogrzanem powietrzu, inhalatoryum systemu Clara i utrzymuje na składzie mleko i żętycę, jako środki pomocnicze w leczeniu zdrojowem.

Zakład posiada mieszkania, rozłożone w kilkudziesięciu willach umieszczonych wśród otaczających lasów szpilkowych, wygodne, suche, jasne, słoneczne, oświetlone elektrycznie. Cały Zakład leży wśród 600-morgowego należycie urządzonego parku, zaopatrzony jest w dobrą wodę do picia, w higienicznie urządzoną piekarnię i rzeźnię, zdrowe kuchnie restauracyjne, oraz urządzenia dla usuwania odpadków i nieczystości; ma więc wszelkie warunki do leczenia wskazanych chorób i zdrowego pobytu w klimacie podgórskim i powietrzu, przepełnionem wonią lasów szpilkowych.

Przystępując do omówienia poszczególnych właściwości zdrojowiska, zaznaczyć należy, że klimat w Iwoniczu — jak z krótkiego zestawienia ciepłoty, powietrza, jego prężności i wilgotności oraz kierunku, siły i ciepłoty wiatrów wraz z położeniem zakładu w stosunku do poziomu morza wynika — jest w całem słowa tego znaczeniu łagodnym, kojącym i wskazanym dla osób słabych i bardzo pobudliwych; klimat ten może przeto leczenie wodami leczniczemi w odpowiednich cierpieniach w wysokim stopniu uzupełnić.

Wody lecznicze w Iwoniczu są, jak z wyżej przytoczonego rozbioru wynika, solankami, zawierającemi w znacznej ilości dwuwęglan sodu, kwas węglowy oraz w małej ilości jodki i bromki potasowców. Zawartość wolnego kwasu węglowego czyni wody te prawdziwemi szczawami i nadaje im smak świeży, orzeźwiający i działanie lekko podniecające rozmaite fizyologiczne czynności wydzielnicze ustroju.

Najważniejszą rolę w działaniu tych wód, tak wewnętrznem jak i zewnętrznem, odgrywa chlorek sodu jużto przez działanie samych drobin soli, jużto przez działanie jonów sodu i jonów chloru. Przez podniesienie ciśnienia osmotycznego, jakie wywołują w swych naturalnych rozczynach jony zasadowe i jony kwasowe wzmaga się przemiana materyi i wszelkie czynności ustroju, jak trawienie, chłonienie, wydzielanie i wydalanie. W każdym bowiem ustroju osmoza ulega ustawicznej zmianie, zawisłej od nasilenia rozczynu cieczy międzykomorkowej, zawierającej w stosunkach prawidłowych pewien odsetek soli i o ile zawartość tę sztucznie zwiększymy, o tyle osmoza ta stanie się wyższą.

Drugim ważnym składnikiem jest dwuwęglan sodu, wzmagający wydzielanie się mocznika kosztem tkanki chorej bez żadnej utraty ciał białkowatych. Obok tego roztwarza on i wzmaga wydzieliny śluzowe. Nadmierną kwasność soku żołądkowego dwuwęglan sodu chwilowo zobojętnia, a używany przez czas dłuższy w małych dawkach wywołuje zwiększenie kwaśności soku i w ten sposób wpływa korzystnie na poprawę łaknienia i przyspieszenia trawienia.

Działanie jodków potasowców odnieść należy wyłącznie do działania jodu, albowiem sole te rozkładają się w ustroju a jod wchodzi w związki z istotami białkowatemi i jako białka jodu, dostaje się wprost do krwi. Działanie tych soli na narządy oddychania i trawienia nie ma znaczenia, natomiast dodatnie ich działanie zaznacza się w leczeniu kiły, przerostów gruczołów limfatycznych, przerostu gruczołu tarczowego i innych narządów gruczołowych, wysięków zapalnych błon śluzowych i surowiczych, zołzów i wszelkich innych cierpień, na tle tych chorób powstałych.

Tutaj zaraz zaznaczyć muszę, iż małe ilości jodu zawarte w wodach iwonickich powiększyć się musi w odpowiednich przypadkach chorobowych przez podawanie sztucznych przetworów farmakologicznych, by uzyskać należyty skutek i tylko u osób bardzo wrażliwych, nie znoszących żadnych przetworów jodowych, ograniczyć się trzeba do podawania samej wody zdrojowej, gdyż zawarty w niej dwuwęglan sodu łagodzi drażniące działanie jodu.

Z pozostałych składników, mogących wywrzeć pewien wpływ na leczenie zdrojowe, wspomnieć jeszcze należy o dwuwęglanie żelaza, znajdującym się w zdroju Amelii (0·06%) i dwuwęglanie litu, znachodzącym się w zdroju Emmy, z których może tylko pierwszy odegrać bardzo nieznaczną rolę w leczeniu przez pomnożenie hemoglobiny we krwi, natomiast drugi, zawarty w źródle używanem tylko do kąpieli, w tej ilości żadnego skutku wywrzeć nie może.

Wód iwonickich używa się także do kąpieli, przy używaniu których obok pewnej ciepłoty te same składniki wywierają swój wpływ na uzupełnienie leczenia zdrojowego. Wchodzi tu w rachubę ciężar cieczy, ciepło oraz drażnienie chemiczne, fizyczne i elektryczne, które przez przyspieszenie krążenia krwi sprowadzają żywszą wymianę tlenu i działają tym sposobem na wzmożenie się przemiany materyi.

Przetwory zdrojowe w postaci soli, ługu i borowiny iwonickiej mają znaczenie może więcej pomocnicze przez stosowanie ich w ten sposób, aby na pewne narządy energiczniej zadziałać i to zapomocą dodawania soli do kąpieli mineralnych, używania mułu na miejscowe okłady i stosowania kąpieli borowinowych, tak całych jak i częściowych. Z działania tych środków należy wyszczególnić działanie borowiny, która przez swą ciepłotę, ciężar i składniki znakomicie przyspiesza wessanie wysięków pozapalnych i usunięcie innych tym podobnych cierpień.

Czynniki wyżej przytoczone obok stosunków klimatycznych nadają Iwoniczowi główną cechę leczniczą gdyż urządzenia do leczenia zimną wodą, gorącem powietrzem, zapomocą inhalacyi i t. d. oraz wszelakie urządzenia higieniczne jako potrzebne w każdem większem zdrojowisku przyczyniają się tylko do uzupełnienia środków leczniczych wskazanych w poszczególnych cierpieniach.

Wśród takich warunków zdrojowych leczyłem w Iwoniczu w sezonie 1908 roku 83 przypadków zołzów z uwględnieniem przewlekłych obrzęków stawów na tle gruźliczem powstałych, i innych gruźliczych cierpień kości. Z przypadków tych przypada 23 od 1—5 r. czyli 27·7%, od 6—10 r. życia 21 tj. 25·3%, od 11—15 r. 12 tj. 14·4%, od 16—20 r. życia 10 tj. 12% i po 20 r. życia 17 tj. znowu blizko 20%.

Liczby te odpowiadają więcej statystyce Wolgemutha, aniżeli Rabla z wyjątkiem okresu ostatniego.

Rabl w Bad Hall podczas swej 32-letniej działalności leczył w szpitalu i praktyce prywatnej 11·796 osób dotkniętych zołzami, z których na pierwszych 5 lat życia wypada 680, od 6—10 r. 4946, od 11—15 r. 3662, od 16 reszta tj. 2508 osób, Wolgemuth zaś spostrzeganych przez siebie zołzów gruczołowych stwierdził do 5 roku życia 47·4%, od 5—10 r. życia 20·8%, od 10—20 r. życia 20·0, a ponad 20 lat 11·8%.

Według Corneta wielki wpływ na pojawienie się zołzów wywiera płeć; przeważnie podpadają zołzom dzieci płci żeńskiej. Tego samego zapatrywania są i inni badacze, jak Dolläus, Ruete i Wunderlich, jak niemniej Garré, Wolgemuth i Monti, którzy oznaczają stosunek płci, jak 2 do 3. Tosamo stwierdzić mogłem i na moim nielicznym materyale, albowiem na 83 chorych, 50 przypada na płeć żeńską, a 33 na męzką, czyli stosunek był podobny do przytoczonego, a mianowicie wynosił 11:17.

Jak wiadomo, zwracali badacze w zołzach uwagę na dwa czynniki: dziedziczność i zakażenie zewnętrzne. Dziedziczności przypisywano dawniej bardzo wielkie znaczenie, a Lugol podaje, najrozmaitsze chorobowe zboczenia ustroju rodziców za przyczynę powstania tej choroby, które jeszcze Henoch i Birch-Hirschfeld uzupełniają rozmaitemi skazami ustroju rodziców. W nowszych jednak czasach pojęcie to się zmieniło, głównie na podstawie badań statystycznych, popartych krytycznemi spostrzeżeniami. Główną rolę odgrywa

obecnie na podstawie najnowszych badań powstanie zołzów na tle zakaźnem; już szerzenie się zmian zołzowych w ustroju stopniowe zawlekanie z jednego gruczołu na drugi, z jednego narządu do drugiego, zapatrywanie to czyniły bardzo prawdopodobnem. Przy zakażeniu tem uwzględnić musimy częste przypadki zołzów wśród rodzeństwa, uważane dawniej za dowód znaczenia dziedziczności, a które zdawałyby się wskazywać na zakażanie się ze wspólnego źródła.

Spostrzeżenia moje w tym kierunku dokładne być nie mogą, albowiem nie mając sposobności stykania się z całą rodziną, nie mogłem tem samem odpowiednich spostrzeżeń uczynić. Polegać przeto musiałem na danych wywiadowych ze strony towarzyszącego choremu dziecku ojca lub matki, czy reszta rodziny jest zdrowa lub nie i na podstawie tych danych, jak niemniej w tych przypadkach, gdzie mogłem obserwować oboje rodziców, stwierdziłem wpływy dziedziczne w 53 przypadkach tj. 63·8%, przebytą chorobę zakaźną zaś 30 razy, czyli 36·2%.

Co do usadowienia się sprawy chorobowej w pojedynczych narządach to moje spostrzeżenia są następujące: Na leczonych 83 przypadków spostrzegałem 58 chorych z ogólną skazą zołzową bez wyraźnego umiejscowienia się choroby. Skaza ta objawiała się w postaci bladości powłok skórnych i widocznych błon śluzowych, zgrubienia skrzydeł nosowych i obu warg, przewlekłych nieżytów nosa i gardła, ogólnej wątłości i niewielkich obrzęków gruczołów limfatycznych, przeważnie na karku i na szyi, a mniej pachowych, łokciowych i pachwinowych. Dalej spostrzegałem 8 chorych ze znacznym obrzękiem gruczołów, i to przyusznych 4 i karkowych 4, obok zresztą zupełnie zdrowego ustroju, 10 chorych ze zmianami gruźliczemi kości, a mianowicie 3 kręgosłupa, 3 kości udowej, 1 kości biodrowej, 2 kości śródręcza, 1 kości śródstopia, 4 chorych ze zmianami stawów, i to 2 stawu kolanowego prawego, 1 stawu kolanowego lewego i 1 stawu skokowego prawego, 2 chorych ze zmianami przewlekłemi w jądrach i 1 z zapaleniem pryszczykowem rogówki na obuoczach.

Co do czynników usposabiających do tej choroby to ogólnie jest znanem, że wszelkie wyniki, nieodpowiadające higienie mieszkań, odżywiania i pielęgnacyi skóry, brak świeżego powietrza, jak niemniej brak dostatecznego ruchu, stwarzają korzystne warunki do wtargnięcia do ustroju właściwych bakteryi tak ropotwórczych, jak i gruźliczych, i następowego powstania zołzów. Natomiast według dokładnych badań, które głównie przeprowadził Lebert nie napotyka się różnicy w częstości pojawiania się tej choroby między mieszkańcami wsi i miast, a według spostrzeżeń Lugola, klimat i właściwości gruntu nie odgrywają tu żadnej roli. Choroby zakaźne mają stanowić jedną z częstych przyczyn usposabiających do rozwoju zołzów, szczególnie u dzieci, u których zołzy były poprzednio utajone. Wreszcie i uraz przyczynić się może do powstania tej choroby, jeśli połączony jest z zewnętrznem uszkodzeniem skóry dającem możność wtargnięcia odnośnych bakteryi, lub gdy zadziałał w miejsca, jak to wykazał Henoch, gdzie wprzód znajdowało się jakieś ukryte ognisko tej choroby.

Co do mych spostrzeżeń, to na 83 chorych 14 pochodziło ze wsi tj. 16·8%, a reszta z miast i miasteczek. Z wyszczególnionych zaś 30 przypadków z przebytemi chorobami zakaźnemi miały według wywiadów powstać zołzy po przebyciu odry. W 12 nie można było wykryć przyczyny usposabiającej.

Objawów tej choroby jako ogólnie znanych opisywać nie będę. Co do spostrzeganych przezemnie przypadków to już poprzednio ogólnikowo zaznaczyłem, z jakiemi postaciami tej choroby i z jakiem umiejscowieniem się spotkałem; tutaj tylko wyszczególnię, że przy ogólnej skazie zołzowej spotykałem nieżyty błon śluzowych w górnych drogach oddechowych wyłącznie przerostowe, gruczoły powiększone były od wielkości gruczołu do laskowego orzecha, w formie zaś wyłącznie gruczołowej spotykałem gruczoły wielkości orzecha włoskiego, a nawet małego jabłka. Inne przezemnie spotykane postacie zołzów nie różniły się w niczem od typowych form tej choroby.

Leczenie zołzów jest zadaniem nadzwyczaj trudnem, a to z powodu trzech właściwości, charakteryzujących to cierpienie, a mianowicie uporczywego trwania, częstych nawrotów i wielokrotności objawów chorobowych, które jakby się wzajemnie wspierały lub zastępowały. Z tych właściwości wynika już, że do zwalczania tej choroby użyć należy całego arsenału środków, tak zewnętrznych jak i wewnętrznych, z których ani jednego czynnika zabraknąć nie powinno.

Do pierwszych należeć będą klimat i korzystne warunki atmosferyczne, środki lecznicze miejscowo stosowane, oraz kąpiele, do środków drugich wody, zawierające wskazane składniki mineralne, dobre odżywianie i jako środki pomocnicze pewne przetwory farmakologiczne.

Wszelkie te warunki posiada Iwonicz. Tutaj bowiem jesteśmy w możności wypełnić to potrójne zadanie, które przy leczeniu zołzów wskazuje Cornet, a mianowicie: 1) usunięcie wrodzonej skłonności zapomocą podniesienia danego osobnika na wyższy stopień jego fizycznego rozwoju; 2) dopóki choroba trwa, usuwanie wszelkich sposobności powtórnego zakażenia się prątkami gruźliczymi; 3) wstrzymywanie istniejącego już zakażenia od dalszego rozszerzania się w ustroju, oraz lokalizowanie, leczenie i dążenie, aby następstwa tej choroby usunąć.

W tym kierunku pierwszą rolę odgrywają powietrze, światło, ruch i odpowiednie odżywianie, jako czynnik podstawowy całego leczenia zołzów. W myśl tych postulatów zarządzałem w pierwszym rzędzie odpowiednie żywienie chorych, stosując przeważnie dyetę mięsną i mleczną, w tak obfitej ilości, jaką tylko chorzy bez szkody spożywać mogli. Obok tego u osób szczupłych starałem się o dostateczny dowóz tłuszczu w postaci śmietany, masła i t. d., przyczem pozwalałem używać lekkich jarzyn, a wzbraniałem potraw mącznych i wszelkich słodyczy. Napojów wyskokowych wzbraniałem tylko dzieciom, prócz poszczególnych przejściowych wskazań; osobom dorosłym zezwalałem na używanie napojów wyskokowych w miernej ilości z wyjątkiem wódki Jakichkolwiek sztucznych środków odżywczych nie używałem wcale, ponieważ przy wszelkich warunkach poprawy naturalnego łaknienia u chorych uważałem je za niepotrzebne.

Nie mniejszą wagę kładłem również na czynnik drugi, aby chorzy pozostawali nie tylko jak najwięcej, ale prawie ustawicznie, o ile tylko warunki atmosferyczne pozwalały, na wolnem powietrzu, w miejscach słonecznych, pozbawionych kurzu i dostatecznie ochronionych od wiatrów, a jak poprzednio już wspomniałem, kotlina mieszcząca w sobie zakład kąpielowy i okoliczny 600-morgowy park, dostarczały jaknajlepszych warunków w tym kierunku. Dzieciom polecałem używać miernego i ciągłego ruchu bez żadnego przeciwwskazania ze strony jakiejkolwiek przemijającej gorączki, chyba że sam rodzaj cierpienia u niektórych dzieci stanowił przeszkodę dla ruchu.

W ten sposób korzystne warunki klimatyczne w Iwoniczu mogły wywierać zbawienny swój wpływ tak na nieżyty zołzowe z obfitą wydzieliną jak i na nieżyty suche z silną wrażliwością błon śluzowych i to tak przy postaciach pobudliwych (eretycznych), jak i otrętwiałych.

Niemniejszą rolę obok wyż skreślonych czynników odgrywają w zołzach kąpiele solankowe, gdyż uzupełniają one w wysokim stopniu leczenie. Z dawnego doświadczenia wiemy, że wzmacniają one nie tylko cały ustrój, ale także w odpowiedniej ilości użyte, wpływają korzystnie na zmniejszenie się obrzękłych gruczołów, gruźliczych obrzęków stawów, na gojenie się przetok i wytwarzanie się zdrowych granulacyi w otwartych ranach. Działanie tych kąpieli polega, jak już wspomniałem, na bodźcach mechanicznych, termicznych i chemicznych, z których pierwszy, wzmożony przez ciężar gatunkowy zawartej soli, wywiera większe działanie na oddychanie, krążenie i pracę mięśniową, aniżeli ten sam bodziec w kąpieli obojętnej. Bodziec termiczny

wywiera również to samo działanie wskutek stosowania kąpieli solankowych chłodniejszych, o ciepłocie niższej od ciepłoty ciała. Główne jednak działanie posiada bodziec chemiczny wskutek nasiąkania naskórka związkami chloru i wzmożonej przez to eksosmozy płynu tkankowego, jako też drażnienia zakończeń nerwowych w skórze.

Według Clemensa, Santlusa i Bönneckego skutek ten nietylko podmiotowo się odczuwa, ale i przedmiotowo można go jako podwyższoną nadczułość zapomocą mierzenia wykazać. Bodźce te wywołują na drodze odruchowej zwiększoną energię wymiany materyi i łatwiejsze wessanie produktów patalogicznych. Wskutek zaś znaczniejszego wydzielania się kwasu węglowego (Röhrig i Zunt) oraz mocznika (L. Lehmann i Bönnecke) i zmniejszenia się kwasu fosforowego i moczowego, wywołują one przy wzmożonem łaknieniu i dowozie pokarmów łatwiejsze ich przyswajanie się i energiczniejsze wytwarzanie się nowych części składowych tkanek. Naturalnym skutkiem tego jest ogólne wzmocnienie ustroju i podniesienie się ciężaru ciała. Przez sztuczne dodawanie kwasu węglowego można działanie kąpieli solankowych w pewnym kierunku podnieść; kwas węglowy działa jako bodziec drażniący nerwy skórne, zaznaczający się w swem działaniu przez wzmożone uczucie ciepła i zaczerwienienie skóry, które dozwalają jeszcze bardziej obniżyć ciepłotę kąpieli, i to do 24 a nawet do 22° R. bez wywołania nieprzyjemnego uczucia chłodu. Ten ostatni środek, dla wzmocnienia działania kąpieli solankowych bywa często w Iwoniczu używany.

Kąpiele stosowałem we wszystkich przypadkach zołzów bez względu na wiek (wbrew zdaniu Corneta, że w 1 roku życia kąpieli tych stosować się nie powinno), zwracając tylko uwagę, aby nie stosować ich u chorych bardzo osłabionych i gorączkujących. Zaburzenia jednak ciepłoty dawały tylko powód do chwilowej przerwy kąpieli u moich chorych.

W przypadkach zołzów otrętwiałych stosowałem kąpiele silniejsze, przez sztuczne dodawanie soli iwonickiej i o dłuższem trwaniu, natomiast w zołzach pobudliwych u osób słabych i wrażliwych stosowałem kąpiele słabsze, a więc bez żadnego dodatku soli i o wiele krócej. Ogółem, jak tego przy używaniu kąpieli solankowych wymagają prawidła balneologiczne, starałem się co do siły, ciepłoty trwania, liczby i czynionych przerw jaknajbardziej indywidualizować, kontrolując wszelkie objawy tak podmiotowe jak i przedmiotowe, a szczególnie ciężar ciała.

Kąpieli polecałem zwykle używać przedpołudniem w godzinę po pierwszem śniadaniu, albowiem osoby słabe naczczo źle te kąpiele znoszą; jeśli zaś dla braku miejsca musiały być kąpiele używane po południu, polecałem kąpać się dopiero w 3 lub 4 godziny po obiedzie.

Działanie zawartych w kąpieli związków chloru podwyższałem przez dodawanie soli iwonickiej, podnosząc ilość ich od 1%, jaki w wodach iwonickich się znajduje, do 2% i 3%; silniejszych rozczynów, jak obecnie do 12% polecanych, nie używałem a i te które polecałem, stosowałem dopiero po użyciu pewnej ilości kąpieli słabszych, t. j. bez dodatku soli. Ciepłotę kąpieli regulowałem również według stanu chorych, stosując u niedokrwistych kąpiele cieplejsze do 28° R dochodzące, u pełnokrwistych chłodniejsze ze zniżeniem ciepłoty do 24°. Ciepłotę tę przez dodanie soli lub kwasu węglowego mogłem jeszcze bardziej obniżyć. Czas trwania jednej kąpieli czyniłem również zawisłym od indywidualności chorego, trzymając się zasady, że kąpiele krótsze i chłodniejsze służą do wywołania silniejszej wymiany materyi, dłuższe zaś i cieplejsze do sprowadzenia należytego wessania. Zazwyczaj jednak rozpoczynałem od 5—10 min. i przechodziłem do kąpieli dłuższych 20, 30, a nawet 45 minut trwających. Po kąpieli polecałem, szczególnie dzieciom, wypijać szklankę mleka lub zjadać kawałek chleba z masłem i udawać się bezzwłocznie do domu, aby położyć się do łóżka i przynajmniej godzinę odpocząć. Co do częstości kąpieli kierowałem się wynikami, jakie u poszczególnych chorych zauważyłem; u słabych dzieci stosowałem kąpiele co 3. dzień, u silniejszych co 2, u silnych zaś osób codziennie, czyniąc co 4. lub 5. dzień przerwę. Ogólną ilość kąpieli która u małych dzieci ma wynosić 15—20, u starszych do 30 u dorosłych osób zaś 40, 45 a nawet 50 w sezonie trudno jest czasem przeprowadzić ze względu na ograniczony pobyt chorych w zakładzie kąpielowym, tak że i u swoich obserwowanych chorych najwyżej mogłem zastosować 30 kąpieli, pomimo że stan chorych zezwalał na to, aby i dłużej kąpieli używać bez najmniejszego uszczerbku w korzystnych wynikach leczenia.

Obok kąpieli polecałem wszystkim chorym pijać wodę zdrojową ze źródła Karola w ilości od 15—225·0 po 2 a nawet 3 razy rano na czczo i tak samo po południu w godzinę po podwieczorku. Ze względu na korzystny skład ilościowy soli w wodzie iwonickiej nie polecałem jej rozcieńczać, albowiem wobec większej ilości kwasu węglowego smak jej jest przyjemny i nawet najmłodsze dzieci pijały ją chętnie. W tych przypadkach zaś, gdzie działała ona zanadto drażniąco na błonę śluzową żołądka i jelit, polecałem używać wody ogrzanej przez dodawanie małych ilości gorącego mleka. W ten sposób działanie soli na przewód pokarmowy zostało złagodzone, a przez przyspieszone jej wessanie można było według zapatrywania Brauna wywołać energiczne działanie soli na krew. Solanki te, jak z wyżej wspomnianego ich działania fizyologicznego wynika, usuwają wszystkie lekkie dyspepsye, sprowadzają regularny stolec, podnoszą ogólny stan odżywienia, a przy nieżytach dróg oddechowych rozcieńczają i rozpuszczają wydzielinę. Natomiast małe ilości jodu i bromu zawarte w wodach iwonickich, w stosunku do zwykłych dawek farmaceutycznych, nie mogą w cięższych przypadkach wywołać skutku, chociaż niektórzy badacze są odmiennego zdania, utrzymując że zawarte w solankach związki jodu o wiele łatwiej ulegają wessaniu i działają tym sposobem nie mniej energicznie, niż dawki większe. Ja jednak nie poprzestawałem na tych małych ilościach jodu w wodzie zdrojowej i w tych przypadkach uzupełniałem je odpowiednimi przetworami farmaceutycznymi. I tak w ogólnej skazie zołzowej u dzieci podawałem najchętniej jodferratozę Boehringera z dodatkiem małych ilości arsenu i środków gorzkich jak Extr. Chin. Nanning, Tra Gentianae i t. d., polecając je używać w ilości 7 - 15 grm. 3 razy dziennie po jedzeniu, u starszych zaś, szczególnie w przebiegu kiły, dodawałem jodek potasu lub sodu, z nowszych zaś środków sajodynę. Nadto wobec miernego powiększenia gruczołów karkowych i szyjnych polecałem chorym miesienie 2 razy dziennie 6% jodwasogenem, obok stosowania okładów wysychających z wody iwonickiej w dzień i gorącego mułu iwonickiego w nocy.

Przy nieżytach nosa i gardła polecałem płukania wodą iwonicką z dodatkiem kwasu borowego (jedną łyżeczkę na szklankę), w cięższych zaś postaciach stosowałem pędzlowanie zapomocą 1% azotanu srebrowego z początku codziennie, później rzadziej. Uważając zaś te wszystkie środki za niedostateczne przy znacznych obrzękach gruczołów, posługiwałem się jeszcze według dawniejszych wskazań Demmego, Richelota i Bradleya wstrzykiwaniami w sam miąższ gruczołowy używając atoksylu zamiast dawno już zarzuconej nalewki jodowej. Ponieważ cierpieniem tem były dotknięte tylko osoby starsze, wstrzykiwałem codziennie po 0·20 atoksylu przy zachowaniu wszelkich prawideł aseptyki i wstrzyknięć takich stosowalem zazwyczaj 20 bez wywołania żadnych, ani miejscowych, ani ogólnych objawów ubocznych.

Przy wytwarzaniu się ropni otwierałem je bezpośrednio po wystąpieniu fluktuacyi, pod opatrunkiem przeciwgnilnym goiły się one potem bardzo szybko.

Przy przewlekłych obrzękach kości i stawów stosowałem obok wymienionych czynników leczniczo-zdrojowych okłady z wody iwonickiej, miejscowe kąpiele borowinowe i okłady z gorącego mułu na noc. Przy istnieniu przetok używałem bardzo mało lapisu, aby nie tamować swobodnego odpływu wydzieliny, a lapisowałem tylko wtenczas, gdy ziarnina silnie bujała. Przetok, jak i wszelkich ran ze-

wnętrznych nie uważałem wcale za przeszkodę do używania kąpieli, gdyż ziarnina wytwarzała się zawsze prawidłowo i raźnie, po użytej zaś kąpieli polecałem zaraz opatrywać rany maścią lapisową z balsamem peruwiańskim. Przy wszelkich przewlekłych sprawach w stawach stosowałem także przyrządy ustalające, i to w ten sposób, aby chorzy mogli chodzić.

Zapalenia pryszczykowe spojówki i rogówki leczyłem po usunięciu atropiny objawów zadrażnienia oka maścią rtęciową precypitatową żółtą lub kalomelem, przyczem nie spostrzegłem, aby kalomel używany równocześnie z wodą jodową wywoływał jakiekolwiek silniejsze zadrażnienie oka.

Wyniki, jakie otrzymałem w jednym sezonie przy takiem leczeniu nie mogą być jeszcze przekonujące, a to z tego względu, że według Corneta i wielu innych badaczy jednorazowe leczenie zdrojowe w zołzach jest niewystarczające i musi być przynajmniej 2 lub 3 razy powtórzone. Do tego chorzy pozostają w sdrojowisku niedługo, zazwyczaj 4—6 tygodni a czas ten stanowczo jest za krótki, aby w cięższych postaciach uzyskać widoczne polepszenie. Chorzy, których obserwowałem, przyjeżdżali do Iwonicza po raz pierwszy, a krótki pobyt wobec częstych w r. 1908 deszczów i ochłodzenia się ciepłoty nie dozwolił użyć więcej niż dwadzieścia i kilka kąpieli, jak również ograniczał stosowanie innych czynników leczniczych, podczas gdy Rabl z Hall zaleca przy zołzach użyć do 60 kąpieli w czasie 12-tygodniowego pobytu w zdrojowisku.

Pomimo tych niedostatków, były wyniki już tego jednego i to krótkiego leczenia szczególnie przy ogólnej skazie zołzowej bardzo pomyślne, gdyż dzieci nabierały siły, zdrowego wyglądu wskutek znacznej poprawy apetytu, trawienia i snu. Ciężar ciała znacznie wzrastał tak, że przy końcu leczenia waga podnosiła się o 1—2 kilogr., usposobienie stawało się o wiele żywsze, chęć do przechadzek i ruchu na świeżem powietrzu o wiele wzrastała i ogółem całe jestestwo fizyczne i duchowe leczonych dzieci przeobrażało się w korzystnym kierunku.

Zmiany chrobowe w postaci bladości powlok skórnych i widocznych błon śluzowych, oraz przewlekłe nieżyty górnych dróg oddechowych ustępowały w znacznym stopniu a powiększone gruczoły limfatyczne zmniejszały się tylko do połowy lub $^1/_3$ części z zupełnem ustąpieniem wszelkich dolegliwości. Przypadki te przeto, jak przyjąć należy zostaną zupełnie wyleczone, jeśli leczenie zdrojowe się powtórzy. Te same przypadki oczne uległy zupełnemu wyleczeniu, jak niemniej dwa przypadki nacieków w jądrach u chłopców liczących lat 6 i 7, u których pod wpływem tak ogólnego, jak i miejscowego leczenia nastąpiło zupełne wyleczenie. Natomiast przy dużych obrzękach gruczołów limfatycznych pomimo leczenia ogólnego i miejscowego, jak również i wstrzykiwań atoksylowych nie mogłem doprowadzić do zupełnego ustąpienia obrzęku, i tylko zdołałem uzyskać zmniejszenie gruczołów do jednej trzeciej i jednej czwartej pierwotnej wielkości.

Z przypadków gruźlicy stawów spostrzegałem jeden w postaci świeżej, od 7 miesięcy trwającej z lekkiemi wieczornemi podniesieniami ciepłoty, bolesnością obrzęku, miejscami zaczerwienioną skórą i licznemi przetokami obficie ciecz ropiastą wydzielającemi. Pozostałe przypadki zmian stawów o charakterze wybitnie przewlekłym, od 2—3 lat trwające przedstawiały mało bolesny obrzęk bez żadnych przetok i z unieruchomieniem odpowiedniego stawu. W przypadku pierwszym osiągnąłem pod wpływem leczenia iwonickiego tak korzystne wyniki, że historys choroby owego dziecka chcę przytoczyć szczegółowo.

E. D. 4 lata mająca, pochodzi z rodziców zdrowych, jednak w dalszej rodzinie zołzów wyłączyć nie można. Żadnych chorób zakaźnych nie przebywała.

Choroba obecna rozpoczęła się z końcem września 1907 bezpośrednio po upadnięciu dziecka, jako obrzęk surowiczy kolana lewego, do którego w 2 tygodnie później przyłączyło się zapalenie stawu z wysoką gorączką. Wówczas ordynujący lekarz wykonał nakłucie stawu kolanowego, lecz w 2 miesiące później wystąpiło ropne zapalenie stawu, z powodu którego wykonano artrotomię 12. II. 1908. Stan chorego dziecka nieco się poprawił, gorączka zmniejszyła się, lecz staw kolanowy pozostał obrzękły, w kilku miejscach otworzyły się przetoki, wydzielające ciecz ropiastą i dziecko w o żywieniu bardzo podupadło. W tym stanie przybyła chora do Iwonicza. Leczenie tamże polegało na piciu wody zdrojowej 2 razy po $^1/_4$ szklanki rano i wieczór, stosowaniu kąpieli mineralnych o 28° R i 15-minutowem trwaniu z przerwą co 3 dzień, przez pierwsze 4 tygodnie czystych, a następnych 6 tygodni z dodatkiem $^1/_2$ kilogr. soli iwonickiej. Obok tego zakładałem codziennie opatrunki z maści lapisowej z balsamem peruwiańskim, a noga dziecka umieszczona była w szynie ustalającej.

Wkrótce stan ogólny dziecka i zmiany miejscowe zaczęły się znacznie poprawiać, gorączka ustąpiła, dziecko nabrało apetytu, ciężar ciała się podnosił, policzki i widoczne błony śluzowe zarumieniły się, a obrzęk kolana zmniejszył się, zaczerwienienie skóry ustąpiły i bolesność znikła, przyczem przetoki wydzielały ciecz więcej śluzową. Chora przy stale postępującej poprawie po 5 tygodniowym pobycie w Iwoniczu zaczęła chodzić, a po ukończeniu leczenia zdrojowego, które trwało 10 tygodni (przez ten czas obok picia wody zdrojowej użyła chora 15 kąpieli mineralnych czystych, a 20 kąpieli z dodatkiem soli iwonickiej) wyjechała w celu dalszego leczenia do kąpiel morskich w Grado. Badanie przedmiotowe w tym czasie wykazało wzrost ciężaru o 1 kilogr. zmniejszenie się obrzęku stawu kolanowego o 3 cm., znaczne zmniejszenie się bolesności i wydzieliny z przetok, która przybrała charakter więcej śluzowy. Po 6-tygodniowym leczeniu w Grado, jak z nadesłanych mi przez rodziców wiadomości wynika, poprawa stanu dziecka postępuje dalej.

W pozostałych przypadkach zmian stawów osiągnąć mogłem tylko przy zastosowaniu wszelkich sposobów leczenia z wykonywaniem ruchów biernych nieznaczną poprawę w postaci zmniejszenia się obrzęków od 3—5 cm. i małego uruchomienia stawu. Czas leczenia zdrojowego takich przewlekłych cierpień był stanowczo za krótki do osiągnięcia lepszych wyników, które dopiero po kilkakrotnem powtórzeniu leczenia zdrojowego można będzie uzyskać. Chorym tym polecałem po ukończeniu leczenia zdrojowego używać bez przerwy opatrunków ustalających i odsyłałem ich pod dalszą opiekę lekarską do lekarzy domowych i specyalistów. Lepsze już wyniki osiągałem w przypadkach gruźlicy kości, albowiem pojedyńcze ogniska chorobowe, szczególnie w przypadkach świeżych, ulegały wessaniu, oczyszczały się i miały skłonność do gojenia się z pozostawieniem blizn lub prawidłowej ziarniny i tylko ogniska głęboko leżące, do których z powodu uporu chorych nie można było drogą operacyjną uzyskać łatwiejszego przystępu nie wygasały, jednakże i one ulegały o tyle polepszeniu, iż wydzielina stawała się skąpszą, przybierała charakter więcej śluzowy, i bolesność znacznie się zmniejszała. Dodać należy, że w przypadkach tych posługiwałem się i lekkimi zabiegami chirurgicznymi, mającymi na celu usunąć produkta chorobowe i oczyszczać rany z nadmiernie wybujałej ziarniny, jak wyskrobywaniem, przyżeganiem lapisem i t. d.

Co do wyników leczenia zołzów w innych zdrojowiskach, to według Montiego w Bad Hall odsetek wyleczonych wynosi 63%, z poprawą 33·2%, w Sulzbach 78·9% wyleczonych, a reszta z poprawą. Wyniki moje oceniam na 74·6% wyleczonych, a reszta czyli 25·4% z poprawą, są więc one mniejwięcej takie same.

Oceny i sprawozdania.

Dr Stanisław Kopczyński: **Szkice higieniczno-wychowawcze.** (Z dziedziny higieny domowej i szkolnej). Warszawa, 1911. Nakład księgarni St. Sadowskiego, str. 230.

Nieczęsto trafia się książka, którąby była zarazem do-

brą książką popularną i książką, z której także czytelnik-lekarz odnieść może niejedną korzyść i poczerpnąć podniety do rozważenia niejednej ważnej sprawy. Do takich książek zaliczyć należy »Szkice higieniczno-wychowawcze« Dra Kopczyńskiego. Jasne i dostępne przedstawienie przedmiotu, styl wszędzie gładki, a w niektórych szkicach żywy i wcale barwny, powinnyby dziełku zapewnić szerokie rozpowszechnienie wśród rodziców i wychowawców; wśród lekarzy znów zdolne są »Szkice« Dra Kopczyńskiego obudzić zajęcie przez to, że kładą one nacisk na wychowawczą rolę lekarza, że zwracają jego uwagę na zadania pedagogiczne, których nie może on w swej działalności uniknąć i które musi chcąc nie chcąc rozwiązywać, nawet jeżeli nie jest lekarzem szkolnym, a cóż dopiero, jeśli nim jest, lub jeśli przynajmniej ma wśród swej klienteli dużo młodzieży. O tej stronie zawodu lekarskiego nie dowie się lekarz ani w czasie studyów, ani z czasopism i dzieł lekarskich, czytanych po ich ukończeniu; staje ona przed nim dopiero w życiu praktycznem, narażając nietylko jego samego na wątpliwości, ale także, o ile nie jest obdarzony pewnym samorzutnym zmysłem wychowawczym, na mimowolne, niemniej jednak szkodliwe błędy w postępowaniu z młodocianymi chorymi i w udzielanych rodzicom radach i wskazówkach. Otóż gdyby książka Dra Kopczyńskiego nie zdziałała nic więcej, jak tylko gdyby zachęciła lekarzy do zapoznania się bliższego z nauką o wychowaniu, jużby pożytek jej był znaczny, zwłaszcza wobec niezbyt obfitej w tym kierunku literatury naszej.

Książka Dra Kopczyńskiego jest zbiorem luźnych artykułów, ogłaszanych przez autora w ostatniem dziesięcioleciu. Dotyczą one następujących przedmiotów: wpływ bicia dzieci na ich zdrowie i charakter, przedwczesna nauka, nerwowość młodzieży szkolnej, nauczanie higieny w szkołach średnich, stanowisko i zadanie lekarza szkolnego, choroby zakaźne a szkoła, oświetlenie w szkołach, znużenie serca i wyczerpanie nerwowe, nerwowość i lektura, szkoły dla dzieci słabo uzdolnionych, nerwowość a szkoła, praca zarobkowa młodzieży szkolnej (artykuł bardzo godny uwagi wobec coraz częstszego w Galicyi zgłaszania się młodzieży do pracy fizycznej w czasie wakacyi), rady dla matek i t. p. Jak już z tego wyliczenia widać, poszczególne ustępy dziełka są rozmaitej doniosłości; rozmaicie też są opracowane. Jest to o tyle zaletą, że lektura niedługich, w sobie zamkniętych rozprawek jest łatwiejsza, co w popularyzowaniu ma wielką wagę; wadą zaś są pewne powtarzania się, które w artykułach, drukowanych oddzielnie, w ciągu szeregu lat, mogły być nawet potrzebne, ale w wydaniu książkowem należało usunąć. Zresztą może i powinno to nastąpić w dalszych wydaniach, na które książka Dr Kopczyńskiego niedługo chyba poczeka. Z.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

C. G. Santesson. **Uwagi o znoszeniu trucizn, żądzy trucizn i objawach przy abstynencyi.** (Skandin. Archiv f. Physiol. T. 25. Z. 1—3). Ponieważ przyzwyczajenie się ustroju do trucizn (n. p. morfiny) sprawia tylko niewystępowanie objawów ostrego zatrucia, nie przeszkadza natomiast występowaniu zatrucia przewlekłego, więc autor twierdzi, że przyzwyczajenie się do trucizn i zwiększone ich znoszenie (tolerancya) nie mogą polegać na wzmożonem spalaniu trucizny przez tkanki, jak to wielu utrzymuje. Zdaniem S. należy szukać najważniejszej przyczyny przyzwyczajenia się do trucizn w tem, że tkanki coraz prędzej, zupełniej i w coraz większej ilości wiążą truciznę i to tak, że trucizna nie może więcej wywoływać objawów ostrego zatrucia. Wiązanie trucizny może się dokonywać albo w narządach swoiście wrażliwych na daną truciznę, albo w niewrażliwych. O ileby wiązanie to następowało w narządach swoiście wrażliwych, n. p. morfiny w mózgu, to zapewne powstawanie, względnie istnienie związku trucizny z komórką stanowi przyczynę swoistego ostrego działania trucizny. Z chwilą ustania działania trucizny komórka, wiążąca truciznę, wraca do stanu prawidłowego. Nie następuje to przy zatruciu przewlekłem, gdzie komórka, pozostając ciągle pod działaniem trucizny, przechodzi niejako w stan ciągłego nasycenia trucizną i przystosowuje się z czasem do wykonywania swych czynności w obecności trucizny. Czynność ta może potem wprost wymagać obecności trucizny. Stąd objawy, występujące przy nagłem odcięciu dopływu trucizny do ustroju (Abstinenzsymptome). Żądza trucizny, która wywołuje ciągłe podwyższanie dawki, wprowadzanej do ustroju, występuje tylko przy tych truciznach, przy których użyciu przyjemność polega na występowaniu w lekkim stopniu objawów ostrego zatrucia. Ponieważ jednak ustrój w miarę przyzwyczajania się do trucizny wiąże coraz większe jej ilości, nim przychodzi do ostrego zatrucia, więc koniecznem jest zwiększanie dawki dla uzyskania skutków, otrzymywanych zapomocą dawniejszej dawki. Henryk Wachtel.

Pochhammer. **O powstawaniu przykostnej (parostal) kostniny i o sztucznem wytwarzaniu jej u zwierząt i u człowieka.** (Arch. f. klin. Chirurgie 94. II.). P. wkładał okostnę z uda królików między mięśnie i osiągał przytem tworzenie się kostniny, ale tylko wtedy, gdy na okostnę kładł skrzepy krwi. Natomiast agar-agar, żelatyna, jod, nie pobudzały okostnej do wytwarzania kostniny. Zdaje się, że główne działanie ma tu włóknik. Tworzenie się więc kostniny zależy, zdaje się, od zranienia części miękkich i wytworzenia się w miejscu złamania włóknikowych mas, (gdzie skrzętnie usuwa się i tamuje krwawienie, goją się kości nieraz bardzo źle. Przyp. sprawozd.). Wyniki doświadczalnych badań zastosował P. praktycznie u 30-letniej kobiety, która doznała powtórnego złamania w 7 tygodni po złamaniu kości goleni. Przystąpiono do szwu kostnego, poczem miejsce zeszyte pokryto skrzepami krwi. W 5 tygodni potem bardzo obfita kostnina w tem miejscu. K.

Medycyna wewnętrzna.

Siemionow. **Wartość porównawcza spółczesnych sposobów wykrywania prątków gruźliczych i ich barwienie.** (Ruskij Wracz 1911, Nr 11). Autor brał do swoich doświadczeń 80 ct. sz. moczu, zawierającego prątki gruźlicze i dzielił go na 4 równe części; każdą z 4 części badał innym sposobem, a mianowicie: 1) metodą Uhlenhutha, 2) Ellermann-Erlandsena, 3) Langego i Nitschego i 4) A. Kozłowa. Wnioski następujące:

1) Najlepsze wyniki dała metoda Ellermann-Erlandsena: Do badanego moczu dodaje się 4 części 0,25% rozczynu sody i 0,15—0,5 pankreatyny; mieszaninę wstawia się na 24 godzin do cieplarki i następnie, po dokładnem odwirowaniu, osad gotuje się z 4 częściami 0,25% ługu sodowego, znowu odwirowuje się i z osadu robi się preparaty.

2) Bardzo szybkie i równie prawie dobre wyniki daje sposób A. Kozłowa: Na 5 ct. sz. badanego moczu dodaje się 1 ct. sz. antyforminy i mieszaninę zostawia się na $^1/_2$ godziny dla dokładnej homogenizacyi, następnie dodaje się podwójną ilość wody dla obniżenia ciężaru gatunkowego i takąż jak moczu ilość eteru siarczanego aa z acetonem. Po dokładnem wymieszaniu w ciągu 5 sekund zostawia się płyn w spokoju. Płyn dzieli się na 3 części; górną z eteru, środkową z bakteryi i dolną z wody, antyforminy i acetonu. — Bada się część środkową. (Tęż metodę poleca A. Kozłow i dla badania plwociny co do prątków gruźliczych. Przyp. sprawozd.).

3) Dla barwienia prątków gruźliczych radzi autor zawsze używać dwu sposobów Gassisa i Gram — A. A.

Kozłowa. Barwnik Gram — A. A. Kozłowa przygotowuje się tak: Do 1,0 fioletu goryczkowego (Gentianaviolet), roztartego w moździerzu z 6,0 kwasu karbolowego (ac. carbol. liquefact.) dodaje się ciągle mieszając 40,0 gliceryny i 100,0 wody przekroplonej. Utrwala się preparat zwykłym sposobem, barwi się w ciągu 50—60 minut w przesączu mieszaniny 2 części barwnika z 3 częściami wody, następnie w ciągu 15—20 sekund działa się płynem Lugola i po obmyciu wodą barwi się dlą kontrastu 1·1000 safraniny w ciągu 2—3 sekund. A- Modrzewski.

Bezançon i Sorbonnes. **O skokach w rozwoju gruźlicy płuc.** (Paris méd. 1911, Nr 6). Gruźlica rzadko miewa przebieg ciągły. Częściej bywa on przerywany, z okresami zaostrzania się sprawy i okresami spokoju. Autorowie zajmowali się przez szereg lat szczegółowem śledzeniem całokształtu zjawisk, zachodzących podczas tych zmiennych okresów, a mianowicie śledzili przebieg ciepłoty, stan wagi ciała, skład moczu, stosunek wzajemny krwinek białych, oraz zachowanie się odczynów biologicznych. Dochodzą oni do wniosku, że pojmowanie pewnych przejawów jako istotnych objawów rozwijającej się gruźlicy, innych natomiast jako powikłań lub tylko jako odmian gruźlicy, jest błędne, gdyż te epizody należy pojmować jako ostre podskoki w przebiegu przewlekłego zakażenia gruźliczego, które ma, ich zdaniem, wybitny charakter cykliczny. Taki charakter posiada według spostrzeżeń B. i S. przebieg gorączki. Zupełnie równolegle do ciepłoty zachowuje się krzywa parcia tętniczego, które przy podniesieniu się ciepłoty zwykle się równocześnie obniża, a w okresach spokoju na nowo się podnosi. Fazom podskoków sprawy gruźliczej odpowiadają okresy czasowego zatrzymywania się chlorków w ustroju, z następowem nadmiernem wydzielaniem się ich wśród nadmiernego wydzielania moczu. Najstalszym objawem jest okresowe zachowanie się wagi ciała, która się zwykła podnosić, już zanim ciepłota zacznie spadać. Stosunek wzajemny krwinek białych również ulega zmianom, gdyż podczas podskoków występuje przez krótki czas nieznaczna leukocytoza, połączona z polynukleozą, rychło ustępując miejsca mononukleozie. Natomiast spadkowi ciepłoty towarzyszy eozynofilia. Odczyny biologiczne, aczkolwiek nieco znaczniej się wahają, mają zazwyczaj swój szczyt ku końcowi podskoków lub w okresie poprawy sprawy gruźliczej. Objawy fizyczne ze strony płuc i opłucnej, oraz zmiana plwocin przypada na okresy podskoków. Przy ocenianiu gruźlicy, a zwłaszcza przy rokowaniu możemy popełnić znaczne błędy, o ile uwzględniamy wyłącznie tylko zmiany miejscowe z pominięciem ogólnego przebiegu i zachowania się podskoków. Już bowiem n. p. sam fakt, że u danego chorego między podskokami są długie przerwy, połączone z zupełnem uspokojeniem się sprawy gruźliczej, pozwala zdaniem B. i S. pomyślnie rokować, a szczegółowe spostrzeżenia umożliwiły im zestawienie różnych typów gruźlicy ze względu na rokowanie.

Dr Blassberg.

Schubert. **Leczenie białaczki promieniami Rönt gena.** (Tow. lek. Drezno 1910, XII.). Leczenie białaczki promieniami Röntgena jest bezwarunkowo uzasadnione, bo skutek bezpośredni jest zwykle bardzo dobry. Niestety nie można powiedzieć, by skutek był zawsze stały i by leczenie to wolne było od niebezpieczeństw. Dotąd opisano 531 przypadków tego leczenia. S. stosował to leczenie w czterech przypadkach. W jednym rentgenizacya pozostała zupełnie bez skutku, w drugim nastąpiło trwałe wyleczenie, a w trzecim i czwartym bezpośredni skutek był znakomity, ale chorzy zmarli (do roku), jeden z niewiadomej przyczyny, drugi na biegunki. Zwykle śledziona zmniejszała się szybko; podobnie i liczba ciałek białych.— W dyskusyi podaje Rostowski, że leczył 5 przypadków ze skutkiem dość dobrym. Ciekawą jest rzeczą, że »606« pogarsza nieraz białaczkę. — Hartung leczył 9 przypadków. W dwóch nie było żadnego wogóle skutku. Powinno się używać dawek niewielkich (twarde lampy, 45—50 cm odstępu, filtr ze skóry, 6 mm gruby). Zwłaszcza wieczorem używać należy małych dawek, by liczba ciałek białych nie spadała nagle. Ogółem stosować należy naświetlanie przez 800—2000 minut. Wyniki trwałe są jednak wogóle wątpliwe. K.

Oskar Adler. **Lewulozurye.** (Pflügers Archiv f. Phys. T. 129. Z. 1—3). Autor wyosabnia z dotychczasowego piśmiennictwa sześć przypadków czystej »przewlekłej lewulozuryi«, której pojęcie ustala, i podaje opis przypadku (siódmego), przez siebie spostrzeganego. Jest to choroba zdarzająca się bardzo rzadko. Na 7726 przypadków, badanych w Karlsbadzie, tylko w dwu wykazano »przewlekłą lewulozuryę«. Objawy przy przewlekłej lewulozuryi (oprócz występowania lewulozy w moczu) podobne są w pewnych przypadkach do objawów cukrzycy zwyczajnej: osłabienie, suchość w ustach, gwałtowne pragnienie i t. p. W przypadku autora brat chorej cierpiał na cukrzycę, ojciec przebył chorobę wątroby. U samej chorej jest znaczne powiększenie i bolesność wątroby. Zdaje się, że przez 28 lat u tej chorej wydziela się lewuloza w moczu. Patogeneza choroby ciemna; może gra tu rolę dziedziczność. W przypadku autora pozostaje może lewulozurya w związku ze zmianą w wątrobie, tembardziej, że swego czasu stwierdził H. Strauss, iż przy chorobowo zmienionej czynności wątroby występuje lewulozurya pokarmowa (laevulosuria alimentaris). — Nigdy nie spostrzegano przy lewulozuryi przewlekłej występowania w moczu kwasów β-oksymasłowego i acetooctowego lub acetonu. Rokowanie, zdaje się, jest dobre. Chora autora zmarła, mając lat 73. Leczenie podobne, jak w zwykłej cukrzycy. Autor podkreśla niepewność próby Seliwanowa co do lewulozy, o ile ta próba nie jest wykonywana w sposób przezeń przedtem opisany, a polegający na wypędzeniu z moczu kwasu azotowego przed dodaniem resorcyny. Kwas ten wytwarza się w moczu przy staniu i daje w małych ilościach sam ten odczyn.

Henryk Wachtel.

Położnictwo i ginekologia.

H. Füth. **O leczeniu krwawień niepowikłanych, w szczególności o doszczętnem usunięciu krwawień przekwitowych (klimakterycznych) i przedprzekwitowych za pomocą odcięcia trzonu macicy drogą pochwową.** (Arch. f. Gyn. tom 92, zesz. 1). Badania lat ostatnich wykazały, że tak częste krwawienia w okresie przejściowym nie zależą ani od zmian w mięśniu lub śluzówce macicy, ani też od zmian w ścianach naczyń macicznych, lecz prawdopodobnie od zaburzeń w równowadze różnych gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem (jajniki, nadnercza, przysadka, gruczoł tarczowy), a w szczególności od niedostatecznej czynności jajników. Za przyczyny usposabiające należy tu uważać przewlekłe zaparcie stolca, »coitus interruptus«, zmienione własności krwi. Nic też dziwnego, że przy takich krwawieniach niepowikłanych, bo nie pozostających w związku z żadnemi zmianami, łagodnemi czy złośliwemi, ani z zapalnemi, stosowanie jedynie tylko leczenia miejscowego, szczególnie skrobanie pozostaje często bez skutku. Autor widział bardzo dobre wyniki po nacinaniach (skaryfikacyach) części pochwowej, wykonywanych przez 2—3 dni przed regularnością, przyczem wypuszczał 1—2 łyżek krwi. Po takich upustach ustają najczęściej zupełnie lub zmniejszają się znacznie dolegliwości w czasie regularności. jakoteż krwawienia stają się mniejsze i krócej trwają. Równocześnie należy zastosować odpowiednią dyetę celem uregulowania stolca i zabiegi hydropatyczno-fizyczne. Prócz powyższych krwawień, będących następstwem przekrwienia narządów miednicy, występują inne, gdzie za przyczynę należy przyjąć przypadłości nerwowe. Takie przypadki leczy autor ze skutkiem tylko zaleceniem spokoju i podawaniem digalenu w połączeniu z przepisami fizyczno-dyetycznymi. Działanie digalenu tłómaczy autor wpływem tego środka na osłabiony w takich przypadkach, mięsień sercowy i układ naczyniowy, które mogą być przyczyną zaburzeń w krążeniu. Trzeci rodzaj krwawień odnosi

się do takich przypadków, gdzie poprzedzające skrobanie napewno wyłączyło zmiany złośliwe, a krwawienia mimo to ciągle się powtarzają, przyczem krew jest cienka, wodnista, tak że należy przypuścić zmiany krzepliwości krwi. W takich przypadkach poleca autor podskórne wstrzykiwania żelatyny, codziennie lub co drugi dzień, albo podawanie jej wewnętrzne w rozczynie 5%, albo wreszcie do odbytnicy również w rozczynie 5% w ilości 250—300 500 gr. dziennie. Pozostaje jeszcze czwarty rodzaj krwawień, opierający się stale wszelkiemu leczeniu. Dotyczą one kobiet, najczęściej z klasy robotniczej, które przechodziły liczne porody, nie szanowały się nigdy i w ten sposób nabyły w ciągu lat skłonności do krwawień, występujących szczególnie w okresie przejściowym. Ogólne wyniszczenie ustroju dochodzi u takich kobiet do takiego stopnia, że celem uzyskania zdolności do pracy muszą się one w końcu poddać zabiegowi doszczętnemu. W tym celu stosowano dotychczas całkowite wyjęcie macicy przez pochwę. Ponieważ jednak właśnie ogólny stan niedokrwistych tych kobiet wymaga, aby operacya trwała jaknajkrócej i aby przy niej jak najmniej krwi straciły, polecił Rieck inny zabieg, który nazwał »amputatio uteri transperitonenalis supravaginalis«, a dla którego autor proponuje nazwę krótką »amputatio vaginalis corp. uteri«. Technika operacyjna jest następująca: Otwarcie przedniego fałdu otrzewnego, przez który wyciąga się trzon macicy, poczem przyszywa się natychmiast otrzewnę pęcherza moczowego do tylnej ściany szyjki macicy, zamykając w ten sposób znowu jamę brzuszną. Następnie podwiązuje się i przecina jajowody, więzadło jajnikowe i szerokie i obszywa się kikuty. W końcu odcina się klinowato trzon macicy w wysokości ujścia wewnętrznego, zaszywa powierzchnię ranną kikuta i ścianę pochwy, zostawiając w jednem miejscu wązki sączek z gazy, który wyjmuje się na drugi dzień. Zaletami tej operacyi są: łatwiejsza technika, krótszy czas trwania, (ubywa wyjęcie szyjki), mniejsza utrata krwi i operowanie zewnątrzotrzewne. Ze względu na słuszny zresztą zarzut, że w pozostawionej szyjce może się później wytworzyć rak, należy zawsze strzępy, otrzymane przy ostatniem skrobaniu leczniczem, poddać badaniu histologicznemu, jakoteż dokładnie obejrzeć odcięty trzon macicy. E. Ehrenpreis.

T. N. Iljin. **Odurzenie skopolaminowo-morfinowe w położnictwie (na zasadzie 67 przypadków).** (Russkij Wracz. 1911 Nr 12). I. stosował kruszanki Parke-Dawisa po 0,00065 skopolaminy w rozczynie świeżym; morfinę wstrzykiwał osobno. Rozpoczynano wstrzykiwania w okresie porodu wstępnym: u wieloródek przy rozwarciu ujścia macicy na 2 palce, u pierwiastek zaś przy rozwarciu na 3 palce. Pierwszy raz wstrzykiwano zwykle 0,0003 skopolaminy i 0,01 morfiny, następnie co godzinę lub rzadziej po 0,00015 skopolaminy bez morfiny. Jeśli działanie leku było niedostateczne, wstrzykiwano powtórnie 0,0003 skopolaminy. Na ogół dawki wahały się pomiędzy 3,0 i 16,5 decimiligr. skopolaminy. Na 67 przypadków (40 pierwiastek i 27 wieloródek) stwierdzono w 45 przypadkach (59%) utratę pamięci, mniej lub więcej wyraźną. Sen spostrzegano w 38 przypadkach; sen z utratą pamięci w 32 przypadkach, bez utraty pamięci w 6 przyp. Bredzenie wystąpiło 5 razy: w 4 przypadkach w lekkim stopniu, w 1 zaś nie było wcale świadomości (w tym przypadku wstrzyknięto 9 dcmlgrm. skopolaminy). W 3 przypadkach były wymioty i nudności, w 1 silne osłabienie. Prawie zawsze zauważano wzmożone pragnienie i uczucie suchości w gardle i krtani. Zaczerwienienie, a czasami siność twarzy występowały w 75%, (w tych przypadkach wstrzyknięto więcej, niż 4.5 dcmlgrm. skopolaminy). Ilość uderzeń tętna zmieniała się nieznacznie, o 6-10 uderzeń. Nieprawidłowości działalności serca nie spostrzegano ani razu. W 6 przypadkach nastąpiło osłabienie bólów poporodowych; w 2 przyp. stosowano zabieg Kristellera, a w 4 trzeba było zaniechać dalszego stosowania skopolaminy. Kleszcze nałożono raz przy porodzie bliźniaczym. Poważnych zaburzeń w czasie porodu lub w okresie poporodowym nie zauważono ani razu. W 36 przypadkach porody odbyły się bez najmniejszego bolu, w 25 bole były nieznaczne; w 6 przyp. skopolamina nie wywarła prawie żadnego skutku. W 1 przypadku dziecko urodziło się z oznakami zamartwicy, wkrótce jednak wróciło do stanu prawidłowego. Wszystkie inne dzieci urodziły się zupełnie zdrowe. Na ogół I. jest zupełnie zadowolony z działania skopolaminy i uważa ją za nieszkodliwą zarówno dla matki, jak i dla dziecka; radzi jednak zachować pewne ostrożności; stosując ten środek lekarz powinien być obecny przy położnicy od początku do końca. M. Pietkiewicz.

N. Jemieljanow. **Przypadek dziesiątej ciąży u kobiety z macicą podwójną** (uterus duplex separatus cum vagina duplice separata). (Żurnał akusz. i żenskich bol. 1911 marzec). O. G., Rosyanka, 45 l., zjawiła się do J. ze skargą na bole brzucha i wypieranie ze szpary sromowej jakiegoś ciała, które przeszkadza w chodzeniu. Chora zaczęła miesiączkować w 14. roku życia. Miesiączki były prawidłowe, niebolesne, trwały po 6 dni. Pierwszy poród, przedwczesny (w 6. miesiącu ciąży), odbył się w 13 (!) roku życia. 8 następnych porodów chora przebywała pomyślnie. Ostatni poród, dziewiąty, odbył się 7 lat temu. Spółkowanie było czasami bardzo bolesne. Chora miesiączkowała prawidłowo, ostatni raz przed 9 miesiącami. J. znalazł ciążę w 10. miesiącu. Ze szpary sromowej wypukla się chrząstkowata przegroda pochwowa. Wchód do pochwy lewej, znacznie rozszerzony, łączy się z częścią pochwową macicy ciężarnej. Wchód do pochwy prawej, otoczony naddartą błoną dziewiczą, przepuszcza z trudnością 2 palce. W głębi pochwy prawej wyczuwa się szyjkę maciczną małych rozmiarów. Poród odbył się prawidłowo. Po porodzie J znalazł 2 oddzielne macice. Macica prawa była wielkości orzecha włoskiego; do kanału macicznego nie udało się wprowadzić zgłębnika. Z wywiadów wyjaśniło się, iż w czasie ciąży ostatniej, jak również i poprzednich, chora miewała nieobfite krwawienia maciczne, trwające 1—2 dni (miesiączki, pochodzące z macicy prawej?). M. Pietkiewicz.

Dermatologia i syfilidologia.

Wersiłowa. **Badania doświadczalne nad działaniem salvarsanu.** (Russkij Wracz, 1911, Nr 12). Badania, przeprowadzone u myszy i królików, dały wyniki następujące: 1) Salvarsan pozostaje na miejscu wstrzyknięcia pod skórę od 7—10 dni, w razie zaś odgraniczenia się nacieku może być w nim wykryty nawet po miesiącu. 2) Zgorzel na miejscu wstrzyknięcia występuje dość często, czasem nawet po 2—3 tygodniach. 3) Owrzodzenia, tak zwykłe, jak i wywołane przez bakterye ropotwórcze, goją się pod wpływem »606« nierównie prędzej, niż bez stosowania tego środka. (To gojące działanie »606« spostrzegała autorka tylko u myszy. Przypisek sprawozdawcy). Z. Gilewicz.

Wassermann i Ledermann. **O próbie zastosowania do praktyki odporności miejscowej.** (Medizin. Klinik, 1911 Nr 13). Wiemy obecnie, że możemy uzyskać w ustroju nietylko ogólną, ale i miejscową odporność, np. spojówki, jelit i t. p. W. pragnął to zużytkować do leczenia miejscowych spraw zakaźnych, stosując zewnętrznie na chore miejsca wyciąg z gronkowców w żelatynie, t. zw. histopin. Ledermann przeprowadził kliniczne badania nad tym środkiem, stosując 25—50% maść histopinową (z lanoliną) przy uporczywej czyraczności i liszajcu zaraźliwym (impetigo contagiosa). Wyniki były zachęcające; zwłaszcza działa nowy środek wybitnie hamująco na nawroty i tworzenie się nowych ognisk w okolicy czyraków K.

VII. Sprawozdanie z działalności Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem od dnia 1. stycznia 1910 do dnia 31. grudnia 1910 włącznie

ułożyli

Dr Kazimierz Dłuski, dyrektor Zakładu. Dr Stefan Rudzki, I. asystent.

Sprawozdanie obecne, zgodnie z zasadami, przyjętemi w poprzednich latach, podajemy w streszczeniu w dwóch tablicach:

I. Ruch chorych i II. Wyniki leczenia.

Tab. I. obejmuje całą liczbę chorych w ciągu 1910 r.

Tab. II. — tylko tych chorych, którzy się leczyli conajmniej 30 dni, a więc nie wchodzą do niej ci, którzy przybyli już do Zakładu po 1 grudnia 1910; wejdą oni do następnego sprawozdania, o ile czas ich leczenia wyniesie conajmniej 30 dni.

Ogólna liczba chorych w 1910 r. wynosi 373; z niej zaś Polaków było 302, Rosyan 44, Rusinów 12, Francuzów, Niemców, Węgrów, Gruzinów, Czechów, Słowaków po 2, Morawian, Bułgarów, Tatarów po 1.

Tab. II. obejmuje tylko 334 chorych; nie wchodzi do niej bowiem 47 chorych, którzy leczyli się mniej, niż 30 dni.

Nadmienić wypada, iż w liczbie 334 chorych, stanowiących przedmiot sprawozdania lekarskieego, mamy 47 osób, które leczyły się w Zakładzie po raz drugi, 16 osób po raz trzeci, wreszcie 6 osób, z których 3 odbyły czwarty, a 3 — piąty kurs leczenia.

Metoda higieniczno-dyetetyczna, stosowana w naszym Zakładzie, była tak obszernie omawiana w poprzednich sprawozdaniach i tak jest powszechnie znana w świecie lekarskim, że bliżej nad nią zatrzymywać się nie będziemy.

Wiadomo również z poprzednich sprawozdań, że przeszło od lat 4, jako środek pomocniczy, stosujemy swoiste leczenie, w postaci tuberkuliny Beranecka (TBK), trzymając się w ogólnych zarysach metody Sahliego. O wynikach wstrzykiwań TBK u 53 chorych w ciągu 1910 r. mówić tu nie będziemy, gdyż sprawa ta jest zbyt zawikłana, aby dała się streścić w kilku słowach. Wyniki stosowania TBK w ciągu 2$^1/_2$ lat (od 1. I. 1907 do 1. VII. 1909) były ogłoszone w »Przegl. Lekarskim« Nr 23 1910 r. Wspomnieć należy, że uważając metodę higieniczno-dyetetyczną, — (t. j. jaknajszersze używanie świeżego powietrza, odpowiednie odżywianie, oraz spokój fizyczny i psychiczny) — za podstawę leczenia, nie zapominamy o lekach, w celu złagodzenia różnych objawów chorobowych. Stosujemy więc czasem środki przeciwgorączkowe, chociaż w przeważającej części przypadków i to nawet u ciężko chorych, leżenie w łóżku przy otwartych oknach — jak wskazuje kilkudziesięcio-letnia praktyka w sanatoryach zachodnich — samo przez się reguluje ciepłotę. Zachodzi czasem jednak potrzeba uciekania się do pyramidonu, aspiryny, fenacetyny, kryogeniny i t. d., i t. d., zwłaszcza, gdy podniesienie ciepłoty przypada w chwilach spożywania pokarmów, lub gdy ujemnie działa na sen. Stosujemy również środki działające podniecająco na ustrój lub poszczególne jego narządy (arsen, żelazo i t. d.) wewnętrznie lub podskórnie. Stosujemy dalej różne zabiegi lecznicze, jak galwanizacyę, faradyzacyę, miesienie wibracyjne, opaski, bańki i t. p., wreszcie przeciw bólom w suchych zapaleniach opłucnej — tak częstych w przebiegu gruźlicy płuc, — oprócz zwykle używanych środków (opaski, bańki, przetwory jodowe) stosujemy naświetlania światłem elektrycznem białem lub fioletowem i otrzymujemy niejednokrotnie bardzo zadowalniające wyniki. — Przeciw zrostom opłucnej stosujemy od kilku miesięcy wstrzykiwania fibrolizyny, jak dotąd z pomyślnym skutkiem; materyał nasz jest jednak jeszcze za mały, abyśmy mogli już dziś wypowiedzieć swą opinię. Wreszcie wspominamy o stosowanych zarówno u nas, jak i w innych sanatoryach, zabiegach wodoleczniczych, stanowiących poniekąd integralną część metody higieniczno-dyetetycznej, a mianowicie: nacierania całego ciała wodą czystą lub zmieszaną z wyskokiem — i natryski, trwające 20—30 sekund z ciepłotą obniżającą się przez ten krótki przeciąg czasu od 35° do 10° C. Nacierania stosowaliśmy u 309 chorych (na 334), natryski tylko u 56, gdyż nadają się do nich tylko chorzy z wielkim zapasem odporności; i wśród nich jednak zdarza się czasem układ nerwowy tak pobudliwy, że natrysków nie znosi.

Po omówieniu w ogólnych zarysach środków leczenia, przechodzimy z kolei do poszczególnych cyfr (w Tab. II.), charakteryzujących wyniki lecznicze i rozpatrzymy w porządku chronologicznym kolumny, cyfry te zawierające.

Przewaga kobiet nad mężczyznami, którą stale spotykamy od 1906 r. i którą staraliśmy się wytłómaczyć społecznymi warunkami pracy mężczyzny, nie jest obecnie tak wybitna, jak lat ubiegłych, skoro się porówna obecne sprawozdanie z poprzedniemi.

Przechodząc z kolei do wieku chorych, spotykamy pewną prawidłowość, dającą się uzasadnić warunkami biologicznymi i społecznymi obecnej doby, i powtarzającą się we wszystkich cywilizowanych społeczeństwach, a mianowicie największą ilość chorych w okresie od 20—40 lat W naszym Zakładzie okresy wieku 20—30 i 30—40 lat stanowią średnio $^3/_4$ ogółu chorych i leczących się, ze zboczeniami w jedną lub drugą stronę. Obecnie wynoszą one okrągło 65% (w IV. sprawozdaniu 85%; w V. — 75%, w VI. — 64%). Jeśli zwrócimy się do obciążenia dziedzicznego, musimy powtórzyć wyrażoną już w poprzednich sprawozdaniach opinię, zgodną ze spostrzeżeniem Turbana (patrz »Beiträge zur Kenntniss der chron. Lungentuberkulose«), mianowicie, że przy ostatecznych wynikach leczniczych i opierając się na średnich liczbach, nie widzimy bezpośredniego na te wyniki wpływu, choć może on być wykazany w poszczególnych przypadkach. W V. sprawozdaniu za 1908 r., gdzie liczba chorych, wolnych od obciążenia wynosiła 40% (w I. — 68%, w II. — 48%, w III. — 51%, w IV. 54%) mamy cyfrowo najlepsze wyniki, gdyż 89·7% znacznej i względnej poprawy; w VI. sprawozdaniu wolnych od obciążenia 37% przy znacznej i względnej poprawie 86%, w obecnem zaś okrągło — 45% przy znacznej i względnej poprawie 82%. Liczby te więc dowodnie wskazują, że niema bezpośredniego związku między obciążeniem, a ostatecznymi wynikami leczenia.

Idąc dalej w chronologicznym porządku, spotykamy dwa ważne szczegóły, dotyczące wyników leczenia: utrata gorączki i znikanie laseczników Kocha. Co się tyczy utraty gorączki, widzimy ją tylko u 34·8% chorych, czyli oprócz 31% w III spraw. najniższą cyfrę ze wszystkich innych sprawozdań*). Tymczasem mamy wśród ogólnej liczby chorych 48·5% w I okresie Turbana, czyli najwyższą liczbę najlżej chorych ze wszystkich bez wyjątku dotychczasowych sprawozdań. Jeśli się zważy, że w obecnem sprawozdaniu mamy niemal połowę lekko lub bardzo lekko chorych, to nizki względnie odsetek zniknięcia gorączki może się wydać paradoksalnym. Fakt ten da się tłómaczyć tą okolicznością, że jeśli na jednym biegunie spotykamy bardzo lekki materyał kliniczny, to na drugim znów niepomiernie ciężki (w III okr.). W zeszłym bowiem roku mieliśmy sporo takich chorych, którzy objechali różne stacye klimatyczne europejskie i nie osiągnąwszy dodatnich wyników, zawitali pod koniec do naszego Zakładu. Tem się też tłómaczy, że gdy odsetek śmiertelności w 1909 r. wynosił tylko 1·3%, w 1910 r. podnosi się do 2·4%. Odsetek zniknięcia prątków wynosi w obecnem sprawozdaniu 13·4% i zajmuje siódme miejsce w zestawieniu z poprzedniemi latami, gdzie najniższa cyfra wynosi 9·2% w IV sprawozda-

*) W I — 41%, w II — 48, w III 31%, w IV — 53·5%, w V — 55·8%, w VI — 39·2%.

TABLICA I.

Ruch chorych w Sanatoryum w Zakopanem od 1. stycznia 1910 do 31 grudnia 1910 (włącznie).

Narodowość	Ilość	Płeć		Pochodzenie	Ilość	Liczba dni leczenia	Wiek		
							lat	osób	
Polacy	302	191 mężczyzn	182 kobiety	Galicya	128	8685	0—10	5	Średnia pobytu jednego chorego 82·95
Rosyanie	44			Rosya	124	12686	11—20	61	
Rusini	12			Królestwo	67	5648	21 30	155	
Francuzi	2			Warszawa	39	2988	31—40	87	
Niemcy	2			Księstwo Poznańskie	12	606	41—50	47	
Węgrzy	2			Inne	3	267	51—60	15	
Gruzini	2						>60	3	
Czesi	2								
Słowacy	2								
Morawianie	1								
Bułgarzy	1								
Tatarzy	1								
Razem	373	373		Razem	373	30940		373	

TABLICA II.

Wyniki leczenia chorych za czas od 1. stycznia 1910 do 31. grudnia 1910 (włącznie).

Płeć		Wiek		Obciążenie dziedziczne		Gorączka		Prątki Kocha		Waga obliczona na 100 dni						Okresy	Poprawa			Pogorszenie	Śmierć
		lata	osób	rodzaj *)	osób												znaczna	względna	bez zmiany		
163 mężczyzn	169 kobiet	0—10	5	o^1	92	przyjechało z gorączką osób 201	utraciło gorączkę osób 74	przyjechało z tbc osób 157	utraciło tbc osób 21	209 przybrało po 6·4 kg.	40 straciło 1·90 kg.	7 bez zmiany	8 nieznana	ogólna liczba dni leczenia 30234	średnia na 1 chorego 90·5	I. 162 48·5%	86	63	11	2	—
		11—20	58	o^2	9																
		21—30	142	o	84																
		31—40	78	bez	149											II. 103 30·8%	49	35	14	3	2
		41—50	36																		
		51—60	12													III. 69 20·7%	23	18	18	4	6
		>60	3																		
razem 334		razem 334		razem 334		% utraty gorączki 34·8%		% utraty tbc 13·4%		przybytek u 80·5% ogółu						razem 334	158 47·3%	116 34·7%	42 12·9%	9 2·7%	8 2·4%

*) o^1 oznacza obciążenie dziedziczne ze strony jednego z rodziców; o^2 — ze strony obojga rodziców; o — obciążenie ze strony krewnych lub rodzeństwa.

niu, najwyższa zaś 23% w III. sprawozdaniu. I tu przy porównaniu zachodzi pewien paradoks. Jeśli bowiem przyjmiemy obok innych objawów pomyślnego klinicznego leczenia ustąpienie gorączki bodaj czy nie za najważniejszy, to ujrzymy, iż w III naszem sprawozdaniu, przy maksymalnej cyfrze zniknięcia prątków 23% mamy najniższy dotąd odsetek ustąpienia gorączki t. j. 31%. W obecnem sprawozdaniu, gdzie mamy niemal połowę chorych w I okresie Turbana, powinnibyśmy mieć największy odsetek zniknięcia prątków, tymczasem tak nie jest. Okoliczność ta da się tu wytłomaczyć, jak wyżej mówiliśmy, ciężkim stanem chorobowym chorych z trzeciego, a względnie i drugiego okresu. Zważmy nadto, że podział na okresy, wedle rozległości zmian anatomicznych, jest klasyfikacyą w pewnym stopniu sztuczną, nie liczącą się z najważniejszą rzeczą: ze sprawnością biologiczną całego ustroju. Zresztą należy pamiętać, że znikanie prątków może być rzeczą przejściową i przypadkową, zwłaszcza przy średnim pobycie tylko 3-miesięcznym jak u nas. Może ono być pewnem kryteryum wtedy, gdy laseczniki znikają na stałe, czyli gdy badanie wydzielin, prowadzone całemi latami, nie wykrywa ich istnienia. Ale i tu, jak klinika poucza, bywają nieraz rzeczy nader paradoksalne.

Kończąc ze szczegółami, wspomnimy w paru słowach o wadze. W ostatnich trzech latach wzrosła ona prawidłowo u 80—81% chorych, stanowiąc średni przybytek 6·3—6·4 kgr. na 1 osobę w ciągu 100 dni. Zanotujmy, iż średnia utrata w niniejszem sprawozdaniu, wynosząc 1·96 kg. na osobę, jest najmniejsza, jaką od otwarcia Zakładu mieliśmy (najwyższa utrata 3·8 kg. w 1904 r.).

Po omówieniu szczegółów, przechodzimy do ogólnych wyników leczniczych, zaznaczając, jak dawniej, że unikamy terminu »wyleczenie«, a używamy tylko określenia »znaczna poprawa«, przez którą rozumiemy znaczną istotnie poprawę płuc i stanu ogólnego, lub »względna«, gdy stan ogólny poprawił się, w płucach zaś zmiany na lepsze są

niewielkie. W 1910 r., jak nam wskazuje tab. II, mieliśmy 47·3% znacznej, 34·7 względnej, razem 82% poprawy czyli »wyników dodatnich« wedle niemieckiej terminologii. Poza tem zostaje 12·9% bez zmiany, 2·7% pogorszenia i 2·4% zejść śmiertelnych. Dla uzupełnienia tych ogólnych liczb, dotkniemy jeszcze niektórych szczegółów, związanych bezpośrednio z przebiegiem leczenia. Wspomnimy najpierw o krwiopluciach i krwotokach, które stanowią sprawę wielce sporną nietylko wśród laików, lecz i wśród lekarzy, gdy rzecz dotyczy wpływu klimatu wysokogórskiego na ten tak częsty objaw gruźlicy płuc. Obszernie o tem na tem miejscu mówić nie będziemy, gdyż sprawa ta będzie przedmiotem osobnego referatu z naszego Zakładu na tegorocznym Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Zaznaczymy tylko, iż lekarze, praktykujący w klimacie wysokogórskim, teoretycznie wykazali całą bezpodstawność rzekomo ujemnego w tym względzie wpływu gór i faktami oraz cyframi twierdzenia swe poparli My także w szeregu naszych sprawozdań od listopada 1902 do końca grudnia 1910 r. możemy wykazać cyframi na materyale, dotyczącym przeszło 1900 chorych, że krwioplucia i krwotoki p o w t a r z a j ą się w Sanatoryum średnio u 10%—21% tych chorych, którzy je mieli już p r z e d przybyciem do Zakładu, pojawiają się zaś poraz pierwszy u 0·8%—2·7%. W sprawozdaniu niniejszem powtórzyły się u 21%, pojawiły się poraz pierwszy u 0·9%. Cyfry same przez się są tak wymowne, że nie potrzebują komentarzy.

To samo da się powiedzieć o wpływie wysokogórskiego klimatu na gruźlicę krtani. Zdania są podzielone, choć, jak dawniej zaznaczaliśmy, wybitni polscy laryngologowie przesyłają nam przypadki gruźlicy płuc, powikłanej swoistą sprawą w krtani i to czasem w postaci bardzo ciężkiej. Nie będziemy wchodzić w teoretyczne rozważania, jakie mianowicie warunki wpływają na poprawę lub wyleczenie gruźlicy krtani, jaką rolę odgrywa poprawa płuc na tle ogólnej odporności ustroju i t. d., a przejdziemy odrazu do cyfr. Otóż na okrągło 1900 chorych, którzy od chwili otwarcia Zakładu, lecząc się conajmniej 30 dni, stanowią przedmiot naszych sprawozdań, gruźlicę krtani spotykamy średnio u 10—12% chorych, średnia zaś liczba polepszeń wynosi 50—60%. W obecnem sprawozdaniu mamy 32 chorych na 334, czyli 9·6%. Wśród 32 zapisaliśmy 9 przypadków ciężkich z dużymi naciekami i owrzodzeniami. Otóż na ogólną liczbę 32 otrzymaliśmy, co następuje: znaczna poprawa — 9, lekka poprawa — 10, bez zmiany — 12, pogorszenie — 1, czyli razem 19 przypadków poprawy t. j. 59·4%.

Mówiąc o powikłaniach w gruźlicy płuc, pragniemy poruszyć szereg innych cierpień, mających bezpośredni lub pośredni wpływ na przebieg leczenia; jedne powstałe na gruncie swoistym, drugie — nie. Na pierwszem miejscu gruźlica jelit, 7 przypadków (2 poprawy, czy stałe? przyp. aut.—) 3 bez zmiany, 2 pogorszenia); gruźlica otrzewnej 2 przyp. (1 bez zmiany, 1 poprawa); gruźlica opon mózgowych 2 przypadki (śmiertelne); ogólna gruźlica prosówkowa (1 śmierć); gruźlica kości 6 przypadków (3 poprawa, 3 bez zmiany); gruźlica skóry 2 przypadki z poprawą; przetoka odbytu 2 przypadki z dużą poprawą (1 operowany); zapalenie gruźlicze najądrza 1; gruźlica gruczołów 6 (2 poprawa, 4 bez zmiany); gruźlica nerek 1 (bez zmiany); dalej »polyarthritis tbc. Poncet« 1, wreszcie po 1 przypadku: ostrego zapalenia nerek, cukrzycy i choroby Addisona.

Wspomnijmy wreszcie o charakterystycznych ogniskach gruźlicy, omawianych we wszystkich naszych sprawozdaniach i usadowionych w prawem płucu z tyłu od grzebienia do połowy łopatki, w lewem zaś z przodu w II i w III międzyżebrzu w pobliżu mostka. Mówiliśmy już niejednokrotnie, że wybitną cechą tych ognisk jest większe niż w szczytach nasilenie sprawy chorobowej, której towarzyszy przy niepomyślnym przebiegu większa skłonność do rozpadu, przy pomyślnym zaś opóźnianie się poprawy w porównaniu ze szczytami. Ogniska takie w 1910 r. spotykaliśmy w prawem płucu u 41, w lewem u 5, czyli razem u 13·7% ogółu.

Na zakończenie jeszcze dwa słowa o suchem zapaleniu opłucnej, które także notujemy we wszystkich naszych sprawozdaniach, gdyż pomimo częstości tego objawu w przebiegu gruźlicy płuc, opisana przez nas postać ma pewne charakterystyczne cechy, jako to: usadowienie się przeważnie na nieznacznej, zaledwie kilka centym. kwadrat. wynoszącej przestrzeni, często zdala od głównego siedliska choroby (najczęściej w dolnej części pachy); czasem takie zapalenie opłucnej zmienia swe miejsce; czas trwania bywa niejednokrotnie efemeryczny i objawy jego, t. j. ból i tarcie, znikają czasem w ciągu kilku godzin, i to na stałe lub też pojawiają się znów na krótkie chwile; przestrzeń zajęta przez taką »pleuritis sicca volans« oraz objaw przedmiotowy, t. j. tarcie, wcale nie idą równolegle z nasileniem bólu, gdyż przy nieznacznem tarciu może być bardzo dotkliwy ból i naodwrót. Wreszcie odgłos opukowy i oddech najczęściej bywają zupełnie prawidłowe i gdy chory nie uskarża się na ból, takie ognisko opłucne można wykryć przypadkowo, natrafiając przy drobiazgowem badaniu w ograniczonem miejscu na tarcie, czasem szorstkie, grube, (»frottement du cuir neuf«) czasem zaś bardzo delikatne, włoskowate (»frottement râles« Grancher). Taką »pleuritis sicca volans« spostrzegaliśmy u 65 chorych, czyli u 19·4% ogółu.

Podane powyżej ogólne liczby wyników leczniczych, wyjaśnienie niektórych poszczególnych pozycyi, wreszcie omówienie ważniejszych powikłań, zwłaszcza takich, które mają bezpośredni wpływ na przebieg podstawowej sprawy, uwalniają nas od bliższego zastanawiania się nad znaczeniem zasadniczego czynnika leczniczego, t. j. klimatu zakopiańskiego, na tle którego Zakład nasz występuje jako placówka walki z gruźlicą. Gdyby Zakład nie był instytucyą pożyteczną, nie znalazłaby poparcia ani w szerokich warstwach świata lekarskiego, ani w opinii całego społeczeństwa. Cyfra wzrastającej stale frekwencyi wymownem po temu służy świadectwem. Ogólna liczba dni leczenia w 1910 r wynosiła 27526, w 1910 r. podniosła się do 30940 (p. Tab. I), czyli przeszło o 12%. Ale w tej wzrastającej frekwencyi biorą bardzo nierówny udział poszczególne części naszego kraju. Już w r. zeszłym zaznaczyliśmy, że frekwencya z Warszawy i Królestwa w ostatnich latach procentowo się zmniejszyła, pomimo iż na obszarach jego mieszka w zwartej masie najwięcej Polaków. Z 39·9% ogółu chorych w 1904 r. spadła do 32·3%, w 1909 r. zaś obniżyła się do 28·4%. Jeszcze bardziej uderzającym jest fakt, że z Poznańskiego mieliśmy w 1910 r. tylko 12 chorych na 373. Natomiast frekwencya z Galicyi utrzymuje się na poziomie 34—35% ogółu chorych.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Działalność Warszawskiego Towarzystwa higienicznego w r. 1910. Ogłoszone w kwietniowym zeszycie »Zdrowia« doroczne sprawozdanie Warszawskiego Towarzystwa higienicznego wskazuje, że po krótkim okresie depresyi w latach rewolucyjnych, powróciło życie Towarzystwa całkowicie na tory normalne. Życie to tętni najżywiej w poszczególnych instytucyach, zarządzanych przez Towarzystwo i w niektórych Wydziałach Towarzystwa, a więc w niezbyt licznych gronach, zajętych pewnemi specyalnemi pracami; charakterystyczną natomiast rzeczą jest (zaznaczany w prasie codziennej) słaby udział członków w zgromadzeniach ogólnych i stosunkowo niewielka ogólna liczba członków Towarzystwa, mającego tak rozległe i ważne zadania i rozporządzającego znacznemi bądźcobądź fundacyami. Towarzystwo liczy 309 członków rzeczywistych i 89 zwyczajnych. Własnych dochodów miało Towarzystwo w r. 1910 — 3791·39 rb., (z niedoborem 202·16 rb.), majątku 10491·23 rb., w czem jednak mieści

się już fun. bud. domu (6238·31 rb.) i kąpieli lud. (1900 rb.). Natomiast w zarządzanych przez Towarzystwo instytucyach fundacyjnych wynosił w r. 1910 obrót kasowy w wydatkach 83.890 rb., a bilans zamyka się ogólną cyfrą 796.844 rb. Wynika stąd, że zadania Towarzystwa znalazły poparcie w ofiarności, i to hojnej, szeregu jednostek, i to jest o tyle pocieszające, że do niedawna brakło u nas prawie zupełnie fundacyi na cele higieniczno-społeczne. Jednakże powstałe na ten cel fundacye są zawsze jeszcze zjawiskiem sporadycznem. Mały natomiast zastęp członków Towarzystwa, maleńki w stosunku do obrotu kasowego podległych mu fundacyi własny jego budżet, — dowodzą, że przeświadczenie o doniosłości pracy higieniczno-społecznej nie przeniknęło jeszcze u nas w szersze sfery i że postęp w tym względzie, mimo starań Towarzystwa, jest zbyt powolny.

Naczelna władza Towarzystwa, »Rada«, na 13 swoich posiedzeniach załatwiła liczne sprawy, między niemi rzeczy niemałej doniosłości, jak np. stworzenie delegacyi (centralnego komitetu) wszystkich Towarzystw, poświęcających się opiece nad dziećmi i wychowaniu, urządzenie wystawy miast-ogrodów, utrzymywanie ruchomej wystawy przeciwalkoholicznej (w r. 1910 w Kaliszu, Sieradzu, Zawierciu i Sosnowcu), udział w projektowanej wystawie miast Królestwa Polskiego. Oprócz tego zreorganizowano po 3 latach nieczynności oddział Towarzystwa w Radomiu i założono nowy w Sosnowcu, opracowano referaty, dotyczące projektów ustawodawczych, wniesionych do Dumy państwowej, a mianowicie: 1) o przedłużeniu organizacyi pomocy lekarskiej w gub. Płockiej, 2) o obowiązkowem szczepieniu ospy, 3) o zniesieniu monopolu aptecznego, 4) o samorządzie miejskim w Królestwie. Wreszcie zajmowała się Rada zjednaniem Towarzystwu liczniejszych członków i sprawą budowy domu. Pożyczek na budowę kąpieli ludowych zażądano od Towarzystwa tylko z 2 miejscowości.

Z Wydziałów Towarzystwa najczynniejsze były w r. 1910 Wydział wychowawczy (wygłoszono i przedyskutowano 8 referatów) łącznie z Delegacyą społeczno-wychowawczą, która ukonstytuowała się w lutym, a odbyła 4 posiedzenia, oraz Wydział balneologiczny (6 posiedzeń, na których roztrząsano 7 spraw). Następuje Wydział higieny ludowej (4 referaty), biologiczny (3 ref.). Komitet badania i zwalczania raka nadał jedną nagrodę konkursową, ogłosił drugi konkurs na pracę »O wczesnem rozpoznawaniu raka« i postanowił w tymże przedmiocie wydać zbiorowo napisaną rozprawę popularną. Biuro informacyjne o zdrojowiskach udzielało wiadomości o Ciechocinku, Druskienikach, Nałęczowie i Ojcowie. Z d r o j o w i s k a g a l i c y j s k i e d o b i u r a n i e p r z y s t ą p i ł y (!), »nie opłaciły bowiem przepisanego wkładu«. (Ta abstynencya powinnaby zwrócić uwagę Towarzystwa balneologicznego i Zarządu »Związku zdrojowisk i uzdrowisk«. Przyp. sprawozd.). Organ Towarzystwa »Zdrowie«, redagowany przez Dr J. Jaworskiego, wydał 43 prac oryginalnych i 917 referatów (nadto rozliczne drobniejsze wiadomości), na 918 stronach druku. Wydawnictwo to kosztowało w r. 1910 2342·38 rb., z których 1000 rb. pokryto zapomogą, udzieloną z kasy Towarzystwa higienicznego.

Działalność prowincyonalnych oddziałów Towarzystwa objaśniają następujące krótkie dane: 1) Częstochowa: 151 członków; dochody 1115·67 rb., obrót w funduszu budowy Muzeum higienicznego — 1737 rb. (na budynku ciąży jeszcze 3114 rb. długu), utrzymanie tegoż muzeum 384 rb., fundusz »Kropli mleka« 1801 rb., fundusz kąpieli ludowych 1037 rb. Główną działalnością Oddziału było urządzenie wystawy przeciwgruźliczej w sierpniu i wrześniu; zwiedziło ją 15000 osób, a koszt jej wynosił 2481 rb. (czysty dochód 516 rb.). Oddział odbył 4 posiedzenia (tyleż referatów), urządził 10 odczytów publicznych, prowadził ogródek dziecięcy (frekwencya 100—200) i przygotowuje budowę kąpieli ludowych. 2) Lublin: Członków 115 (ubyło 13). Dochody 2707 rb., deficyt 261 rb. Zorganizowano Wydział ogródków dla zabaw dzieci (frekwencya 120—140). »Kropla mleka« wydała 14.739 litrów 328 dzieciom. Wydano 3 odezwy popularne (o uchronieniu się od dżumy, cholery i duru plamistego). 3) Radom: Członków 44. Dochody 391 rb. Zorganizowano ogródki dziecięce, w projekcie budowa natrysków ludowych. 4) Kalisz: Członków 130. Dochody 5396 rb. Zbudowano kąpiele ludowe. Sekcya higieny ludu i biologiczna miały po 3 posiedzenia, wychowawcza 6. 5) Płock: Członków »kilkudziesięciu«. Czynna była prócz Zarządu tylko sekcya higieny miejskiej, odbywająca co 2 tygodnie posiedzenia w sprawie usunięcia braków sanitarnych. Delegaci Oddziału zbadali dokładnie stan piekarń w mieście. Zorganizowano bezpłatne szczepienie krowianką. 6) Łódź: Członków 198. Urządzono wystawę przeciwalkoholiczną z ogromnem powodzeniem i kilkadziesiąt odczytów popularnych dla zwalczania alkoholizmu. Na utworzenie sekcyi »Upiększenia miasta« nie pozwoliły władze. Wydano 3 broszury popularne (rozdane 10.000 robotnikom). Dochody 886 rb. 7) Oddział kujawski: Członków 33, dochody 657 rb. Główna działalność: ogródek zabaw dziecięcych (średnia frekwencya 75).

Z warszawskich instytucyi higienicznych, zarządzanych przez Towarzystwo, najzasobniejszą i najszerzej działającą są ogrody im. Raua, których działalność jest w sprawozdaniu Towarzystwa bardzo starannie przedstawiona. Ogrodów było czynnych 8. Odpowiednio liczny, fachowo wykształcony i doskonale już wprawny personal przodowników i nauczycieli prowadził rozmaite rodzaje zabaw ruchowych, gimnastykę, śpiew, pływanie, ślizgawkę, zawody; prócz tego odbywały się szczepienie krowianki i kąpiele zimne i ciepłe. Ogółem było w r. 1910 »uczęszczań« 704.181 (mniej o 260.899, niż w r. 1909), koszt jednego wynosił 2·37 kop. (w r. 1909 tylko 1·9 kop.). Zmniejszenie się frekwencyi, a zwiększenie kosztu było skutkiem: większej liczby dni niepogodnych, zupełnem skasowaniem jednego ogrodu (bez możności otwarcia nowego) i czasowem zamknięciem drugiego z powodu płonicy. Ogólny koszt ogrodów w r. 1910 wynosił 16.732·17 rb.; majątek fundacyi wynosi 326.339·56 rb.

Instytut higieny dziecięcej im. Lenvala, walczący od r. 1905 z rosnącym niedoborem, znalazł się nareszcie w r. z. w lepszem położeniu, a to dzięki kilku uzyskanym subwencyom i rozbudzeniu ofiarności publicznej. Toteż przy dochodzie 13.865 rb. pozostała w tym roku nadwyżka 2.064 rb. Stan majątkowy fundacyi wynosi 102.059 rb. W instytucie pracowało w dziale higieniczno-leczniczym 12 osób (11 lekarzy), w administracyjnym 13, prócz tego 23 pań-opiekunek. Instytut wydał 29.553 kąpieli (wraz z kubkiem mleka i chlebem), zaszczepił 1454 dzieci, udzielił porad dentystycznych 1220, innych porad leczniczych 6962, lekarstw bezpłatnie 5931, buteleczek mleka pasteryzowanego 89851. Instytutem kierował Dr Z. Paderewski.

Znacznem poparciem ofiarodawców cieszyło się Sanatoryum w Rudce, które z tego źródła zyskało w r. 1910 50000·62 rb. (w tem drobnych ofiar tylko 1.713·62 rb.), czem przynajmniej częściowo zdołano spłacić ciążące na Zakładzie długi i przeprowadzić najkonieczniejsze ulepszenia (filtry biologiczne, chłodnię, leżalnię letnią). Długi jeszcze pozostałe wynoszą przeszło 26.000 rb., a na budowę drugiego skrzydła, która okazuje się konieczną i nader pilną, potrzeba jeszcze najmniej 60.000 rb. Ze sprawozdania lekarskiego, które opracował dyrektor Dr Gałecki, przytoczymy następujące najważniejsze cyfry: Przyjęto do sanatoryum w r. 1910 183 chorych. Dni leczenia było 23.356., koszt jednego dnia — 2·14 rb. Średni czas leczenia jednego chorego — 170 dni. Najwięcej było chorych w wieku od 40 do 30 lat; z sanatoryum korzystała przeważnie niezamożna inteligencya, a więc ta sfera, dla której ono było przeznaczone. Niestosunkowo wielu przyjętych chorych było w III okresie (według podziału Turbana), bo aż 67; w II okresie — 54, w I — 60. Wina tej przewagi chorych nieuleczalnych spada na lekarzy, którzy ciągle jeszcze kierują do sanatoryum tak nieodpowiednie przypadki. Wyniki leczenia (obliczone co do 162 chorych) były następujące: w I okresie poprawa 93%, w II — 85%, w III — 48%. Zmarło 6 osób (III okr.) Zupełną i przypuszczalnie trwałą zdolność do pracy osiągnęło 44 chorych, na pewien czas 64; niezdolnymi do pracy pozostało 54. C.

Liga przeciwgruźlicza w Łodzi ogłosiła swe I sprawozdanie. Działalność jej w pierwszym roku istnienia polegała na założeniu »Opieki przeciwgruźliczej im. Dr R. Jonschera«, oraz muzeum przeciwgruźliczego (niezupełnie jeszcze skompletowanego). Starania o zebranie funduszu na budowę sanatoryum nie dały dotąd poważniejszych wyników (zebrano dotąd 5.700 rb.) »Opieka przeciwgruźlicza« utrzymywała »Przychodnię« (dyspensatoryum), w której pracuje obecnie 2 lekarzy i 2 dozorczynie. W ciągu 3 kwartałów udzielono w przychodni 1213 porad; zapisało się chorych 332, z których pod dłuższą opieką pozostawało 232, prawie wyłącznie z klasy robotniczej. Dokładnie opracowane sprawozdanie daje jasny obraz sposobu działania »Przychodni«, który może służyć za wzór dla podobnych instytucyi u nas. Bardzo ważną stroną działalności »Przychodni« łódzkiej była kontrola mieszkań, wykonywana przez dozorczynie (które odbyły razem 839 wizyt), przyczem okazało się, że z 217 chorych, pozostających pod opieką »Przychodni«, wykonywało przepisy dość ściśle 122, niezawsze 71, a wcale nie 24, — było zaś zawsze czystych 143, niezawsze 38, a brudnych 36.

Ciekawe też są spostrzeżenia co do czystości mieszkań; na 265 mieszkań było czystych 225, niezawsze 24, brudnych 56. Jestto stosunek bądźcobądź nienajgorszy, zważywszy, że w tych mieszkaniach mieściło się 1391 osób, t. j. po 5·3 na izbę. Zresztą w miarę dłuższej działalności »Przychodni« musi się stosu-

nek czystości mieszkań polepszyć. Godzi się tu przytoczyć jeszcze jedną liczbę statystyczną, ilustrującą doniosłość dobrze prowadzonych »przychodni«, jako instytucyi, wychowujących chorych w kierunku profilaktycznym; oto tej małej garstce chorych gruźliczych, którymi »przychodnia« się opiekowała, odpowiadało nie mniej, niż 1304 zdrowych osób z ich otoczenia, narażonych przeto na możliwość zakażenia się gruźlicą. Najbiedniejszym chorym dostarcza »Opieka przeciwgruźlicza« łóżek, spluwaczek, szczotek do rąk i zębów, płynu odkażającego, kefiru (6466 butelek), mleka (1667 kwart), masła, oleju ługowego, tranu, soli do kąpieli dla dzieci zołzowatych.

Liga przeciwgruźlicza łódzka liczyła 158 członków, a w funduszu obrotowym miała saldo 2.742 rb. Jestto na miasto tak ludne, a tak zagruźliczone, jak Łódź (śmiertelność z gruźlicy wynosi w Łodzi na 100.000 mieszkańców 389, w Wiedniu 289, w Warszawie 231, w Moskwie 222, w Londynie 147), bardzo mało i niewesoło świadczy o społeczno-higienicznych instynktach ogółu mieszkańców tego miasta. C.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 9. IV. do 15. IV. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † 1 (w tem obcych 4 † 1), krztuśca 4, ospy wietrznej 1, płonicy 17 † 2 (5 † 1), odry 4 † — (1 † —), duru brzusznego 1 † 2 (— † 1), róży 1 † 1 (1 † 1), wodowstrętu 5. Dr Janiszewski.

XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Dotychczas zgłoszono następujące tematy i wykłady:

I. W sekcyi medycyny teoretycznej:

Temat główny: (na posiedzeniu wspólnem z sekcyą medycyny wewnętrznej): »Arytmia sercowa«. Referenci: Prof. Ciechanowski (Kraków) (Pęczek przedsionkowo-komorowy i stosunek jego do patologii serca«), Doc. Janowski (Warszawa), Doc. Franke (Lwów), Doc. Latkowski (Kraków).

Wykłady: 1) E. Pożerski (Paryż): O błyskawicznem trawieniu białka.

2) Ryszard Hertz i Stanisław Mutermilch (Warszawa): Badania nad zawartością dopełniacza w normalnych i patologicznych cieczach ustroju.

3) Jan Sosnowski (Warszawa): Geneza zjawisk elektrotonicznych.

4) Tenże: Studya nad wrażliwością.

5) Tenże: Przyczynek do znajomości oddychania tkankowego.

6) Doc. K. Noiszewski (Dźwińsk): O zachwianiu równowagi pomiędzy ciśnieniem w czaszce i gałce ocznej.

7) Prof. L. K. Gliński (Kraków): O przysadce mózgowej.

8) Gustaw Nowotny (Kraków): O wpływie ciąży i karmienia na rozwój raka szczepionego u białych myszy.

Prof. Dr Browicz, przewodniczący komitetu sekcyi.
Prof. Dr Ciechanowski, sekretarz.

II. W sekcyi medycyny wewnętrznej zgłoszono dotąd następujące tematy:

1) O arytmii sercowej (na posiedzeniu wspólnem z sekcyą medycyny teoretycznej). Referenci: Prof. Ciechanowski (Kraków), Doc. Janowski (Warszawa), Doc. Franke (Lwów), Doc. Latkowski (Kraków).

2) Znaczenie i wartość odczynu Wassermanna ze szczególnem uwzględnieniem wskazań leczniczych. Ref. Malinowski Feliks (Warszawa), Wojciechowski (Warszawa).

3) O zaburzeniach odżywiania u niemowląt. Ref. Prof. Raczyński (Lwów).

4) O stosunku skazy wysiękowej względnie limfatyzmu do zołzów i gruźlicy. Ref. Brudziński (Warszawa), Progulski (Lwów).

5) Leczenie kiły przetworami arsenu. Ref. Jan Lenartowicz (Lwów), Prof. Krzyształowicz (Kraków).

6) O nerwicach (rozróżnienie i istota poszczególnych postaci: histeryi, neurastenii, psychastenii, nerwicy lękowej, wzruszeniowej i urazowej). Ref. Jaroszyński (War-szawa).

7) Rentgeno- i radioterapia w chorobach skórnych. Ref. Karwowski (Poznań), Kozerski (Warszawa), Sterling Wacław (Warszawa).

8) Współczesne poglądy na dnę i cierpienia t. zw. artrytyczne; ich patogeneza, symptomatologia i leczenie. Ref. Landau Anast. (Warszawa), Halpern (Warszawa).

9) Leczenie wrzodu żołądka. Ref. Rajchman (Warszawa).

10) Najnowsze poglądy na znaczenie fermentów w mleku w stosunku do żywienia niemowląt. Ref. Daszkiewicz (Warszawa).

11) Dotychczasowe wyniki leczenia wiewióra szczepionką. Ref. Doc. Sowiński (Petersburg).

12) Cylindrurya, a leczenie rtęcią. Ref. Prof. Reiss (Kraków).

13) O nabłoniakach. Ref. Prof. Krzyształowicz (Kraków).

14) K. Dłuski i Stefan Rudzki: Znaczenie próby tuberkulinowej Moro na mocy własnych doświadczeń w Sanatoryum Zakopiańskiem.

15) K. Dłuski: Uwagi o ciepłocie u kobiet gruźliczych podczas miesiączkowania.

16) St. Rudzki: O krwioplucach w klimacie wysokogórskim.

17) Seweryn Sterling (Łódź): Stosunek dychawicy oskrzelowej (asthma bronchiale) do gruźlicy płuc.

18) Bujak (klin. pedyatr., Kraków): O rozpoznawaniu zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych.

19) Dadej (klin. pedyatr., Kraków): O stosowaniu równoczesnem tuberkuliny ludzkiej i perliczej przy próbach rozpoznawczych na gruźlicę.

20) Doc. Kaz. Orzechowski (Lwów): O zaburzeniach nerwowych narządu błędnikowego.

21) Teod. Łapiński (Warszawa): Zboczenia psychiczne w dziedzinie t. zw. »normy«.

22) Jekels (Bystra): Z dziedziny psychoanalizy.

23) Orzechowski, Kozłowski, Meisels (Lwów): Badania zachowania się narządów wegetatywnych w padaczce.

24) Orzechowski, Begleiter, Meisels (Lwów). Badania zachowania się narządów wegetatywnych przy guzach mózgu.

25) Kozłowski i Orzechowski (Lwów): Przemiana azotowa w padaczce.

26) Orzechowski i Nowicki (Lwów): Stwardnienie guzowate i choroba Recklinghausena jako jednostki chorobowe anatomicznie pokrewne.

27) Orzechowski (Lwów): Przypadek glejaka przysadki.

28) Stan. Schuman (Kowanówko pod Poznaniem): O postaci psychozy maniakalno-depresyjnej z prześladowczym systemem obłędu.

29) St. Schuman (Kowanówko): O postaci psychozy maniakalno-depresyjnej z mieszanymi stanami, z błyskawicznemi zmianami nastroju oraz ich przeciwieństwem równoczesnem.

30) Józef Kostrzewski (klin. lek. U. J., Kraków): Serodyagnostyka raka. Odczyn Freund-Kaminera.

31) Jan Nowaczyński (klin. lek. U. J., Kraków): Odczyn Calmettea z jadem kobry (okularnika) oraz jego wartość rozpoznawcza dla gruźlicy na podstawie własnych badań.

Prof. Dr Reiss, przew. komitetu sekcyi med. wewn.
Doc. Dr Latkowski, sekretarz.

Wiadomości bieżące.

Kraków. »Towarzystwo ku wspieraniu ubogiej chorej uczącej się młodzieży żydowskiej«, utrzymujące sanatoryum przeciwgruźlicze w Szczawnicy, ogłosiło sprawozdanie swoje za r. 1910. W sanatoryum leczono (w sezonie letnim) 27 chorych. Dni leczenia było razem 1196. Poprawę bezwzględną uzyskano u 5, względną u 20 chorych. Koszt utrzymania zakładu wynosił 4712 kor. Towarzystwo zamknęło rachunki funduszu obrotowego kwotą 7215 k., funduszu żelaznego 876 k., funduszu budowy domu na sanatoryum 3264 k. Pomyślny swój dotychczasowy rozwój zawdzięcza sanatoryum w pierwszym rzędzie Zarządowi Towarzystwa, na którego czele stoi Dr Jan Landau sen., oraz z wielkiem poświęceniem pracującemu lekarzowi Zakładu Dr Hammerschlagowi.

Warszawa. Ukazał się I zeszyt III tomu »Przeglądu pedyatrycznego«, przeniesionego w r. b. z Krakowa do Warszawy, gdzie wychodzi jako jedno z wydawnictw »Gazety lekarskiej«, a pod redakcyą Dr Andersa i Brudzińskiego. Ze słową wstępnego do tego tomu dowiadujemy się, że »Przegląd pedyatryczny« wychodzić będzie nadal przy poparciu już tylko warszawskiego i łódzkiego grona wydawców-pedyatrów. Brak udziału pedyatrów z innych zaborow nie wpłynie zapewne na materyalną stronę wydawnictwa, z innych jednakże względów jest on naszem zdaniem zjawiskiem niepożądanem.

— Z okazyi 25-letniego jubileuszu istnienia łódzkiego Tow. lekarskiego, trzech członków założycieli tego Towarzystwa, Dra Józefa Kolińskiego, Maksymiliana Cohna i M. Runda, wybrano na członków honorowych.

Mianowani: Prof. Orsner z Insbruka dyrektorem III kliniki chor. wewn., a Prof. Chvostek dyrektorem nowej IV takiejże kliniki w Wiedniu.

Zmarli: otyatra Prof. Cozzolino w Neapolu, fizyolog Bowditch w Bostonie;

Dr Aleksander Trzeciak, warszawianin, były lekarz wojskowy, w 75 r. ż. w Lipsku.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 26. kwietnia 1911 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) F. Eisenberg: O roznosicielach zarazków. 2) Nowaczyński: Odczyn Calmetta z jadem kobry w surowicy ludzkiej, a wartość jego rozpoznawcza u gruźliczych. 3) Kostrzewski: Odczyn Freund-Kaminera (Serodyagnostyka raka).

Rok L. Kraków, dnia 29. kwietnia 1911. Nr. 17.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Śmierć w uśpieniu zapomocą bromku etylu.

Podał

Prof. L. Wachholz.

Dnia 15. lipca 1910 wezwano Dra F. zajmującego się praktyką chirurgiczną do chorej E. B. celem zaradzenia bolowi zęba, z powodu którego kilka nocy miała już nie spać i być bardzo rozdrażnioną. Dr F., którego z rodziną B. łączył od kilku lat stosunek dobrej znajomości, przybywszy z narzędziami do chorej, i stwierdziwszy ropień około ostatniego lewego dolnego zęba trzonowego, oświadczył się za koniecznością jego wyjęcia, zwłaszcza, że ząb ten był już plombowany i już kilkakrotnie miał boleć. Chora nie zgodziła się na wyjęcie zęba bez uśpienia, twierdząc, że zabieg ten przypłaciłaby śmiercią. Dr F. zgodził się na uśpienie, poczem chora udała się do mieszkania ordynacyjnego Dra F. Tutaj polecił jej Dr F. rozluźnić ubranie, i położyć się na stole, poczem po zbadaniu jej serca poddał ją uśpieniu zapomocą bromku etylu przy udziale asystenta, studenta V. roku medycyny. Uśpienia dokonano przy pomocy maski zwykłej metodą Hoffmanna i Wizla, przyczem zużyto zdaniem Dra F. około 12 gr. bromku etylu. W czasie dokonania ekstrakcyi, o tyle trudnej, że ząb tkwił silnie, poruszyła się chora kilka razy, a po ekstrakcyi zaraz silnie zbladła, przestała oddychać i tętno stało się niemacalne. Natychmiast zastosowana energiczna czynność ratunkowa, trwająca przy udziale w chwilę potem wezwanych telefonicznie dwóch lekarzy około godziny, pozostała bezskuteczną. Dodatkowo zeznał w późniejszem śledztwie sądowem Dr F., że badał ząb chorej B. i stwierdził w nim próchnienie, nadto zapalenie okostnej z obrzękiem części miękkich szczęki, choć bez ropnia, oraz, że chora mu podała, iż już kilkakrotnie przebyła zapalenie okostnej tego zęba. Dodać należy, że Dr F. podjął się dokonać zabiegu bez wynagrodzenia.

Wskutek własnego przez Dra F. uczynionego i urzędowego doniesienia o śmierci E. B. zarządziła c. k. Prokuratorya Państwa ścisłe dochodzenia, a więc przedewszystkiem sekcyę zwłok.

Sekcya, dokonana w zakładzie medycyny sądowej 18. lipca (Prof. Horoszkiewicz i Dr Łobaczewski) wykazała:

Zewnętrznie: Zwłoki kobiety dobrze zbudowanej i odżywionej; 153 cm. długie, plamy pośmiertne rozległe i wyraźne. Stężenie w dolnych kończynach utrzymane, spojówki blade, otwory naturalne jam ciała wolne. Na ciele następujące obrażenia: a) na szczycie barku prawego otarcie naskórka 2 cm. długie, zeschnięte, krwią niepodbiegnięte, b) poniżej obu brodawek sutkowych otarcie 8 cm. długie, 6 cm. szerokie, zeschnięte, krwią niepodbiegnięte, c) ponad 7. żebrem lewem w linii przymostkowej maleńka ranka kłuta, w głębi jej wyczuwa się woń eteru. Takie same ranki w liczbie pięciu, t. j. 3 na brzuchu, a 2 na klatce piersiowej; d) w jamie ustnej mieści się nieco krwawej treści; w miejscu ostatniego dolnego lewego zęba trzonowego otwór wypełniony drobnymi skrzepami, dziąsło w tem miejscu krwią podbiegnięte, nieco poszarpane, nie obrzękłe.

Wewnętrznie: Powłoki, sklepienie i podstawa czaszki nieuszkodzone, opony mózgu twarde i miękkie, gładkie, cienkie. W zatokach żylnych nieco krwi ciemnej, płynnej, mózg budowy i zbitości prawidłowej, w krew średnio zasobny, bez zmian i obrażeń. W jamie czaszkowej nie wyczuwa się żadnej charakterystycznej woni. Prawy płat gruczołu tarczowego dość znacznie powiększony do wielkości małej pięści, tchawica od strony prawej nieco przypłaszczona i przesunięta ku stronie lewej, otwarta »in situ« zawiera nieco krwawej treści. Jamy opłucne próżne, płuca wolne, opłucne gładkie, cienkie, z nielicznemi świeżemi wybroczynami, miąższ płuc wszędzie powietrzny, na przekroju gładki, jędrny, w krew w częściach tylnych zasobniejszy, wydzielający przy ucisku ciecz pienistą, jasną. W oskrzelach mieści się nieco śluzu, błona śluzowa ich nastrzykana. Naczynia płucne bez zmian. Worek osierdziowy zawiera kilka kropli jasnego płynu, osierdzie i nasierdzie gładkie, cienkie. Serce w wymiarze poprzecznym nieznacznie powiększone, wiotkie, zawiera w komorach krew płynną, zastawki gładkie, cienkie, wsierdzie w komorze lewej nieco zgrubiałe, mięsień serca wiotki o nieco zatartej budowie, żółtawy, tętnica główna wązka o błonie wewnętrznej gładkiej, ściany tętnic wieńcowych cienkie. Śledziona nie powiększona, wyraźnie miększa, soczystsza, wiśniowoczerwona. Wątroba i nerki prawidłowo wielkie, jędrne, silnie przekrwione o wyraźnym rysunku, pęcherz moczowy wypełniony jasnym moczem o błonie śluzowej bladej. Macica nieco powiększona, miększa o jamie wypełnionej skrzepami krwi, o przekrwionej błonie śluzowej, w jajniku lewym świeże ciałko żółte, zresztą przydatki bez zmian, »hymen« półksiężycowy, nieuszkodzony. Język, gardło, przełyk bez zmian, w żołądku nieco płynnej, krwawo podbarwionej treści, błona śluzowa jego gładka, blada. Jelita cienkie i grube zawierają treść swoistą, ich błona śluzowa blada, w pętlach nizko ułożonych opadowo przekrwiona, kościec nieuszkodzony.

W orzeczeniu tymczasowem zastrzegają sobie znawcy wydanie stanowczego orzeczenia po zbadaniu mikroskopowem mięśnia sercowego, oraz po uzyskaniu wyjaśnień śledczych co do objawów i okoliczności, wśród których śmierć nastąpiła.

Wynik badania mięśnia serca był następujący: Świeże skrawki zabarwiono sudanem III., ustalone zaś w 2% formaldehydzie, zabarwiono hematoksyliną i eozyną. Badanie mikroskopowe tak świeżych, jak i ustalonych skrawków nie wykazało żadnych zmian chorobowych, w szczególności zwyrodnień, natomiast wykazało nierównomierne, na ogół gorsze barwienie się, oraz rozklejenie włókien mięsnych. Orzeczenie brzmiało: Stwierdzone badaniem gorsze barwienie się mięśnia, oraz porozklejanie włókien łącznie z makroskopowem wejrzeniem mięśnia dowodzi, że mięsień serca denatki okazuje jedynie zmiany pośmiertne.

Na podstawie powyższego wyniku badań lekarskich, po zaznajomieniu się z treścią aktów śledczych, wydali znawcy następujące orzeczenie o przyczynie śmierci E. B.:

1) Wynik sekcyi, mikroskopowego badania mięśnia sercowego, w szczególności zaś objawy, wśród których śmierć E. B. nastąpiła, a o których szczegółowo wspominają zeznania Dra F. i jego asystenta, dowodzą, że E. B. zmarła nagle wskutek porażenia serca i oddychania.

2) Ta jej nagła śmierć nastąpiła w czasie narkozy t. zw. bromkiem etylu i była przez ten do uśpienia zastosowany środek wywołana.

3) Doświadczenie lekarskie poucza, że czasem zdarzają się przypadki nagłego zejścia śmiertelnego wśród uśpienia jednym z używanych w tym celu środków, do których należy także bromek etylu, a nagłe to zejście następuje mimo, że zmarły nie jest dotknięty żadną chorobą, któraby mogła stanowić przeciwwskazanie do uśpienia i mimo, że uśpienia dokonano w sposób wskazany nauką lekarską.

4) Uwzględniając akta śledcze, oraz wynik sekcyi, należy nagłą śmierć E. B. zaliczyć właśnie do tych przypadków śmierci wśród uśpienia, których przewidzieć i którym zapobiedz nie można, albowiem: a) E. B. nie była dotknięta żadną chorobą, któraby uśpienie czynić mogła przeciwwskazane; b) środek, jakiego do uśpienia użyto, uważany jest za właściwy, zwłaszcza przy podejmowaniu krótkich zabiegów, w szczególności przy wyjmowaniu zębów; c) środka tego użyto w formie najczystszego, bo z fabryki Mercka pochodzącego wyrobu, użyto go świeżym, nadto w ilości małej i w sposób przepisany, zachowując równocześnie wszelkie środki ostrożności; d) zabiegi, jakie podjęto w chwili, gdy dostrzeżono zaburzenie w akcyi serca i oddychania, były energiczne, nauką lekarską wskazane, nie mogły one jednak już zapobiedz śmierci«.

Pomimo orzeczenia tego, przeprowadzono jeszcze dalsze dochodzenia śledcze, a to w kierunku przedewszystkiem ilości zużytego do uśpienia bromku etylu, tem bardziej, że ilość tę określili Dr F. i jego asystent odmiennie. Nadto z licznych listów, jakimi rodzina zasypywała władze sądowe, wynikło, że Dr F. na lat trzy przed wypadkiem narkotyzował siostrę E. B. i ta wśród uśpienia »stężała« i przestała oddychać.

W celu określenia ilości użytego do uśpienia bromku etylu oddano pozostałą z krytycznej narkozy flaszeczkę z resztą bromku etylu znawcy, aptekarzowi X. Mikuckiemu, któremu zadano następujące pytania:

1) Jaka jest istotna zawartość flaszki, czy oznaczenie jej jako 50-gramowej odpowiada rzeczywistości, skoro asystent Dra F. oznacza ją jako 20, względnie 25-gramową.

2) Jaka zawartość płynu odpowiada znakowi czerwonemu (oznaczającemu zawartość flaszki w chwili zaczęcia narkozy), a jaka niebieskiemu (oznaczającemu zawartość tejże w chwili urzędowego odebrania flaszki, t. j. w chwili, gdy od zawartości pierwotnej należało odjąć ilość zużytą przy narkozie i ilość ulotnioną wskutek niezamknięcia flaszki przez dwie godziny, t. j. w czasie akcyi ratunkowej i t. d.)?

3) Jaka ilość płynu mogła się ulotnić przez dwie godziny, gdy we flaszce tkwił korek z dwuramiennym rozkraplaczem?

4) Jaka jest zdolność ulatniania się brometylu z flaszki oryginalnie zamkniętej i czy jest możliwem, aby w chwili otwarcia całkiem nowej flaszki było w niej mało co więcej nad połowę?

5) Czy rodzaj opakowania flaszki z brometylem 25 i 50-gramowej jest jednaki i czy już z opakowania nie można odróżnić jednej od drugiej?

Orzeczenie znawcy opiewało:

»ad 1. Flaszka mi doręczona, zawierająca resztki brometylu jest znaczona liczbą 30, co wskazuje, że mieści w sobie najmniej 30 cm³ wody; jeżeli jest pełną, to zawiera 50 gr. brometylu, gdyż c. g. tegoż wynosi 1·457 do 1.473.

ad 2. Ilość brometylu do znaku niebieskiego na flaszce odpowiada ciężarowi 12 gramów, zaś ilość między znakiem czerwonym a niebieskim 26 gr.

ad 3. Flaszka z bromkiem etylu o zawartości 50 gr., ważąca brutto 96·20, trzymana otwarta przez 2 godziny w ciepłocie pokojowej okazuje ubytku 0,70.

ad 4. Ponieważ w posiadaniu mojem będąca 50-gramowa flaszka z brometylem, fabryki E. Mercka, wedle sygnatury fabrycznej rok temu wypełniona mimo to jest pełna, przeto i flaszka z c. k. sądu mi doręczona, wedle sygnatury wypełniona 5. III. 1910 powinna była być również pełną, jednak nie można wykluczyć ubytku lotnej cieczy przy dłuższem a nieodpowiednem przechowaniu lub drobnej nieszczelności zamknięcia.

ad 5. Opakowanie obu flaszek jest jednakie, a różnica polega tylko na wielkości flaszki«.

W dalszym ciągu oddano znawcom dentystycznym prof. Dr Łepkowskiemu i Dr Sędzielowskiemu wzięty w przechowanie wyrwany przez Dra F. ząb E. B. do zbadania i zażądano orzeczenia na następujące pytania:

1) Czy ząb E. B., koło którego miał być ropień, był w tym stopniu zepsuty, że ze stanowiska techniki dentystycznej przedstawiałoby jego ratowanie wybitne trudności lub może byłoby niemożliwe?

2) Czy było właściwem stosowanie ogólnej narkozy zapomocą bromku etylu w ilości około 25 gr., czy w stosunku do ekstrakcyi jednego zęba ogólna narkoza nie była zanadto silnym środkiem, czy nauka lekarska pozwala w takich przypadkach zastąpić ogólną narkozę, jako mogącą, choć rzadko, sprowadzić śmierć, innymi środkami znieczulającymi, działającymi miejscowo?

3) Czy w szczególności nie należało dać w danym razie pierwszeństwa pozornej narkozie brometylowej przy użyciu znacznie mniejszej dawki, lub zastosować n. p. benesol?

4) Czy usunięcie dotkliwego bolu zęba możliwe jest bez jego wyrywania przy zastosowaniu środków miejscowo znieczulających i jakich?

Odpowiedź znawców opiewała:

»Ad 1) Dolny trzonowy ząb nie okazuje zmian, jakie

napotykamy zwykle przy ropniu, powstałym wskutek zapalenia okostnej koło szczytów korzeni. Ozębna jest gładka bez torebki ropotwórczej (membrana pyogenes), również niema na szczycie korzeni żadnego nadżarcia. Korona zęba posiada od strony dośrodkowo-językowej (mesialno-lingwalnej) jamę próchnicową wielkości grochu, obok niej w jamę wolno brzegiem sterczącą plomba amalgamowa, która z łatwością daje się usunąć. Po usunięciu części spróchniałych dostrzega się otwór, drążący do komory miąższu zębowego mniej więcej na wysokości szyi zęba. Po rozcięciu zęba wzdłuż jego kanałów, widzi się w obu kanałach dobrze utrzymaną nić miąższu (pulpa). Ten szczegół doprowadza nas do wniosku, że bole tego zęba były wywołane nie zapaleniem okostnej, któreby mogło było wywołać ropień, lecz zapaleniem miąższu (pulpitis), za czem przemawia pośrednio także protokół sekcyi zwłok, nie wspominający ani o obrzmieniu szczęki, ani o obrzęku twarzy. Mimo to jest wyjęcie zęba w takim przypadku usprawiedliwione, gdyż zęby takie wyjmuje się na życzenie pacyenta po zwróceniu mu uwagi, iż ząb się da uratować, raz dlatego, że chorzy często nie znoszą plombowania i przedkładają nad nie wyjęcie zęba, a powtóre, że ząb ostatni trzonowy bywa do żucia zwykle zbyteczny. Ratowanie go i upieranie się przy jego utrzymaniu jest w pewnych przypadkach bezpodstawne.

ad 2) Do wyjęcia zębów posługujemy się środkami miejscowo znieczulającymi. Środki te nie są niewinne, mogą mimo oględnego zastosowania sprowadzić zatrucie, po kokainie n. p. czasem śmiertelne. Narkozę ogólną stosuje się albo na wyraźne życzenie chorego, lub tam, gdzie przewidujemy ciężkie wyjęcie, lub gdzie mamy szereg zębów do wyjęcia. Z środków ogólnie znieczulających używa się chloroformu, często z eterem, gazu rozweselającego, często w kombinacyi z 5 gr. bromku etylu (metoda dziś szczególnie w Anglii używana), bromku etylu i pentalu. Wybór jednego z nich zależy od lekarza, a każdy z tych środków ma swą statystykę, w której notowane są przypadki śmierci. Bromek etylu sam, zwłaszcza w ostatnich czasach, nie bywa tak bardzo często stosowany. Według metody Witzla nalewa się na maskę Essmarcha, szczelnie zamykaną, najpierw kilka kropli bromku etylu, a potem naraz dawkę 15—20 gr., poczem nagle prawie bez okresu podniecenia, nastaje głęboka narkoza. Trwanie jej winno się ograniczyć najdłużej do 3 minut. Jeśli się narkotyzuje zapomocą zwykłej maski lub serwetki, to określenie zużytej dawki nie może być dokładne, znaczna bowiem część bromku etylu ulatnia się w powietrze i na chorego nie działa.

ad 3) Zastosowanie pozornej narkozy bromkiem etylu przy użyciu nieznaczniejszej dawki bywa praktycznie czasem niemożliwe, gdyż bromek etylu działa na niektórych tak szybko, iż kilka słabych oddechów wystarczy do zupełnego uśpienia, wobec czego granica między pozorną narkozą, a prawdziwą, jest często niemożliwa do uchwycenia.

ad 4) Usunięcie bolu zęba bez jego wyjęcia, jest tam możliwe, gdzie sprawa chorobowa ogranicza się do miąższu zęba, a to zapomocą pasty arszenikowej«.

Orzeczenie powyższe przedstawiono Drowi F. do oświadczenia się, poczem zeznał on, że w istocie nie stwierdził u E. B. ropnia, lecz tylko zwykłe zapalenie okostnej koło zęba.

Dodatkowo zwrócił się jeszcze sąd śledczy do starostwa i do ministerstwa spraw wewnętrznych z zapytaniem, czy oprócz dekretu kancel. nadwor. z 10. X. 1847, l. 34.830, oraz reskryptu min. spraw wewn. z 6. XII. 1850, L. 466, istnieją dalsze rozporządzenia co do stosowania środków narkotycznych w celach leczniczych, w szczególności, czy istnieje przepis, nakazujący przedsiębranie narkozy w obecności dwóch lekarzy. Obie zapytywane władze odpowiedziały zgodnie, że żadnych nowszych przepisów w tej mierze niema, w szczególności, że niema przepisu, któryby wymagał obecności dwóch lekarzy przy narkozie. Ministerstwo spraw wewn. wydało tylko przy sposobności przypadku śmierci w narkozie w pewnym szpitalu dokonanej mimo obecności kilku pomocniczych lekarzy przez nie lekarza zarządzenie, że współdziałanie w narkozie należy wyłącznie przekazać lekarzom.

Wreszcie zażądał sędzia śledczy dodatkowego orzeczenia od znawców sądowych (obducentów) na pytanie: »Czy dawkę bromku etylu, zużytą przy narkozie E. B., dającą się wedle obliczeń znawcy aptekarza i późniejszych zeznań asystenta Dra F. określić na conajmniej 25 gr., a możliwie i na 30 kilka gr. uważają za odpowiedną?«

Odpowiedź opiewała: »Za dawkę bromku etylu, potrzebną do wywołania uśpienia uważa się 15—30 gr. Wobec tego nie można uważać za nieodpowiedną ilość bromku etylu, jakiej użyto do uśpienia E. B., chociażby nawet ilość ta dochodziła do wysokości trzydziestu kilku gramów«.

Wskutek wniosku Prokuratoryi państwa zwrócił się sąd do Wydziału lek. z następującymi pytaniami:

1) Czy w danym przypadku użycie narkozy ogólnej, a nie miejscowej jest błędem takim, z którego widoczna jest nieumiejętność lekarza?

2) Czy wykonanie tej narkozy przy pomocy słuchacza medycyny, a nie lekarza, jest takim błędem, z którego widoczna jest nieumiejętność lekarza?

3) Czy między błędem pod 1) lub 2) opisanym, a śmiercią E. B. zachodzi przyczynowy związek?

4) Czy Dr F. wśród badania, narkozy, zabiegu operacyjnego i akcyi ratunkowej popełnił wogóle jaki błąd inny, niż pod 1) i 2) objęty, z którego jest widoczna jego nieumiejętność?

5) W razie twierdzącym, czy zachodzi związek przyczynowy między tym błędem, a śmiercią E. B.?

6) Jaka była przyczyna śmierci E. B.

Orzeczenie Wydziału lek. opiewało:

Ad 1) Zastosowanie narkozy ogólnej zapomocą bromku etylu w celu wykonania ekstrakcyi zęba, a nie zastosowanie miejscowego znieczulenia nie stanowi żadnego błędu, z któregoby była widoczną nieumiejętność lekarza.

Ad 2) Podjęcie takiej ogólnej narkozy przez lekarza przy pomocy studenta medycyny nie stanowi również takiego błędu ze stanowiska nauki lekarskiej, z któregoby widniała nieumiejętność lekarza.

ad 4) Dr F. nie popełnił wśród badania przed narkozą, wśród narkozy, zabiegu operacyjnego i akcyi ratunkowej żadnego błędu, z którego byłaby widoczna jego nieumiejętność.

ad 6) Przyczyną śmierci E. B. stało się porażenie serca wywołane narkozą zapomocą bromku etylu, a wyniku takiego narkozy nie dało się przewidzieć, zwłaszcza, że ani badaniem za życia denatki, ani sekcyą nie stwierdzono wad organicznych serca, któreby stanowiły przeciwwskazanie dla narkozy. Tak zwanej zaś idiosynkrazyi do bromku etylu, jaka w danym przypadku u E. B. istniała, nie da się nigdy przed zastosowaniem środka stwierdzić.

Przypadek powyższy podaję dlatego do ogólnej wiadomości, ponieważ przedstawia się on jako jeden z nielicznych, dzięki drobiazgowo szczegółowemu śledztwu sądowemu, bardzo dokładnie zbadanych przypadków śmierci wśród uśpienia brometylowego.

Bromek etylu, jakkolwiek wytworzony poraz pierwszy przed chloroformem, polecony został do usypiania przez Nunnely'go w rok po odkryciu własności znieczulających chloroformu. Ponieważ zaraz w początkach jego zastosowania zaszły przypadki śmierci, przeto popadł w zapomnienie. Niekorzystne zdania i nieliczne przypadki śmierci z tych czasów odnosi nie bez słuszności Roth (1) do niedokładnego wyrobu środka i do pomyłek w zastosowaniu niebezpiecznego bromku etylenu zamiast bromku etylu. W ostatnich dwóch dziesiątkach lat poczęto bromek etylu ponownie, i to gorąco, zalecać do wywoływania uśpienia krótkotrwałego w przypadkach krótkich zabiegów chirurgicznych zwłaszcza zaś w przypadkach wyjmowania zębów. Roth potwierdza korzystne zdanie z bromku etylu Gillesa, który stosował go w 2000 przypadków bez jakichkolwiek groźnych następstw. Na 1500 uśpień brometylowych, dokonanych przez Rotha, »bez pomocy drugiego lekarza«, nie zauważył ani razu groźnych następstw jego działania. Ilość zużyta przezeń do uśpienia wynosiła 5—10 gr., a rzadko dochodziła do 20 gr. Breitbach (2) zaleca gorąco bromek etylu do uśpienia w praktyce dentystycznej i oświadcza, że na 14.211 uśpień brometylowych nie zdarzył mu się ani jeden przypadek śmierci i że, wbrew zdaniu Müllera (3) nie zna dla uśpienia tym środkiem żadnego przeciwwskazania, albowiem nawet chorzy z wadami serca doskonale je znosili. Wbrew Rothowi, który z biegiem czasu przenosi miejscowe znieczulenie nad uśpienie brometylowe, oddaje pierwszeństwo temu ostatniemu, dowodząc, że np. po kokainie bywają częste i groźne zatrucia. Nie umie określić dawki maksymalnej, oświadcza jednak, że stosował bromek etylu u niespokojnych chorych w ilości nawet 50 gr. bez żadnych następstw. Możliwe przypadki śmierci uważa Breitbach za »nieszczęśliwe wydarzenia, jakie człowieka w różny sposób nawiedzić mogą«. Podaje następnie przypadki nagłej śmierci u osób po dokonaniu zabiegów dentystycznych bez uśpienia i twierdzi, że gdyby osoby te były poprzód usypiane, laicy i znawcy sądowi odnieśliby ich śmierć do narkozy. Jeżeli przed uśpieniem brometylowem bada on serce pacyenta, to nie czyni tego z istotnej potrzeby, lecz tylko dlatego, aby uspokoić chorego i aby na wypadek nieszczęścia pozbawić znawców, którzy »zazwyczaj nie znają narkozy brometylowej«, możności zarzucenia mu błędu lekarskiego. W tych swoich wycieczkach przeciw znawcom posuwa się Breitbach za daleko, a przypadek, przezemnie powyżej ogłoszony, dowodzi niezbicie, że znawcy umieją myśleć i oceniać krytycznie przypadki nieszczęśliwe narkozy brometylowej.

Jakkolwiek uśpienie brometylowe jest niewątpliwie o wiele mniej niebezpieczne, niż uśpienie chloroformowe, przecież nawet przy zastosowaniu najczystszego bromku etylu zdarzyć się mogą i już się zdarzyły przypadki śmierci. I tak opisał Marmetschke (4) z zakładu sądowo-lekarskiego Prof. Lessera we Wrocławiu dwa przypadki śmierci z tego uśpienia

Pierwszy z nich dotyczył 36 letniego robotnika z przerostem serca lewego i I. tonem niezupełnie czystym u którego zastosowano celem zeszycia przedartego krocza uśpienie z 45 gr. bromku etylu po poprzedniem wstrzyknięciu 0·01 morfiny, w dwa tygodnie później uśpienie morfinowo-chloroformowe (15 gr.), wreszcie w niespełna dwa miesiące potem celem usunięcia przetok uśpienie z 10 cm³ bromku etylu. W chwili zakładania opatrunku przestał chory oddychać, a tętno było niewyczuwalne. Czynność ratunkowa nie odniosła skutku. Sekcya stwierdziła stare zmiany na zastawkach aorty, mierne zwężenie światła tętnic wieńcowych serca, mierne rozszerzenie serca lewego, dość znaczne zmiany przewlekłego zapalenia nerek i znamiona stanu limfatycznego (status lymphaticus). Lekarzy uwolniono od odpowiedzialności karnej, gdyż nie dał się wykazać żaden błąd techniczny. W drugim przypadku zmarła wśród uśpienia po zażyciu 12 cm³ bromku etylu 23½-letnia kobieta. Uśpienie zastosował technik dentystyczny z powodu wielkiego rozdrażnienia chorej, której miał wyjąć naraz kilka zębów. Prócz sekcyi zarządzono chemiczne badanie narządów denatki, które wykryło brom i alkohol i badanie chemiczne pozostałej reszty użytego do uśpienia bromku etylu, który się okazał odpowiadającym wymogom niemieckiego lekospisu. Tak orzeczenie obducentów, jak i orzeczenie kolegium lekarskiego odniosło przyczynę śmierci do porażenia serca, dotkniętego, jak sekcya stwierdziła, wadą zastawki dwudzielnej. Zdaniem tych orzeczeń popełnił obwiniony technik błąd, że nie zbadał przed uśpieniem serca, względnie nie wezwał do narkozy lekarza i że jako nieświadom zasad sztuki, nie udzielił chorej takiej pomocy w chwili zapadu, jakiej w tym razie udzielić należy. Technika obwinionego zasądzono za zaniedbanie na 6 miesięcy więzienia.

Partsch (5) prof. dentystyki w Wrocławiu ocenia ten drugi przypadek nieco odmiennie. Jego zdaniem wyjęcie zębów wywołało u chorej omdlenie, które zakończyło się śmiercią, ponieważ nie dokonano sztucznego oddychania, »lege artis«, t. j. nie wydobyto języka, który opadł ku tyłowi, zatykając wejście do krtani. W dalszym ciągu opisuje Marmetschke przypadek śmierci 27-letniej kobiety w dwie doby po uśpieniu wrzekomo brometylowem, podjętem w celu wyjęcia kilku zębów. Badanie chemiczne wykazało zamiast bromku etylu bromek etylenu, wydany przez pomyłkę przez aptekarza zamiast zapisanego wyraźnie bromku etylu. Objawy i obraz sekcyjny przypominały objawy i zmiany anatomiczne po otruciu fosforem. Pomocnik aptekarza został zasądzony. W końcu podnosi Marmetschke, że nawet wyższe dawki, niż 70 gr. bromku etylu, użyte do uśpienia u dorosłych, nie wywoływały groźnych następstw.

Uwzględniając tedy tak całość przebiegu opisanego na wstępie przypadku, jak i dane z dotychczasowego doświadczenia i odnośnego piśmiennictwa, nie można było żadną miarą dopatrzeć się w całem postępowaniu Dra F. jakiegokolwiek błędu lub zaniedbania, a jedynie należy opisany powyżej przypadek zaliczyć do tych nielicznych wydarzeń nieszczęśliwych, na jakie ludzkość zgodzić się musi w zamian za dobrodziejstwo znieczulenia na czas zą-

biegu operacyjnego. Zarazem jednak wiemy, że w czasach, gdy środki znieczulajace nie były jeszcze znane, zdarzały się wśród zabiegów operacyjnych przypadki śmierci wskutek wstrząsu psychicznego, bolu i przestrachu. Że zaś przypadki śmierci z narkozy, względnie z użytego środka znieczulającego nie są liczne, wynika z odnośnych dat statystycznych. I tak wedle statystyki Gurlta (6) z r. 1893, przypada jeden przypadek śmierci: na 2907 uśpień czysto chloroformowych, na 4118 eterowo-chloroformowych, na 14643 czysto eterowych i na 4550 brometylowych.

Wedle mego zestawienia (7) z oddziału chirurgicznego ś. p. Prof. Obalińskiego zdarzyły się dwa przypadki śmierci wśród uśpienia chloroformowego w ciągu niespełna 21 lat tak, że jeden przypadek śmierci przypadał na 2024 uśpień. W ciągu ostatniego dziesięciolecia (1900—1910) zaszło w klinice chirurgicznej, oddziele chirurgicznym szpitala św. Łazarza i św. Ludwika (dla dzieci) ogółem 7 przypadków śmierci z działania środków znieczulających, a dodać muszę, że każdy taki przypadek śmierci podlega sekcyi sądowej tak, że wszystkie, jakieby zaszły, musiałyby być przedmiotem sekcyi w zakładzie sądowo-lekarskim dokonanej. Jeżeli się zważy bardzo znaczną ilość przypadków uśpienia, wykonanego w ciągu tych lat 10 w rzeczonych zakładach, to liczba zejść śmiertelnych okazuje się minimalną. Z liczby 7 przypadków śmierci przypadają 4 przypadki na oddział chirurgiczny szpitala św. Łazarza, 2 na klinikę, a jeden na oddział chirurgiczny szpitala dla dzieci. W 6 z nich śmierć była wywołana chloroformem, w jednym tropakokainą Przypadki te dotyczyły 5 mężczyzn w wieku lat 15, 16. 17, 20 i 28, dalej chłopca lat $2^1/_2$ i kobiety lat 32. U czterech z nich nastąpiła śmierć w początku uśpienia po zużyciu chloroformu w ilości do 10 gr., u dwóch nastąpiła śmierć w ciągu uśpienia i zabiegu operacyjnego. Wynik sekcyi był w 4 przypadkach zupełnie ujemny; w jednym prócz obustronnych zrostów opłucnych nie stwierdzono żadnych zmian, w jednym znaleziono otłuszczenie i rozszerzenie serca, w dalszym zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia serca i zwyrodnienie skrobiowate śledziony i nerek (zabieg z powodu »lymphomata colli tuberc. abscedentia«). Przypadek śmierci z tropakokainy dotyczył kobiety, u której ambulatoryjnie wyłuszczono torbiel skórną przy użyciu metodą Schleicha 15 gr. $^1/_2$% rozczynu tropakokainy (zatem czystego środka 0·075). Sekcya stwierdziła w tym przypadku typowy obraz »status thymici« (grasica mimo 32 lat wieku denatki ważyła 22 gr.) i nieznaczny wól na szyi. W żadnym z tych przypadków nie można było dowieść przewinienia lekarskiego.

Piśmiennictwo. 1) Über Bromäthernarkose. Prager med. Wochenschr. 1906, Nr 21. — 2) Die Bromäthylnarkose. Vortrag in der stomat. Abt. des XVI. internat. med. Kongr. in Budapest 1909. — 3) Narkologie. Berlin, 1908. — 4) i 5) Über tötliche Bromäthyl- u. Bromäthylenvergiftung. Vierteljschr. f. ger. med. 1910, T. 40. — 6) Flatten: Tod durch Bromäthyl. Zeitschr. f. Med.-Beamte 1897, S. 240. — 7) Przegl. lek. 1891 i w Langenbecks Archiv. Bd. XLIII. Z. 2.

Z kliniki chirurgicznej Radcy dworu Prof. L. Rydygiera we Lwowie.

O leczeniu słoniowaciny sposobem Handleya.

Podał

A. Rydygier (jun.).

Z pewnem niedowierzaniem czytaliśmy pracę W. S. Handleya, chcącego przywrócić normalne krążenie limfy i wytworzyć niejako na nowo naczynia limfatyczne przez wprowadzenie pod skórę pasm nici jedwabnych; jednakże wobec zachwalania tejże metody przez Drauta na 38. Zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie, postanowiliśmy wypróbować ten sposób na lwowskiej klinice, a wyniki okazały się o tyle zadowalniające, że pragniemy podać je do szerszej wiadomości i zachęcić kolegów do dalszych prób w tym kierunku.

Metoda Handleya tembardziej zasługuje na uwagę, że inne sposoby leczenia słoniowaciny prawie żadnych nie dają wyników. Trzymając się ściśle opisanej przez Handleya metody, dokonaliśmy w dwóch przypadkach słoniowaciny operacyi w następujący sposób: Z małego nacięcia skóry wzdłuż więzadła Pouparta podprowadziliśmy zapomocą ostrej, mocnej sondy z uszkiem osiem nitek jedwabnych pod skórę w ten sposób, że jeden ich koniec zapuszczono w tłuszcz przedotrzewny ponad więzadłem Pouparta, same zaś nitki prowadzono pod skórą w kierunku ku stopie na przedniej powierzchni uda tak daleko, jak długą była sonda (35 cm), przyczem wszystkie nitki leżały obok siebie. W tej odległości nacięto skórę i z tego drugiego nacięcia podprowadzono nitki w dalszym ciągu pod skórą dalej w kierunku odśrodkowym z tą różnicą, że nitki podzielono na dwie wiązki po cztery nitki w każdej i jedną wiązkę skierowano więcej na wewnątrz, drugą więcej na zewnątrz uda. W dalszym odstępie 35 cm z dwóch nowych nacięć, prowadzono, tym razem w czterech kierunkach po dwie nitki i tak dalej, aż tym sposobem na goleni każdą z ośmiu nitek osobno pod skórą przeprowadzono, tak, że w równych odstępach na jego obwodzie ku dołowi przebiegały i na wysokości kostek się kończyły. Ranki w skórze, które nam służyły do podprowadzania sondą nitek jedwabnych, zaszyto katgutem.

Pierwszy przypadek tyczył się 47-letniego chorego, u którego słoniowacina miała powstać wskutek urazu (przejechanie wozu przez golenie) przed laty dwoma. Obie kończyny dolne przedstawiają typowy obraz słoniowaciny, prawa w wyższym, lewa w mniejszym stopniu. Obwód ich wynosił:

Przed operacyą:

	po stronie prawej:	po stronie lewej:
udo	56	45·5
pod kolanem	50·5	36
w łydce	44	38
w stopie	62	57·5

Po operacyi:

	po stronie prawej:	po stronie lewej:
udo	54	41·5
pod kolanem	47	38
w łydce	36·5	34
w stopie	51	34

widzimy więc z tego, że wymiary obwodu kończyn zmniejszyły się o:

	kończyna prawa	kończyna lewa
udo	2 cm	4 cm
pod kolanem	7 »	3·5 »
w łydce	7·5 »	4 »
w stopie	11 »	23·5 »

Po operacyi obwód obu kończyn stale się zmniejsza, tak że już w pierwszych dwóch dniach zauważyć można znaczną różnicę. W dalszych dziesięciu dniach zmniejszenie to postępuje stale, lecz wolniej. Gdy chory po dwóch tygodniach opuszczał klinikę z rankami doraźnie zrosłemi, wymiary kończyn wynosiły, jak wyżej podaliśmy.

Drugi przypadek tyczył się 20-letniej chorej, mającej od dzieciństwa przetoki gruźlicze na śródstopiu i w okolicy główki kości strzałkowej nogi prawej, a która od lat trzech zauważyła stale powiększający się obrzęk goleni, a więcej jeszcze stopy prawej. Dokonano zabiegu Handleya powyżej opisanym sposobem, oraz wyskrobano przetoki, lecz wyniku dodatniego nie zauważono, obwód kończyny pozostał niezmieniony. Tłómaczyliśmy to sobie tem, że w przypadku tym chodziło o słoniowacinę na tle zapalnem, że przetoki mimo ich wyskrobania nie zagoiły się i dalej podtrzymywały ten stan, tem trudniejszy do usunięcia z powodu twardych niepodatnych fałdów skóry i nacieków zapalnych, w niej porozrzucanych.

Niemniej wobec wyników u pierwszego chorego zastosujemy ten niewinny zresztą sposób w leczeniu następnych przypadków słoniowaciny, poprostu dla braku lepszej metody.

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiell. w Krakowie.
Dyrektor: Prof. Dr W. Jaworski.

Leczenie głodem.

Podał

Dr W. Skórczewski.

(Dokończenie).

W pierwszym rzędzie zająć się tutaj muszę zestawieniem podanej i wydalonej wody, która okazuje bardzo charakterystyczną i niejako dla leczenia głodem swoistą zmianę. Ilość wody, podanej w trzech naszych okresach, była prawie jednakowa; 2200, 2050, 2250, są to przeciętne dzienne z poszczególnych okresów. Natomiast wydalanie wody moczem było w okresie pierwszym i trzecim znacznie mniejsze, niż w okresie drugim. Gdy w trzecim, czwartym i piątym dniu pierwszego okresu ilość moczu jest prawie stałą 640 cm³, to średnia drugiego okresu wynosi aż 1800 cm³, a więc prawie trzy razy więcej. Trzy pierwsze dni po głodzeniu dają ilości moczu najmniejsze, średnio około 380 cm³, zwiększając się do normy pierwszego okresu wraz z zatrzymaniem podawanych soli.

Zastanawiając się nad wodą wydalaną z kałem, znajdziemy stosunek odwrotny; kał przez 5 dni głodzenia nie wydala się zupełnie, jedynie traci wodę, która zostaje wessana; ilość dzienna wody pierwszego i trzeciego okresu, w ten sposób otrzymana, waha między 200—400 cm³.

Bilans wody przedstawia się następująco. Jeżeli przyjmiemy, choćby niezbyt słusznie, że tak w okresie pierwszym, jak i w następnych, strata wody przez skórę i drogą oddychania była jednakowa, co prawdopodobnie w okresie drugim będzie szacunkiem zbyt wysokim i ocenimy ją na 935 gramów na dobę, w okresie pierwszym i trzecim uwzględniając wodę, powstałą z procesów utlenienia w ustroju na 360 cm³ dziennie odpowiednio do 3000 kaloryi dziennego pożywienia, wówczas zestawienie bilansu wody da następujące wyniki. W okresie drugim ilość wody oksydacyjnej jest znacznie mniejsza; gdyby ją określić średnio na 100 cm³ dziennie, otrzymalibyśmy w okresie pierwszym przyswojenie około 700 gr dziennie, w okresie drugim wydalanie około 600 gr dziennie, a w okresie trzecim dwa pierwsze dni zatrzymanie po litrze wody, trzeci dzień 800 cm³, czwarty 600 cm³, piąty 500 cm. Porównawszy drugi i trzeci okres z wagą chorego, otrzymamy stratę w drugim okresie, wynoszącą 4 klgr (z 62 klgr na 58 klgr), gdy ilość wody wydalonej wynosiła tylko 3000 cm³. W okresie trzecim przyswajanie wody dochodzi do 4000 cm³, ciężar ciała podnosi się o $3^1/_2$ klgr. Stosunki te byłyby w okresach tych dość zgodne. Natomiast w okresie pierwszym nie mogę w inny sposób wytłomaczyć sobie niezgodności bilansu, wobec utrzymującego się na równi ciężaru ciała, jak tylko znacznie większą stratą drogą przeziewu (perspiracyi), co wobec wielkiego niepokoju chorego i jego ruchliwości (w następujących okresach leżał chory spokojnie w łóżku) jest prawdopodobne. Strata ta przez pięć dni musiałaby wynosić 3500 cm³.

Przechodzimy następnie do wydalanych soli, a więc w pierwszym rzędzie omówimy najważniejszą w przemianie materyi sprawę soli kuchennej, oznaczanej jako chlor w moczu i stolcu metodą Mohra. Ilość soli wydalanej moczem wynosiła dziennie w pierwszym okresie 5—6 gr; w stolcu ilość dzienna przenosiła 1 gr. Już w drugim dniu głodzenia ilość wydalonej soli zmniejsza się niżej 4 gr, w trzecim do 2 gr, a w piątym nie dochodzi 1 gr. Stolec, przez te 5 dni oddany, zawiera zaledwie ćwierć grama soli. I po głodzeniu stosunki te nie odrazu powracają do normy; i tak, choć dzienna dawka soli kuchennej dochodzi do 6 gramów, ilości wydalane w poszczególnych dniach trzeciego okresu wynoszą 0·6, 0·8, 2·7, 6, 10 gr. Stolce trzeciego okresu zawierają o połowę mniej soli, niż stolce pierwszego okresu. Wniosek stąd prosty, iż około 15 gr chloru, jako soli kuchennej, ustrój zatrzymał, tak jak w okresie drugim około 15 gramów wydalił; jeżeli te 15 gramów obliczymy na płyn izotoniczny z płynami ustroju, otrzymamy 2 litry płynu, odpowiadające wydaleniu wody w okresie drugim. Naturalnie resztę wydalonej wody odnieść musimy do stosunku jej, od innych wydalonych soli ustrojowych zawisłego.

Kwas fosforowy oznaczałem zapomocą miareczkowania octanem uranylu, a w kale zapomocą metody wagowej, jako fosforan magnezyi. Ilość jego tutaj, tak przed, jak i podczas głodzenia, nie wykazuje zmiany, jedynie stolec głodzonego zawierał odsetkowo kwasu fosforowego więcej, co jasno się tłómaczy wydzielaniem dość znacznych ilości kwasu fosforowego przez śluzówkę jelit. Jeżelibyśmy

TABLICA III.

Badanie stolców.

	Ilość	Ilość such. stolc.	% wody	tłuszcze obojętne	kwasy tłuszczowe	Ilość Cl jako NaCl	Ilość P_2O_5	Ilość CaO	Ilość MgO	Ilość K_2O	Ilość Na_2O
Okres pierwszy	4 stolce gr. 1256	278	78%	10·78	16·27	5·56	10·36	7·58	0·1	3·496	2·81
Okres drugi	1 stolec gr. 328	85	74%	5·8	5·41	0·255	13·88	3·365	0 083	2·29	2·63
Okres trzeci	3 stolce gr. 1763	330	83%	12·21	15·18	2·81	13·05	10·43	0·263	8·03	3·53

stosunek fosforu do azotu starali się oznaczyć liczbami, biorąc podstawę z kwasu fosforowego jako jednostki, to otrzymujemy dla pierwszego i drugiego okresu 3·7 do 1, a dla trzeciego 2·7: 1. Gdy w pierwszych okresach stosunek ten jest wobec kwasu fosforowego pożywienia zupełnie jasny, w drugim okresie utrzymanie tego stosunku jest zależne od zmniejszonego wydalania azotu, a więc od ograniczania się ustroju, które spostrzegamy, zwłaszcza uwzględniając ilość azotu i fosforu, zawarte w kale. Natomiast obniżenie się stosunku w okresie trzecim jest zależne tak od znacznych ilości kwasu fosforowego wydalanych z moczem i kałem, jak od zmniejszenia wydalania azotu, zależnego od znacznego przyswajania pokarmów białkowych w tym okresie na korzyść ustroju.

Skąpe oznaczenia kwasu siarkowego w moczu metodą wagową, jako siarkanu baru, dają nam liczby, wykazujące zmniejszenie wydalania podczas okresu głodzenia w porównaniu do liczb okresu pierwszego i trzeciego. Wobec tego, iż nie oznaczałem kwasów siarkowych związanych, jakoteż siarki obojętnej, nie mogę wysnuwać wniosków bardziej stanowczych, a jedynie oprzeć się muszę na teoretycznie przypuszczalnej równoległości wydalania azotu i siarki z ustroju, naturalnie bez szans dokładności.

Przechodząc następnie do omawiania wydalanych zasad, spostrzegamy równoległość wydalanego sodu z wydalaniem chloru, tak że nie potrzebuję się niem szczegółowo zajmować, ponieważ jest to sprawa zupełnie równoległa. Natomiast w stolcu ilość sodu w okresie głodzenia jest odsetkowo znacznie większa, aniżeli w innych okresach, co objaśnia dokładnie niestosunek między ilością chloru w danym stolcu, a ilością sodu. Jasnem to się stanie, jeśli tylko zwrócimy uwagę na to, iż ustrój zawiera znacznie większe ilości potasu, niż sodu, a potas wchodzi w skład ustroju jako chlorek potasu.

Potas w pierwszym okresie wydala się bardzo energicznie; jest to prawdopodobnie skutkiem przejścia z pożywienia roślinnego (wieśniak) na dyetę mieszaną kliniczną ze stosunkowo większym dodatkiem soli (E. Biernacki. Zeitschr. f. exp. Pat. u. Th. 1910). Stolce zawierają o połowę mniej potasu, niż w okresie trzecim.

Strata moczem w okresie głodzenia wynosi 9 gr. K_2O wobec 10 gr. Na_2O. W stolcu głodzonego jest około 2 gr. sodu i 2 gr. potasu. W okresie trzecim ograniczenie wydalania potasu trwa przez pierwsze dwa dni po głodzeniu, następnie ilości te nie dochodzą ilości pierwszego okresu i stosunek wydalanego potasu do sodu z 1:1 przesuwa się do 1:4, jak to w 5-tym dniu trzeciego okresu spostrzegamy, Znaczna ilość potasu w stolcu okresu trzeciego świadczy. o małem jego wessaniu w tymże okresie, co wytłómaczyćby można ilością sodu dostateczną dla wyrównania strat poprzedniego okresu; również i zapotrzebowanie ustroju, by pokryć straty potasu, wydalonego w poprzednim okresie, wpływać musi na słabsze wydalanie się jego moczem.

Wreszcie przechodzę do omówienia stosunków, panujących przy wydalaniu wapna (CaO) i magnezyi (MgO). Stosunek ten wobec obfitego we wapń pożywienia (mleko) różni się w okresie przed głodzeniem nieco od normy. Wapna bowiem wydala się moczem więcej, niż magnezyi; podczas okresu głodzenia ilość wydalanego moczem wapna spada do ilości wydalanej magnezyi, aby około 3. dnia po głodzeniu znowu powrócić do pierwotnego stosunku. Ilości wapna w kale są naturalnie znacznie większe (20 razy) wobec znanej jego małej wessalności. Ilości magnezyi w kale są stosunkowo nizkie.

Wreszcie musimy omówić sprawę wydalania acetonu i ciał mu pokrewnych (kwasu tleno-masłowego). Jak z licznych badań (ostatnio Böminger i Mohr) wynika, ilość acetonu w moczu zwiększa się, choć niezbyt znacznie, a ilość wydychanego acetonu równocześnie maleje. Wobec tego nie uważałem za stosowne przeprowadzać jego oznaczeń w moczu, ponieważ z nich nie mógłbym wysnuwać wniosków. Natomiast posługiwałem się odczynem z chlorkiem żelazowym dla ocenienia występującej acydozy. Odczyn ten często spostrzegano już w pierwszych dniach głodzenia; u mego chorego stale był ujemny. Naturalnie zwiększenie się acydozy pociąga za sobą i zwiększenie się wydalenia amoniaku, czego w mym przypadku również nie spostrzegałem.

Wreszcie przejść musimy do zjawiania się w moczu białka, które przy głodzeniu występuje niejednokrotnie w niewielkich ilościach. Białkomocz wystąpić może i po głodzeniu, białkomocz przemijający, raczej jako białkomocz pokarmowy. U mego chorego wydalania białka, ani cukru w moczu nie spostrzegłem.

* * *

Przeglądając wyniki naszych spostrzeżeń, musimy główną wagę leczenia głodem położyć na dwa czynniki. Jednym jest zubożenie ustroju co do substancyi białkowych i zapasowych (tłuszczu, glikogenu), drugim wydalanie znacznych ilości soli i wody. Oba te czynniki pozwalają na porównanie leczenia głodowego z leczeniem »przepłukującem«, t. zn. z wypłukiwaniem z ustroju ciał zużytych. Dla lepszego przedstawienia nie zaszkodzi przytoczyć porówna-

nia tej metody leczniczej z nieustającym piecem fabrycznym, który zastawia się na pewien czas i daje się możność dokładnego wypalenia materyału palnego.

Gdy tak pojmiemy głodzenie i przypuścimy pożyteczność tego zabiegu w pewnych stanach chorobowych, to musimy sobie postawić natychmiast następujące pytania: Jak długie wstrzymanie się od pokarmów jest dla osiągnięcia wyniku korzystnego potrzebne? Dalej, kiedy leczenie głodem staje się szkodliwe i kiedy występuje wskazanie do jego przerwania? Wreszcie, czy nie możnaby leczenia głodem przedłużyć zapomocą odpowiednich dodatków pokarmowych?

Na pierwsze z tych trzech pytań odpowiedź brzmiećby może powinna następująco: A) Gdy ilość białka krążącego w ustroju zostanie całkowicie zużyta, co możemy poznać po mniejszych ilościach azotu wydalanego moczem, a więc po odczynie ustroju na brak pokarmu białkowego, (w naszym przypadku 5-ty dzień głodzenia, w piśmiennictwie zazwyczaj jeszcze wcześniej). B) Gdy ilość wody i chloru zostanie w ustroju do tego stopnia zmniejszona, że ilość soli wydalanej na dobę spada na 1 gram (4-ty dzień głodzenia). Możnaby to określić znacznie racyonalniej: gdy ilość wydalonego sodu zmniejszy się do ilości wydalonego potasu (3-ci dzień głodzenia), jednak ze względów trudności technicznych (żmudna metoda strącania potasu jako chlorku platynowo-potasowego) pozostałoby to zawsze tylko wskazaniem teoretycznem.

Szkodliwość leczenia głodem udowodniłby pierwszy kliniczny objaw zjawiającej się acydozy. Wtedy leczenie stawałoby się niedozwolonym eksperymentem. Rzeczą lekarza byłoby śledzić objawy acydozy i przy pierwszych jej objawach natychmiast leczenie przerwać. Wystąpienie acydozy zmuszałoby ustrój wydalać większe ilości zasad (amoniaku) dla związania tworzących się kwasów. Stąd też skrzętne badanie wydalania amoniaku dawałoby nam tutaj zupełnie pewne wskazówki. Dokładne prace, jakie w tej dziedzinie w ostatnich latach wykonano, pozwalają mi dość jasno określić stanowisko lekarza. Wydalanie bowiem kwasów tlenomasłowych zachowuje się u różnych osób nadzwyczaj niejednostajnie. Jest ono w ścisłym związku z rozpadem tłuszczu ustrojowego i może być prawie całkowicie zniesione przez dodatek dzienny 100—120 gr. cukru gronowego. Oto więc zarazem i odpowiedź na trzecie nasze pytanie. Innymi słowy dodatek cukru wskazany jest w każdym przypadku, gdzie chodzi nam o zaoszczędzenie tłuszczu ustrojowego, a spostrzegliśmy wybitny odczyn z chlorkiem żelazowym, dalej tam, gdzie uważalibyśmy przedłużenie leczenia głodem za wskazane, a obawialibyśmy się występującej acydozy. W ten sposób uzyskalibyśmy pewną broń dla przeprowadzenia leczenia głodowego, dochodząc do wyników pod A i B zaznaczonych, usuwając możliwość szkodliwości tego leczenia.

Wreszcie nie potrzebuję nadmieniać, że kliniczne stwierdzenie podrażnienia nerek jest wskazaniem do nieodzownego przerwania głodzenia.

Postarajmy się obecnie o odpowiedź na pytanie: Jakie stany chorobowe mogłyby dać wskazania do leczenia głodem? Na pierwszem miejscu trzebaby umieścić te stany chorobowe, w których należy ustrój uchronić od wprowadzania szkodę mu mogących przynieść składników pokarmów. Mam tu na myśli skazę moczanową i obraz chorobowy oksaluryi. W obu tych sprawach leczenie głodowe, a więc wstrzymanie się od pokarmów, daje najlepsze warunki do ułatwienia ustrojowi wydalenia nadmiernie nagromadzonych i z trudnością wydalanych szkodliwych ciał przy zupełnem wstrzymaniu dowozu ich do ustroju. Gdy u osoby niezbyt zasobnej przeprowadzenie takiego leczenia byłoby ze strony lekarza błędem, to w przeciwnym wypadku, jak mi się zdaje, możnaby myśleć o głodzeniu, jako o leczeniu, rokującem ze stanowiska teoretycznego, — przy naszej bezsilności wobec dny, — w porównaniu z innemi metodami dyetetycznemi lepsze nadzieje. Po przeprowadzeniu takiego leczenia powinna ścisła dyeta bezpurynowa uchronić ustrój od następnego nagromadzania się ciał szkodliwych. Przy oksaluryi po kuracyi głodowej odpowiedniem byłoby wstrzymanie się od pokarmów zawierających w większej ilości szczawian wapnia.

Dalej polecenia godnem byłoby przeprowadzenie leczenia głodowego w kamicy, tak wątroby, jak i nerek. Zwłaszcza w kamicy nerkowej spodziewaćby się można ułatwienia rozpuszczalności kamieni, zważywszy przepłukujący charakter kuracyi i małą zawartość soli w moczu.

Przeprowadzenie leczenia odtłuszczającego zapomocą głodzenia teoretycznie niechybnie najprędzej wiodłoby do celu, jednak nie zdaje mi się usprawiedliwionym taki eksperyment, polegający na tak znacznej stracie białka ustrojowego i wiodący do chery przy zastosowaniu przez tak długi czas, jaki jest potrzebny do odpowiedniej utraty wagi. Natomiast włączanie dni głodowych byłoby niewątpliwie u osób ze zdrowem zupełnie sercem ze względu na efekt odtłuszczania korzystne. Rozumie się samo przez się, że dni takie miałyby zupełnie inne znaczenie, niż przeprowadzenie leczenia głodowego w poprzednio omawianych przypadkach.

Również inaczej zapatrywaćby się należało na te sprawy chorobowe przewodu pokarmowego, któreby leczenie głodem usprawiedliwiały, a więc na krwawiący wrzód żołądka, ostry, względnie przewlekły nieżyt żołądka i jelit i t. p., gdzie przy zastosowaniu leczenia głodem chodzi nam w pierwszym rzędzie o utrzymanie pracy trawiennej przewodu pokarmowego. Pewne niestrawności (dyspepsye), które niejednokrotnie odnosimy do chorobliwej przemiany materyi, dawałyby nam wskazania do leczenia głodowego, podjętego z obu względów.

Przy sposobności przestrzedz muszę, iż każde przeprowadzenie leczenia głodowego wymaga wielkiej staranności o czystość jamy ustnej. Stąd też i oglądanie języka podczas leczenia głodowego nie da żadnych klinicznych wskazówek.

Wreszcie chciałbym wspomnieć o sprawach chorobowych, w których leczenie głodem przy ograniczeniu dowozu płynów mogłoby przynieść korzyści. Myślę tu o ułatwieniu wessania wysięków zapalnych w jamach ciała, naturalnie przy wyborze odpowiedniego momentu i odpowiedniego do leczenia przypadku. Np. gdyby niezbyt świeży wysięk zapalny u osoby dobrze odżywionej nie okazywał dostatecznej tendencyi do wessania, niewątpliwie zastosowanie leczenia głodem mogłoby wessanie przyspieszyć, zwłaszcza jeślibyśmy pamiętali o odpowiednich przepisach

dyetetycznych po przeprowadzeniu leczenia (np. dyeta nie słona).

Zestawiając własne i obce spostrzeżenia, chciałbym w końcu zaznaczyć, że przeprowadzenie leczenia głodem nie jest dla chorego tak uciążliwe, jakby się to z pozoru wydawało. Bóle rznące jelit są jedynym objawem głodzenia, który uspakaja się szybko po podaniu płynów. Dalej szkodliwość niezbyt długich okresów głodzenia jest co najmniej wątpliwa; sumienny lekarz może według mego zapatrywania przy odpowiedniem wskazaniu śmiało stosować leczenie głodem u chorych dobrze odżywionych i ze zdrowem sercem. Zawsze jest wówczas obowiązany wykonywać ścisłe badanie moczu co do zawartości białka i kwasu tlenomasłowego (odczyn z chlorkiem żelazowym) i ewentualnie leczenie przerwać, albo przez dodatek cukru (120 gr.) przedłużyć do chwili uzyskania odpowiedniego wyniku. Zbytnie przedłużanie leczenia głodem uważam za nieodpowiednie. Nie sądzę, aby 5-dniowy głód u osobnika ze zdrowem sercem mógł przynieść jakąś nie dającą się powetować szkodę.

Przeciwwskazaniem do leczenia głodem zawsze będą stany, połączone z upośledzeniem odżywiania. U chorego mniej lub więcej wyniszczonego, podjęcie leczenia głodem uważaćby należało za błąd lekarski.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Higier. **Przyczynek do kliniki zaburzeń psychicznych przy przewlekłem zatruciu kokainą.** (Münch. med. Woch. 1911 Nr 10). Ostre i przewlekłe zatrucia kokainą stały się u nas znacznie częstsze z chwilą wprowadzenia odzwyczajania od morfiny i alkoholu zapomocą kokainy. Prawie $^1/_3$ kokainistów stanowią dentyści, może dlatego, że im najłatwiej o czysty alkaloid. Dawka maksymalna kokainy wynosi »pro dosi« 0·05, »pro die« 0·15; u kokainistów może dochodzić ona do 5 gramów dziennie. W ustroju ulega kokaina związaniu przez substancyę myelinową włókien nerwowych. Substancya biała rdzenia ma większe do niej powinowactwo, niż szara a z tej rogi tylne znów większą, niż przednie. Bardzo rzadko człowiek zupełnie zdrowy, nawet po kilkakrotnych dawkach staje się kokainistą, a zwykle stają się nimi ludzie, cierpiący na przewlekłe choroby lub psychicznie słabsi, zwłaszcza neurastenicy i śledziennicy. Zatrucie przewlekłe kokainą niema klinicznie nic wspólnego z zatruciem ostrem, cechują je przedewszystkiem parestezye, objawiające się dość znamiennie, jako t. zw. objaw Magnana t. j. uczucie pod skórą piasku, kryształów, robaków i t. p. Prócz tego występują ostre napady psychiczne w postaci omamów i bredzeń, przypominających bredzenia przy alkoholizmie z tą różnicą, że chory przytem aż do utraty świadomości jest zupełnie logiczny, czego niema przy alkoholizmie. Zwykle spotyka się przy tem duszność i uczucie trwogi. W czasie napadu cenne usługi jako odtrutka (w przeciwieństwie do alkoholizmu) oddaje morfina. Czasem dopuszczają się chorzy w napadzie samobójstwa. Choroba jest łatwo uleczalna, nie powraca, a odzwyczajanie prowadzić należy forsownie. A.

S. Burak. **O poprawianiu zapadnięć nosa u dzieci.** (Wraczebn. Gazeta 1911 Nr 10—11) Zapadnięcie nosa spotyka się już w bardzo wczesnem dzieciństwie, nawet w pierwszych tygodniach życia, mianowicie przy kile dziedzicznej, przyczem dla powstawania zniekształceń nosa u małych dzieci nie są konieczne zmiany kilakowe w kośćcu nosa, lecz wystarczają owrzodzenia na śluzówce, które z jednej strony hamują rozwój tkanki chrząstkowej i kostnej, z drugiej — wywołują jej zanik. Powstałe w ten sposób zniekształcenia nosa wywołują 1) dotkliwe zeszpecenia twarzy, które dziecko żywo odczuwa; 2) zaburzenia w ogólnym stanie zdrowia, przeszkadzając prawidłowemu oddychaniu przez nos. Jeżeli więc w ręku lekarza jest środek na podobne kalectwo, środek łatwy i bezpieczny, w postaci wstrzykiwań parafiny, należy go zastosować u dzieci. Autor wprowadza niewielkie naraz ilości (0·1—0·3) chłodnej parafiny o punkcie topliwości 43°—48° strzykawką własnego pomysłu, bardzo prostej budowy. Zabieg nie sprawia żadnego prawie bólu i daje się stosować wielokrotnie u kapryśnych nawet dzieci. Należy zaznaczyć, że skutki zabiegu są trwałe, ponieważ parafina, jako taka, przechowuje się niedługo: zastępuje ją nowotworząca się tkanka łączna, która bierze udział w dalszym ogólnym wzroście ustroju dziecięcego. M. Łążyński.

Doc. A. N. Gagmann. **Znaczenie systematycznie stosowanego cewnikowania moczowodu, jako środka leczniczego.** (Medicisk. Obozr. 1911, Nr 3). Autor, opierając się na doświadczeniach Nitzego, Bozemanna, Albarrana, Kaspra i innych, którzy stosowali cewnikowanie moczowodu bądźto dla przemywania miedniczki przy jej zapaleniach ropnych, bądź dla mechanicznego usunięcia przeszkody przy zatrzymaniu ropy, moczu i t. p., dochodzi na podstawie danych z literatury i własnych 4 przypadków (roponercze, wodonercze) do następujących wniosków: 1) Usuwanie zatrzymanych na stałe produktów w nerce jest możliwe zapomocą systematycznego cewnikowania moczowodu, jeśli udaje się wprowadzić moczowód do miedniczki, 2) Ropne, ale nie gruźlicze sprawy, wbrew poglądowi Frischa i innych, mogą skutecznie być leczone cewnikowaniem i przemywaniem, nawet jeśli łączą się ze znacznem powiększeniem nerki i zatrzymaniem ropy w miedniczkach. 3) Przy pewnych warunkach długie trwanie sprawy nie stanowi przeciwwskazania dla leczenia. 4) Przy cewnikowaniu pożądane jest stopniowe wprowadzanie coraz grubszych cewników, do czego są potrzebne narzędzia, pozwalające na cewnikowauie możliwie grubymi cewnikami. Autor zaleca narzędzie Kollnona, przepuszczający Nr 10 i model Israela (Loewensteina), robiony na zamówienie z kalibrem do Nr 9. 5) Pożądane jest pozostawienie cewnika »in situ« przez możliwie długi czas; pozostawienie cewnika przez 24 godzin można uważać za czas normalny i zupełnie bezpieczny. 6) Nie trzeba powtarzać zabiegu zbyt często; powtórzyć cewnikowanie można dopiero wtedy, kiedy uspokoi się podrażnienie, sprawione pierwszem cewnikowaniem. Z tego względu pozostawienie cewnika na dłuższy czas jest bezpieczniejsze, niż częste powtarzanie zabiegów; za średnią częstość cewnikowania można uważać jedno na tydzień. 7) Do przemywania nie używać mocnych rozczynów: rozczyn azotanu srebrowego 1:3000 uważa autor za dostateczny; a mocniejszego nad 1:2000 nigdy nie używa. 8) Przypadki autora wskazują, że niebezpieczeństwo zakażenia nerki przy cewnikowaniu moczowodu jest prawie żadne, jeśli uwzględnia się aseptykę. Przypadki z wodonerczem przedstawiają najlepsze pole dla zakażenia, jednak pomimo wielokrotnego cewnikowania i w tych przypadkach nie zdarzało się zakażenie. Autor uważa za bardzo ważne staranne odkażanie cewników i wogóle używanych narzędzi. Przebywanie używanych cewników w przyrządzie z tabelkami formalinowemi w ciągu 2 dni okazało się zupełnie wystarczające. 9) Znaczne zmiany w nerce, a szczególnie zbliznowacenia w nerce i tkance okołonerkowej, stanowią znaczną przeszkodę w leczeniu, a nawet może są przeciwwskazaniem.
Tomasz Cichocki.

Okulistyka.

Prof. Rollet. **O wydobywaniu obcych ciał metalicznych z oka zapomocą elektromagnesu. Rodzaje stali i żelaza słabo magnetyczne lub niemagnetyczne.** (Revue

gen. d'opht. 1910. Nr 10). Okulista często spotykający się z odpryskami w oku u robotników, musi znać własności magnetyczne różnych gatunków żelaza i stali, z których te odpryski mogą pochodzić. Istnieją dwie kategorye aliażów żelaza: stopy żelaza z węglem w różnych stosunkach (różne rodzaje stali) i stopy żelaza z innymi metalami lub metaloidami. Z pierwszej kategoryi badał R. 9 próbek w postaci 20-gramowych cylindrycznych kawałków. Są to rodzaje stali różnego stopnia twardości, wytrzymałości, sprężystości etc. Osiem z tych próbek przyciąga elektromagnes Rolleta z odległości 65 do 70 mm, ostatnią zaś dopiero za zbliżeniem na odległość 6 mm do bieguna. Ten ostatni rodzaj stali, o tyle słabszy pod względem magnetycznym od wszystkich innych, — zawiera jednak w swym składzie 71·70% żelaza. Z drugiej kategoryi badał R. 39 próbek różnych stopów żelaza z innymi metalami lub z niektórymi metaloidami. Stopy te zachowują się względem magnesu bardzo rozmaicie, zależnie nietylko od jakości przymieszki, ale i od procentowego składu danego aliażu. Tak np. dodatek tytanu do żelaza w ilości 21% sprawiał, że elektromagnes przyciągał próbkę z odległości 10 cm. Gdy zaś zawartość tytanu podniesiemy do 50%, wtedy działanie magnetyczne słabnie o tyle, że przyciąganie próbki tego samego kształtu i tej samej wagi rozpoczyna się dopiero z odległości 4 cm, — i to mimo, że tytan sam jest ciałem w słabym stopniu magnetycznem. Praktyczne znaczenie dla okulisty poza magnetyzmem żelaza może mieć tylko magnetyzm niklu i kobaltu. Działanie elektromagnesu na chrom, tytan, molibden, wanad i mangan jest bardzo nieznaczne.

Bardzo ważne wyniki praktyczne uzyskał R. z doświadczeń nad wpływem ciężaru i postaci kawałka żelaza na jego własności magnetyczne. 10 cg żelaza w postaci sześcianu przyciąga elektromagnes z odległości 1 cm, a tę samą ilość żelaza w postaci dwukończystego pręcika — z odległości 15 cm, a wreszcie w postaci cienkiego 4 cm długiego drucika z odległości 27 cm. Z doświadczeń porównawczych wynika, że ciężar odłamków w mniejszym o wiele stopniu wpływa na przyciąganie, niż ich postać.

K. W. Majewski.

Jones. **Wrodzone przemieszczenie gruczołu łzowego.** (Ophthalmology 1910. Vol. VII, Nr 1). Autor opisuje przypadek wrodzonego zwichnięcia, a raczej przemieszczenia gruczołu łzowego pod spojówkę gałki u 10-letniej dziewczynki. Gruczoł tworzył wyniosłość, przesuwalną ponad ścięgnem mięśnia prostego zewnętrznego, 15 mm × 10 mm i dawał się bez wielkiego trudu odprowadzić palcami prawie aż do prawidłowego położenia. Matka chorej nie zgodziła się na zabieg operacyjny. Autor przytacza podobne spostrzeżenia z piśmiennictwa, z których wynika, że urazowe zwichnięcie gruczołu łzowego, jakkolwiek również rzadkie, spotyka się jednak stosunkowo częściej, niż jego wrodzone przemieszczenie. K. W. Majewski.

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Prof. Gumprecht. **Nowa teorya mechanizmu śmierci z powieszenia.** (Vjschr. f. ger. Med. III. Folge. T. XLI., Z. 1., 1911). Wśród bardzo obfitego piśmiennictwa o śmierci z powieszenia tylko niewiele prac przyczyniło się do wyjaśnienia mechanizmu tego skomplikowanego rodzaju śmierci. Pierwsza praca Eckera stwierdza na przekroju zamrożonych zwłok położenie pętli wisielczej i zamknięcie dróg oddechowych przez przywarcie korzenia języka do tylnej ściany gardła. Druga praca, Hoffmanna, doświadczeniami poparta, stwierdza zamknięcie światła tętnic szyjnych tuż poniżej podziału ich na zewnętrzną i wewnętrzną (art. carotis externa i interna). Trzecia praca, Haberdy i Reinera, w której doświadczenia i badania Hoffmanna przeniesiono na tętnice kręgowe (art. vertebrales), wykazała zamknięcie ich światła między pierwszym, a drugim kręgiem szyjnym. Wreszcie dalsze prace starają się wytłómaczyć przyczynę śmierci z powieszenia uciskiem na nerwy szyjne, głównie zaś na nerw błędny. W śmierci z powieszenia wiele jednak zjawisk nie da się powyższemi teoryami wytłómaczyć, natomiast zdaniem autora można je dobrze wytłómaczyć zwężeniem kanału kręgowego szyjnego na wysokości dwóch pierwszych kręgów szyjnych, które to zwężenie powstaje w następujący sposób: Przy typowem położeniu pętli wisielczej z węzłem na tyłogłowiu uciska ten węzeł z tyłu na tyłogłowie tak, że cała głowa opada silnie ku przodowi, a najbardziej tylny odcinek łuski kości potylicznej z otworem potylicznym wielkim, które są prawie prostopadle ustawione. Pętla wisielcza nie opiera się na kręgosłupie szyjnym, który raczej zwisa wolno od ustalonej głowy. Zamiast zatem, aby czaszka opierała się na kręgosłupie, zwisa nagle kręgosłup od niej, który teraz nie jest skierowany prostopadle ku dołowi, lecz skośnie ku tyłowi i dołowi. Ciężar jednak zwisającego ciała stara się zająć znowu prostopadłe położenie. Pierwszy krąg szyjny zesuwa się w stawie potylicznym ku przodowi i dołowi. Łuk tego kręgu uciska przez to z tyłu na rdzeń szyjny, który skutkiem tego zostaje przesunięty do przedniego brzegu otworu potylicznego. Krąg obrotowy powinienby wykonać ten sam ruch, jednak nie pozwalają na podobne ruchy połączenia stawowe z I. kręgiem. Wobec tego opiera się krąg obrotowy podstawą swego zęba o najniższy punkt przedniego brzegu I. kręgu i wtłacza się szczytem wyrostka zębowego do kanału kręgowego, podczas gdy łuk kręgu obrotowego obniża się ku tyłowi. Pomiędzy temi dwoma powierzchniami, t. j. tylnym łukiem I. kręgu, a zębem kręgu obrotowego zostaje rdzeń szyjny uciśnięty. Można to na powieszonych zwłokach bezpośrednio spostrzegać i stwierdzić na odlewach gipsowych. Ucisku nie należy uważać za tak wybitny, iżby rdzeń anatomicznie został uszkodzony; chodzi tu raczej o czynnościowe uszkodzenie miejsca, w którym leżą ważne dla życia ośrodki nerwowe. Oprócz spostrzeżeń przy rozmaitych i licznych doświadczeniach, które lepiej, niż dotychczas, dadzą się wytłómaczyć uciskiem rdzenia szyjnego (n. p. powieszenie bez zaciśnięcia szyi), przemawiają za tym uciskiem także organiczne choroby następowe układu nerwowego, spostrzegane u odratowanych wisielców (naturalnie z wyłączeniem zaburzeń psychicznych, które napewno są wynikiem niedokrwienia mózgu), jak np. często opisywany brak odruchów i mechanicznej pobudliwości nerwowej lub niemożność chodzenia lub stania; wprawdzie te choroby następowe wielu autorów uważa za histeryę, jednak przyjmując to zapatrywanie, niepodobnaby zrozumieć porażenia pęcherza i kiszki stolcowej, o których Liman jako często występującem schorzeniu po próbach powieszenia wspomina. J. Olbrycht.

Landesmann. **Niezwykły przypadek samobójstwa przez otrucie gazem świetlnym.** (Amtsarzt; 1910, Nr 8). Autor opisuje przypadek, podobny do opisanego przez Hofmanna, w którym zapalacz lamp otruł się w ten sposób, że wszedł do beczki, do której poprzednio doprowadził węża gazowego. Pewnego handlarza owocami znaleziono nieżywego w kuchni, w zamkniętej skrzyni (z gwoździami i szpagatem), do której doprowadził gaz zapomocą dwóch długich wężów gumowych z pobliskiego kandelabru gazowego. Mężczyzna ten miał okazywać po śmierci swej żony objawy zadumy i przesytu życiowego. J. Olbrycht.

Grosser i Retke. **Śmierć nagła u dzieci, a gruczoły przytarczyczne.** (Münch. med. Wochenschrift 1910, Nr 40). W wielu przypadkach nagła śmierć oseska nie znajduje dostatecznego wyjaśnienia i wytłómaczenia. Autorowie postawili sobie pytanie, czy nagła śmierć nie jest skutkiem zniszczenia gruczołów przytarczycznych, które, jak wiadomo, leżą po obu stronach tarczycy, jako zupełnie samoistne narządy. Okoliczność nadarzyła trzy odpowiednie przypadki. W pierwszym przypadku wykazała sekcya obok innych zmian gruczoły przytarczyczne prawie w dwójnasób powiększone. W kilku miejscach wśród nich znajdo-

wały się ciemno-czerwone, punktowate ogniska; dwa gruczołki były błękitno-czarno zabarwione. W drugim przypadku wykazała sekcya obok innych zmian z obu stron po jednym gruczołku sino-czerwonym, wielkości soczewicy, podczas gdy obecny także trzeci gruczołek przytarczyczny makroskopowo żadnych zmian nie okazywał. Także i w trzecim przypadku wykazała sekcya i mikroskopowe badanie czterech gruczołów przytarczycznych silne ich przekrwienie. Należy jeszcze nadmienić, że przy sekcyi tych trojga dzieci nie znaleziono obok zmian powyżej opisanych w gruczołach przytarczycznych żadnych ciężkich zmian patologicznych tak, że autorowie sądzą, iż mogą przyjąć jako przyczynę śmierci zmiany w gruczołach przytarczycznych. Bez gruczołów tych ani człowiek, ani zwierzę przy życiu dłuższy czas pozostawać nie może; ile tkanki gruczołowej musi być zachowanej, aby życie mogło istnieć, jeszcze nie rozstrzygnięto. Wreszcie wypowiadają autorowie zdanie, że przy każdej sekcyi nagle zmarłego dziecka, o ile nie mamy dostatecznego wyjaśnienia co do przyczyny śmierci, należy wypreparować i histologicznie zbadać gruczoły przytarczyczne. Jeżeli znajdą się w nich uszkodzenia, zwłaszcza na wielkim obszarze, wówczas można te zmiany przyjąć jako przyczynę śmierci. J. Olbrycht.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.
Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie d. 3. kwietnio 1911.

1) Czł. K. Kostanecki przedstawia pracę p. W. Grzywo-Dąbrowskiego p. t. **Badania doświadczalne nad drogami węchowemi u królika.**

2) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę wykonaną wspólnie z p. J. Roblem p. t. **Studya nad filoporfiryną.** W pracy tej autorowie opisują ulepszony sposób otrzymania filoporfiryny z filotaoniny, podają jej skład, własności optyczne i własności związku cynkowego.

3) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę wykonaną wspólnie z p. Leyką p. t. **O hemopyrrolu.** Praca niniejsza jest dalszym ciągiem studyów tych samych autorów nad hemopyrrolem; tym razem poddano szczegółowemu badaniu wolną zasadę $C_6H_5—N_2—C_8H_{11}N.C_6H_5—N_2$. Oprócz studyów analitycznych praca zawiera wyczerpujące porównanie przy pomocy metod fizycznych wspomnianej zasady z innymi barwikami pyrrolowymi.

Prócz tego przedstawiono na tem posiedzeniu 5 prac, których treść przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«.

Wydział zatwierdził wybór Dr Jana Lachsa w Krakowie na członka komisyi historyi nauk matematycznych i przyrodniczych.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z d. 24. września 1911.

Obecnych 21 członków.

I. Kol. Wrześniowski opisał przypadek **wycięcia wyrostka robaczkowego.** Dziewczyna, lat 19, zgłosiła się do szpitala z powodu znacznego powiększenia objętości brzucha. Chora od roku. Powiększanie się brzucha zauważyła dopiero w ostatnich trzech tygodniach. Dolegliwości stosunkowo niewielkie. Wobec małej gorączki rozpoznano gruźlicze zapalenie otrzewnej. Podczas operacyi stwierdzono dużo wolnego i przezroczystego płynu w jamie otrzewnej, ani śladu gruzełków. Macica, jajowody, jajniki i część wyrostka zrośnięte twardemi bliznami z prostnicą. Kol. W. przypuszcza, że wyrostek robaczkowy był źródłem sprawy zapalnej.

Dyskusya. Kol. Biegański sądzi, że w tym przypadku niema podstawy do upatrywania w wyrostku robaczkowym pierwotnej przyczyny choroby. — Kol. Rozenfeld uważa powyższy przypadek za niezupełnie jasny pod względem rozpoznawczym i sądzi, że przyczyną nagromadzenia się płynu w jamie otrzewnej mogły być zrosty w okolicy żyły wrotnej. — Kol. Brzeziński przypuszcza, że punktem wyjścia sprawy zapalnej mogły być narządy rodne. — Kol. Wrześniowski odpowiada, że zrostów w okolicy żyły wrotnej nie można było znaleźć.

II. Kol. Wasilewski przedstawił 50-letniego mężczyznę **z mięsakiem limfatycznym gruczołów śródpiersia.** Chory uskarża się na kaszel, duszność i ucisk w górnej części mostka. Plwocina krwawa. Nad prawym obojczykiem guz twardy i nieruchomy. Na rękojeści mostka stłumienie, przechodzące na prawą stronę poniżej 2. żebra. W miejscu stłumienia oddechu nie słychać. Żyły na szyi i klatce piersiowej rozszerzone. Gruczoły pachowe wielkości orzecha laskowego, podszczękowe powiększone nieznacznie. Prześwietlanie promieniami Röntgena wykazało obecność guza wielkości jabłka.

W dyskusyi kol. Biegański mówi o rozpoznaniu różniczkowem raka i mięsaka gruczołów śródpiersia, w celach leczniczych radzi stosować naświetlanie promieniami Röntgena i podskórne wstrzykiwania arszeniku. — Kol. Wrześniowski i Batawia opisują przypadki analogiczne, w których chorzy pod wpływem naświetlania i arszeniku doznawali szybkiej poprawy.

III. Kol. Łokczewski przedstawił **noworodka z niedokształtem kończyn górnych.** Kiści i łopatki niedokształcone, przedramiona skrócone do 3 cm, brak zupełny ramion.

IV. Kol. Biegański z powodu epidemii **dżumy** w Odessie wypowiedział kilka uwag o rozpoznawaniu tej choroby. Przedewszystkiem mówił o rozmaitych postaciach klinicznych dżumy, opisał dokładniej postać dymieniczą i płucną, następnie skreślił najważniejsze daty bakteryologiczne, wreszcie zakończył rzecz opisem szczepień ochronnych. Karol Rozenfeld.

Sprawozdanie komitetu gospodarczego I Zjazdu internistów polskich w Krakowie.

W d. 8. IV. 1911 odbyło się pod przewodnictwem prof. Dr W. Jaworskiego końcowe posiedzenie komitetu gospodarczego, na którem:

1. Sekretarz Dr Korolewicz przedłożył następujące sprawozdanie:

»W dniach 19, 20 i 21 lipca 1909 odbył się w Krakowie I Zjazd internistów polskich. Szczegółowego sprawozdania z obrad i posiedzeń Zjazdu nie będziemy tutaj przedstawiać, gdyż jest ono wyczerpująco zamieszczone w 3 numerach »Dziennika Zjazdu«, który wychodził w czasie Zjazdu pod redakcyą Prof. Dra Ciechanowskiego i Dra J. Lustgartena.

Zjazd, co do ilości uczestników, jakoteż referatów i odczytów przeszedł wszelkie oczekiwania. Członków i uczestników Zjazdu, biorących czynny udział było 171, z tego stałych uczestników Zjazdu 69. Zgłoszono 3 referaty główne i 54 odczyty.

Referatami głównymi były: I Zapobieganie i leczenie gruźlicy płuc — ref. Dr Rzętkowski (Warszawa) i Dr J. Brudziński (Łódź). II. O fizyologicznem i leczniczem działaniu radu — ref. Prof. Dr Klecki (Kraków) i Prof. Dr Bruner (Kraków). III O deprawacyi wykonawstwa lekarskiego przez nowoczesny kierunek we fabrykach chemicznych i aptekach — ref. Prof. Dr W. Jaworski (Kraków) i Doc. Dr E. Mięsowicz (Kraków).

Wszystkie te referaty, a zwłaszcza ostatni, wywołały bardzo ożywioną dyskusyę i zajęły przeważną część godzin, przeznaczonych na obrady Zjazdu, tak, iż na resztę zgło-

szonych wykładów brakowało czasu. To też ze zgłoszonych 54 odczytów odbyło się tylko 22. Reszta z powodu braku czasu odpadła, a z tych niektóre umieszczono w streszczeniu w »Dzienniku Zjazdu«, inne pojawiły się w całości w »Przeglądzie lekarskim«. Należą do nich wszystkie prace, przygotowane na Zjazd z Kliniki lekarskiej U. J.

W dniu pierwszym Zjazdu wybrano komisyę statutową, złożoną z Prof. A. Gluzińskiego (Lwów) przewodniczący, Prof. W. Jaworskiego (Kraków), Dr B. Korolewicza (Kraków) Dr Gantkowskiego (Poznań), Dr Rajchmanna (Warszawa), Dr Sokołowskiego (Warszawa), celem opracowania stałego statutu przyszłych zjazdów internistów polskich.

Na posiedzeniu tejże komisyi, odbytem w dniu 20 lipca, uchwalono projekt statutu, oraz dwa główne tematy na zjazd następny, które Zjazd zatwierdził na posiedzeniu w dniu 21 lipca.

Na temże posiedzeniu uchwalił Zjazd wniosek Dra Janiszewskiego o wysłanie memoryału do Wydziału krajowego i Ministerstwa spraw wewnętrznych w sprawie zwalczania gruźlicy. Opracowanie memoryału poruczono wnioskodawcy.

Również uchwalono na wniosek Prof. W. Jaworskiego, szereg rezolucyi skierowanych przeciwko specyfikom i reklamie fabrycznej środków bezwartościowych. W sprawie tej uchwalono wysłać memoryał do Ministerstwa i do Izby lek. krakowskiej, co też po Zjeździe uskuteczniono.

W czasie Zjazdu nastąpiło ukonstytuowanie się »Związku prasy lekarskiej polskiej«. Przewodniczącym wybrano Prof. Dra Ciechanowskiego, sekretarzem Prof. Dr Dobrowolskiego.

Uczestnicy Zjazdu zwiedzili w dniu 19 lipca klinikę lekarską, w dniu 20 lipca oddział I A i B. szpitala św. Łazarza, a w dniu 21 lipca Muzeum historyczne dla medycyny polskiej.

Na ogólne życzenie członków Zjazdu wysłano imieniem Zjazdu telegram do p. Curie-Skłodowskiej, a na wniosek Dra Pawińskiego telegram do Prof. Baranowskiego celem wyrażenia im należnej czci i hołdu w uznaniu zasług, położonych około rozwoju nauki polskiej.

Z czasopism lekarskich poświęciła Zjazdowi »Gazeta lekarska« swój zeszyt 29, a »Przegląd lekarski« zeszyt 29 i 30; »Przegląd pedyatryczny« ofiarował Zjazdowi zeszyt IV i V tomu I.

Planowana w programie Zjazdu wycieczka do Zakopanego nie odbyła się z powodu zbyt małej ilości zgłoszonych uczestników.

Pozostałość funduszu, zebranego z wkładek i wpisowego członków Zjazdu, przekazano na cel zwalczania specyfików.

Do komitetu organizacyjnego Zjazdu należeli: Prof. Dr W. Jaworski przewodniczący, Dr Kwaśnicki zastępca przewodn., Doc. Dr Mięsowicz skarbnik, Dr Korolewicz, Dr Łapiński sekretarze, Dr Buzdygan, Prof. Ciechanowski, Dr Jurowicz, Prof. Klecki, Prof. Lewkowicz, Prof. Łazarski. Prof. Marchlewski, Prof. Piltz, Prof Ponikło, Dr Różecki, Dr Stahr, Dr Surzycki, Dr Schoengut. Do Biura Zjazdu należeli: Prof. Jaworski, Dr Kluger, Dr Korolewicz, Dr Kostrzewski, Dr Lustgarten, Dr Łapiński, Doc. Mięsowicz, Dr Szurek i słuchacze medycyny: Fr. Cenzerówna, A. Horak, L. Janczarski, E. Miziura, Z. Schincel, J. Szymonowicz, R. Weissberg, W. Zakrzewski, St. Wyszyński i W. Majewski.

W d. 25 lipca 1909 odbyło się posiedzenie ścisłego komitetu Zjazdu, na którem uchwalono przesłać szereg podziękowań, a mianowicie: Do redakcyi »Przeglądu lekarskiego«, do redakcyi dzienników »Czasu« i »Nowej Reformy«. do Prezesa Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i do PP. słuchaczów medycyny, zajętych w biurze Zjazdu.

II. Doc. Dr Mięsowicz złożył następujące sprawozdanie kasowe Zjazdu. Dochody 3036 K. Rozchód 2110·49 K. Pozostałość 925·54 K przeznaczono według uchwały Zjazdu komitetowi ściślejszemu na zwalczanie specyfików.

III. Przewodniczący zawiadamia, iż wydano 6.000 broszur w języku polskim o zwalczaniu specyfików i 10.000 broszur w języku niemieckim; większą część tychże już rozesłano. Wniesiono również memoryał w sprawie zwalczania specyfików do Ministerstwa spraw wewnętrznych, do Najwyższej Rady zdrowia i do Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej.

IV. Uchwalono zawiadomić Sekcyę medycyny wewnętrznej następnego Zjazdu lekarzy i przyrodników o projekcie statutu i tematach głównych na najbliższy Zjazd.

Dr B. Korolewicz sekretarz.

Działalność państwowego Zakładu badania środków spożywczych w Krakowie w latach 1909 i 1910.

Na podstawie sprawozdania, przedłożonego c. k. Ministerstwu spraw wewnętrznych w Wiedniu.

Opracował

Dr Leonard Bier,

starszy inspektor zakładu

Liczba wykonanych przez Zakład w latach 1909 i 1910 badań i wydanych orzeczeń wynosiła 2344 i 1832 i była w r. 1909 najwyższą, jaką zakład w 13-letniej swej działalności osiągnął. Najwięcej prób dostarczyły starostwa, bo 1160 wzgl. 921, natomiast władze sądowe podobnie jak w latach ubiegłych dostarczyły ich znacznie mniej: 325 i 239. Rozporządzenie ministeryalne, pozwalające na szerszą działalność rewizyjną zakładu w okręgu jego działalności, sprawiło, że zakład, wykonując przez swych urzędników rewizye przeważnie w powiatach najbardziej co do kontroli środków spożywczych zaniedbanych, pobrał do badania znacznie więcej prób celem ściślejszego ich zbadania, aniżeli w latach poprzednich; w r. 1909 — 602, w r. 1910 — 433. Również i w latach sprawozdawczych, podobnie jak i w poprzednich, zainteresowanie gmin, t. zn. władz autonomicznych było prawie znikome wobec czynności na tem polu organów rządowych. Liczby nadesłanych prób r. 1909 — 55, 1910 — 37, obejmujące w $^3/_4$ badania wody — bardzo często w sprawach uzyskania koncesyi na wyrób wody sodowej — wyrażają najlepiej zaniedbanie na tem polu w gminach. Natomiast wzrasta, jakkolwiek powoli, ilość analiz przedmiotów, nadsyłanych przez osoby prywatne: r. 1909 — 188, r. 1910 — 190, dowodząc faktu, że pośród kupujących, a nawet kupców wzmaga się potrzeba stwierdzenia rzetelności i nieszkodliwości zakupywanych produktów. Zachodzą już nawet przypadki, że kupcy układają się z zakładem o częstsze rozbiory produktów, zamawianych u wielkich firm obcych, celem przekonania się co do ich rzetelności, zanim je ostatecznie zakupią. — Z powodu zakażenia zakładu bukowińskiego bakteryami nosacizny, spowodowanej przez to śmierci 2 funkcyonaryuszy tegoż zakładu i zamknięcia go na czas dłuższy, zakład krakowski wykonał przez ten czas szereg analiz dla władz bukowińskich.

Mimo wzrostu ilości prób, przesłanych zakładowi przez starostwa galicyjskie, było jednak jeszcze w r. 1909 — 11, zaś w r. 1910 nawet 15 starostw, które nie nadesłały zakładowi w ciągu całego roku ani jednej próbki artykułu spożywczego do badania. Takich zaś starostw, które nadesłały ich mniej niż 10, było 36 względnie 45. Gdyby w obliczeniu powyższem wyłączyć z liczby starostw te, które nadesłały zakładowi jedynie próby wody celem zbadania, czy nadają się one do wyrobu wody sodowej przez jakiegoś fabrykanta, liczba starostw, nie zwracających się w obu latach sprawozdawczych do zakładu o badanie sprzedawanych w ich obrębie produktów spożywczych, wzrosłaby znacznie więcej. Nawet liczba prób 10, stanowiąca na przeciąg 1 roku zdaniem zakładu minimum, jakiego z poszczególnych powiatów spodziewaćby się można, jako dowodu energiczniejszej na tem polu kontroli, jest tak małą, że nie odpowiada 1 próbie na 5000 ludności, co chyba przy jakiej takiej kontroli środków spożywczych, nawet w naj-

mniej przemysłowych i handlowych powiatach, z pewnością okazałoby się potrzebne.

Zakład objął podróżami rewizyjnemi w r. 1909 powiatów 20 z 40 miejscowościami, zaś w r. 1910 powiatów 12 z 21 miejscowościami. Rewizye te, z natury rzeczy niejednokrotnie wykrywając wiele niedostatków, na które władze miejscowe nie wpadły, pojmowane są jednak niestety w niektórych powiatach jako stały obowiązek zakładu, zwalniający władze miejscowe od działalności na tem polu. Pomijając to błędne pojęcie co do zadań zakładu, którego zadaniem jest przez rewizyę poruszyć czynniki miejscowe do zaniedbywanego przedtem czuwania **stałego** nad żywnością, należy jeszcze raz zaznaczyć, że zbyt wielki obszar urzędowy, obejmujący kraj cały, niewielka liczba urzędników zakładu, nadto zaś konieczność ściągania kosztów podróży rewizyjnych w drodze postępowania karnego, bardzo często pozostawiające wiele do życzenia, obciąża dotacyę zakładową, przeznaczoną na cele inne, i utrudnia działalność zakładu tak dalece, że o wydatniejszej działalności na zewnątrz, mimo przeświadczenia o zaniedbaniu na tem polu w wielu powiatach, nie można myśleć.

Rozporządzeniem ministeryalnem z 25 maja 1908 zostały przy państwowych zakładach badania środków spożywczych stworzone regularnie powtarzające się kursa dla wykształcenia ukwalifikowanych komisarzy targowych oraz państwowe komisye dla odpowiednich egzaminów z prawem wydawania świadectw, uprawniających do objęcia w gminach stanowiska komisarza targowego. Kursa te zgromadziły w latach sprawozdawczych kandydatów 15, wzgl. 9, z których przystąpiło do egzaminu 12, wzgl. 8, zdało zaś egzamin 11, wzgl. 8. W całości wśród kandydatów było urzędników miejskich 8, delegowanych przez magistraty miast: Krakowa (3), Tarnowa (2), Podgórza (1), Kołomyi (1), Jarosławia (1). Równocześnie ze złożeniem egzaminu przez delegowanych przez miasta kandydatów na komisarzy targowych zawiadomił zakład odpowiednie magistraty o konieczności urządzenia dla tychże urzędników podręcznej pracowni targowej, podając spis przyrządów, do jej należytego zaopatrzenia potrzebnych, oraz przybliżony koszt jej urządzenia, a to wychodząc z tej zasady, że urzędnik taki powinien w samym początku swej działalności, jeżeli nie ma zapomnieć wiadomości i wprawy nabytej na kursie, rozporządzać tymi środkami rozpoznawczymi, jakimi nauczył się operować na kursie, w zakładzie. Od tego zależeć będzie w znacznej mierze dalsza jego wartość i użyteczność w mieście.

Współdziałanie władz sądowych na polu ustawy o obrocie środkami spożywczymi i niektórymi przedmiotami użytku znalazło w latach sprawozdawczych znakomite poparcie w 2 okólnikach obu prezydyów sądów krajowych wyższych do podwładnych im sądów, w których najwyższe te krajowe władze sądowe, opierając się na wniesionym do nich memoryale zakładu z r. 1908, omawiają niedostatki w stosowaniu ustawy z 16 stycznia 1896 w sądach, polecając nietylko ścisłe stosowanie istniejących rozporządzeń, ale i inne środki zaradcze celem uzyskania możliwie dobrych skutków ustawy. Dalszych skutków korzystnych w stosowaniu tej ustawy przez sądy spodziewać się należy z osobnych wykładów o tej ustawie na kursach przygotowawczych dla kandydatów sędziowskich, z których pierwszy kurs, zainicyowany przez zakład podaniami do ministerstwa i prezydyów sądów wyższych, poleciło ministerstwo sprawiedliwości urządzić w Krakowie, powołując do objęcia wykładów podpisanego sprawozdawcę. Byłoby rzeczą bardzo pożądaną, by podobne wykłady specyalne, objaśnione wielu przykładami z praktyki i pozwalające przyszłym sędziom głębiej wniknąć w materyę ujętą ustawą, odbywać się mogły, choćby w dłuższych odstępach czasu, we wszystkich sądach obwodowych.

Rodzaj przedmiotów, badanych w latach sprawozdawczych w zakładzie, oraz stopień ich zakwestyonowania podany w nawiasie, wskazują liczby następujące:

Woda studzienna, źródlana i rzeczna 130 i 150 (25 i 48); woda sodowa 8 i 9 (4 i 8); mleko, śmietanka, kefir 47 i 45 (15 i 23); ser 4 i 2 (1 i 1); masło 80 i 29 (52 i 21); inne tłuszcze jadalne 6 i 12 (3 i 4); oliwa 3 i 5 (— i 1); mięso 12 i 6 (1 i 5); wyroby mięsne, kiełbasy 59 i 64 (34 i 31); ryby 11 i 1 (1 i 0); mąka i produkta mączne 189 i 99 (52 i 13); inne wyroby młynarskie 14 i 2 (4 i 1); młyny 3 i 0 (3 i 0); chleb i inne pieczywo 29 i 18 (17 i 9); owoce, jarzyny, mak 53 i 97 (24 i 37); przyprawy korzenne 286 i 209 (157 i 117); grzyby 1 i 1 (1 i 1); krachery i syropy 74 i 81 (47 i 24); cukier i wyroby cukiernicze 210 i 136 (108 i 105); herbata 327 i 225 (62 i 51); kawa 89 i 50 (25 i 15); surogaty kawy 20 i 24 (8 i 4); kakao i czekolada 20 i 38 (6 i 9); wino 143 i 105 (78 i 64); piwo 31 i 35 (23 i 34); wódki 245 i 193 (126 i 118); miód pitny 13 i 7 (8 i 5); ocet 15 i 13 (10 i 10); drożdże 1 i 12 (1 i 9); nafta 6 i 4 (0 i 0); naczynia i przedmioty użytku 156 i 127 (100 i 87): varia 59 i 33 (6 i 16).

Razem przeto na 2344 i 1832 nadesłanych prób i wydanych orzeczeń zakwestyonowano 1001 i 871, czyli 42,7% i 47,6% badanych przedmiotów, odsetek w r. 1909 mniejszy, niż w kilku latach ubiegłych, w r. 1910 wyższy. W liczbie zakwestyonowanych przedmiotów mieści się 651 i 537, które zakwestyonowano z powodu zafałszowania i szkodliwości dla zdrowia, resztę zakwestyonowano z powodu zepsucia. W r. 1909 oddano 904 spraw przeciw 637 podsądnym, zaś w r. 1910—765 spraw przeciw 510 podsądnym do dalszego załatwienia sądom karnym.

Z pośród spostrzeżeń, na szczególne zaznaczenie zasługujących, podnieść należy częściej obecnie spostrzegane zaprawianie mleka wodą i to w ilościach znaczniejszych — mleko z Królestwa — oraz 1-krotne zaprawienie mleka strychniną. — Bryndza owcza z Kołomyi zawierała dosyć znaczną domieszkę twarogu z mleka krowiego. — Masło, w latach sprawozdawczych badane, o ile nie było źle wyrobione i wymyte, oraz zepsute, było bardzo często zarobione wielką ilością wody, który to rodzaj fałszerstwa w okolicy Krakowa w czasie ostatnim bardzo zdaje się rozpowszechniać. Pod nazwą smalcu sprzedawano mieszaninę obcych tłuszczów z olejem sezamowym, zaś jako nowe, szczególnie zdrowe masło polecały pewne fabryki krajowe w Krakowie, Przemyślu, Kałuszu, Stryju mieszaninę przez siebie wyrabianą z tłuszczu kokosowego, barwika i serwatki, nie troszcząc się o przepisy ustawy margarynowej i wprowadzając nawet na tem polu w błąd władze miejscowe. Oliwa, nadesłana do badania przez sąd w Tarnobrzegu, zawierała 26% olejów mineralnych, kracher nadesłany ze starostwa krakowskiego zaprawiony był kwasem karbolowym, a chleb nadesłany ze sądu rzeszowskiego arszenikiem. Wiele uwagi poświęcił zakład wyrobom mięsnym, w postaci kiełbas, serwelatek i kiełbasek, barwionym sztucznymi barwikami anilinowymi celem utrzymania pięknego koloru w towarze starym, a nawet psującym się, zaś w r. 1910 zakład, spostrzegając w pewnych wypadkach w sprzedawanym maku nasienie trującego lulku, spowodował przez namiestnictwo nadsyłanie większej ilości próbek tego produktu, przyczem okazało się, że mak sprzedawany w kraju w bardzo licznych przypadkach bywa zanieczyszczony lulkiem w ilości nieraz znacznej. Zatrucia jednak lulkiem dziwnym zbiegiem okoliczności jakoś nie obserwowano nigdzie. — Zafałszowanie mielonych przypraw korzennych, zwłaszcza pieprzu i cynamonu, a nadto szafranu, przekroczyło i w latach sprawozdawczych 50% nadsyłanych próbek. Przyczyna tego stanu, utrzymującego się stale w handlach korzennych od początku działalności zakładu, tkwi — zdaniem sprawozdawcy — w tem, że w tych sprawach karnych, prowadzonych w sądach jako przekroczenia, sądy, uwalniając kupca, sprzedającego ów towar w dobrej wierze jako normalny, nie zwracają sprawy karnej nigdy przeciw jego dostawcy, który tym sposobem nietylko uchodzi kezkarnie, ale i dalej zasypuje kraj swym towarem oszukańczym. Krachery wyrabia nadal wielu fabrykantów ze sacharyną, zaś wiele krajowych fabryk cukierków zamiast cukru i syropu dodaje do swych, zwłaszcza tańszych wy-

robów — mąki, którą niektóre sądy dziwnym sposobem uważają za dodatek ze względu na cenę produktu gotowego zupełnie uzasadniony. — Pojawiały się nadto cukierki, zaprawiane sacharyną, gipsem, a nawet żelaznymi barwikami.

Mimo bardzo znacznego postępu od czasu działalności zakładu co do jakości sprzedawanej herbaty, zawsze jeszcze około 20% herbat nadesłanych jest zafałszowanych, bądźto dodatkiem liścia borówki kaukazkiej, bądź też przez obciążenie ciałami mineralnemi. Wiele kaw surowych było barwionych, zaś palonych — pociąganych sztuczną glazurą z tłuszczów i żywic i jako takie nie deklarowanych. Pod nazwą wina sprzedawaną bywa mieszanina z wody zabarwionej karmelem lub barwikiem smołowcowym, octem i osłodzona cukrem lub — co częściej — sacharyną, wina czerwone podbarwiano sokiem z borówek, zaś pod nazwą jabłecznika sprzedawany produkt nie zawierał wcale soku jabłecznego, lecz zwykłą wodę studzienną, nieco kwasu i barwika, oraz uniwersalną w wielu fabrykach środków spożywczych w kraju sacharynę. Wódki — by wymienić tylko najciekawsze, — były zaprawiane dla wzmocnienia tytoniem, wapnem palonem, kwasem siarkowym, zaś rum, nadesłany ze sądu bialskiego, zaprawiony 5-krotnie większą od dopuszczalnej ilością estru kwasu octowego, wywołał poważne objawy chorobowe u spożywców. Miód pszczelny, jak w latach poprzednich, bywał zafałszowany syropem skrobiowym, cukrem, bądź też wyłącznie z nich, karmelu, a nawet sacharyny sporządzony, zaś miód pitny zawierał również też same obce składniki. Pod nazwą prawdziwego octu winnego sprzedawano ocet rozcieńczony, zaś jako »ocet owocowy wyskok 90%«, — pod którym publiczność, nie rozumiejąca określenia »ocet wyskok 90%«, przypuszcza ocet bardzo zgęszczony — zwykły ocet spirytusowy, a nie z soku owocowego otrzymany, wymagający najwyżej 4-krotnego rozcieńczenia. Z innych przedmiotów na wymienienie zasługujących podnieść należy tapety, zawierające trujący arsen, maść na piegi, powodującą silne zapalenie skóry, wyrobioną z sublimatu i silnie działającego chlorku amidortęciowego, oraz proszek na ból głowy, zrobiony w 70% z mąki i soli kuchennej, rozesłany wielu osobom przez humorystycznego naśladowcę Hofrichtera.

Dosyć znaczną agendę zakładu stanowiło współdziałanie przy projektach wodociągowych w postaci badań i opinii dla miast i zdrojowisk, oraz kontrola i badanie wodociągów już istniejących, nadto opinie w sprawie wód fabrycznych co do przedsięwziąć się mającego ich oczyszczenia przed wpuszczeniem do rzeki, oraz ocena urządzeń do czyszczenia wód nieczystych. Jeden z wodociągów w mieście przemysłowem, nieodpowiednio zbudowany, przedstawiający z tego powodu niebezpieczeństwo dla całego miasta, po stwierdzeniu w zbiorniku zanieczyszczeń kałowych, był zakład zniewolonym zalecić starostwu do gruntownej przebudowy oraz do gruntownego oczyszczenia całej sieci rur i odkażania zbiornika.

Wielką troskę kierownictwa zakładu stanowi nieodpowiednie pomieszczenie zakładu, wymagającego specyalnych urządzeń i znaczniejszego obszaru, a to tem bardziej, że wskutek odbywającego się od lat kilku żywszego rozwoju zakładu i jego agend coraz różnorodniejszych i pogłębiających się, niedpowiednie pomieszczenie staje bardzo na przeszkodzie w tym rozwoju. Zabiegi kierownictwa zakładu czynione od lat 2 około uzyskania osobnego nowego, do potrzeb zakładu zastosowanego gmachu, przeszły głównie wskutek niekorzystnych warunków finansowych państwa bezskutecznie, istnieje jednak nadzieja, że choć prowizorycznie, jednak wcale korzystnie, uda się w czasie możliwie niedługim zaradzić najbardziej odczuwanym niedostatkom.

XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

(18—22 lipca 1911).

Zgłoszone w dalszym ciągu tematy i wykłady:

Sekcya medycyny wewnętrznej:

32) O nerwicach urazowych. Referent Prof. Halban (Lwów).

Sekcya medycyny teoretycznej:

Z zakładu fizyologii Uniw. Jag. w Krakowie:

9) Prof. N. Cybulski: Oznaczenie szybkości przewodzenia w nerwach zapomocą galwanometru strunowego.

10) J. Dunin-Borkowski i H. Wachtel: Chłonienie cukru w jelicie cienkiem.

11) M. Eiger: Kształt zasadniczy krzywej elektrokardyograficznej i wyjaśnienie powstawania wszystkich załamków krzywej. (Praca doświadczalna).

12) S. Woliczko: O wpływie temperatury na pobudliwość mięśni.

Z zakładu patologii doświadczalnej Uniw. Jagiell. w Krakowie:

13) Prof. A. Wrzosek: O zadaniach badania eksperymentalnego nowotworów złośliwych.

14) Adolf Maciesza: W sprawie dziedziczności cech nabytych patologicznych u świnek morskich. (Badania doświadczalne).

15) Tenże: Nowy sposób wywoływania stanu padaczkowego u świnek morskich.

Sekcya położniczo-ginekologiczna ogłosiła następujący program obrad:

Posiedzenie I.

Temat główny: Cięcie cesarskie w świetle nowych metod operacyjnych.

1) Mars (Lwów): O cięciu cesarskiem w oświetleniu nowych metod operacyjnych.

2) Czyżewicz (Lwów): W sprawie techniki i wyników cięcia cesarskiego zaotrzewnego.

3) Rosner (Kraków): Kilka uwag o wskazaniach i prognozie cięcia cesarskiego zaotrzewnego.

4) Zaborowski (Warszawa): Kilka uwag o cięciu cesarskiem na podstawie własnych doświadczeń.

Dyskusya nad tematem głównym.

5) Cykowski (Warszawa): Temat zastrzeżony.

6) Herz (Rzeszów): Uwagi o leczeniu łożyska przodującego.

7) Czyżewicz (Lwów): Zachowanie się krwi u osób dotkniętych rzucawką porodową i niepowściągłymi wymiotami.

8) Stankiewicz Cz. (Warszawa): O cięciu brzusznem poprzecznem sposobem Pfannenstiela.

9) Schlank (Kraków): Demonstracya potworów. (C. d. n.).

Zjazd zapowiada się coraz pomyślniej. Prace sekcyi postępują raźno, tak iż komitet gospodarczy Zjazdu zapowiada ukazanie się szczegółowego programu obrad sekcyi w początkach maja. Niektóre sekcye urządzają specyalne wystawy naukowe; tak np. sekcya mineralogiczna urządza wystawę minerałów polskich, na którą nadesłane będą także okazy z wiedeńskiego Muzeum nadwornego. — Towarzyska strona Zjazdu również nie będzie zaniedbana; oprócz zebrań, urządzonych przez komitet gospodarczy i Radę miejską, odbędzie się cały szereg zebrań u członków komitetu i gospodarzy sekcyi. Jako pamiątkę pobytu w Krakowie otrzymają uczestnicy tekę autolitografii wybitnych artystów polskich z najpiękniejszymi widokami Krakowa.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dn. 26. IV. b. r. posiedzenie, na którem prym. Borzęcki przedstawił przypadek promienicy policzka, a Prof. Kader wyłuszczone olbrzymie wodonercze i 2 chorych, u których z powodu porażeń po zapaleniu przednich rogów rdzenia wykonał plastykę mięśni. Następnie Dr Eisenberg miał zapowiedziany wykład.

— Zarząd Biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie kol. Dr Pragerowi z Maryenbadu za ofiarowane książki. Bibliotekarz: Dr Blassberg.

— Pp. Julian Józef Łapiński z Dąbrowy Górniczej i Adam Romuald Niepielski ze Sławkowa z Królestwa Polskiego otrzymali stopień doktorów wszech nauk lekarskich.

— Z dniem 1. czerwca 1911 wakuje przy Zakładzie higieny Uniwersytetu Jagiell. w Krakowie posada asystenta. Zgłaszać się należy do Dyrektora Zakładu ustnie lub pisemnie do dnia 15. maja br. Pierwszeństwo mają obeznani dokładnie z techniką laboratoryjną mikroskopową lub chemiczną, ukończeni lekarze, obywatele austryaccy.

— W szkole zawodowej świeckich dozorczyń chorych, założonej przez Stowarzyszenie PP. Ekonomek w Krakowie, prowadzić będzie 4 wykładających naukę następujących przedmiotów: 1) anatomia i fizyologia, 2) higiena i nauka o chorobach zakaźnych łącznie z nauką o odkażaniu, 3) ogólna nauka pielęgnowania chorych, 4) pierwsza pomoc w nagłych przypadkach i opatrywanie chorych; prócz tego przez rok praktyczna nauka na oddziałach szpitalnych. Komitet szkoły czyni także starania, aby uczennice szkoły pobierać mogły naukę gospodarstwa domowego i dyetetyki w miejskim zakładzie na Pędzichowie. Uczennice będą o ile możności przyjmowane do internatu. Szkoła rozpocznie swą działalność prawdopodobnie 1. października br.

X.

— »Nasze Zdroje«, wydawane dotąd przez Dr J. Bandrowskiego, przechodzą na własność »Krajowego Związku zdrojowisk i uzdrowisk«, którego będą urzędowym organem.

— W Iwoniczu rozpocznie się sezon kąpielowy w r. b. 1 maja, a zakończy się 15. października.

Warszawa. W szpitalu zakaźnym św. Stanisława rozpoczyna miasto budowę nowych pawilonów kosztem 181.000 rubli.

— Nowy przytułek położniczy przy ul. Żelaznej oddany będzie do użytku w drugiej połowie r. b.

Z różnych stron. Komitet VII międzynarodowego Zjazdu dermatologicznego (w Rzymie, we wrześniu r. b.) prosi nas o zaznaczenie, że streszczenia zapowiedzianych wykładów należy nadsyłać najdalej do 15 maja na ręce Dra Ciarrocchi (Roma, 5 Piazza Grazioli) lub Prof. E. Schiffa (Wiedeń, I Maximilianstrasse 5).

Zmarli: Dr Leon Jaxa-Kwiatkowski, Warszawianin, w 25 r. ż. w Genewie; Dr Eligiusz Kuszelewski, b. współredaktor »Medycyny i Kroniki lek.«, w prasie codziennej pisujący pod pseudonimem »Senex«, w Lublinie; Dr Albin Nebelski, b. referent lekarski kolei nadwiślańskich, w 74 r. ż. w Warszawie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę dn. 10. maja 1911 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Prof. Bujwid: Porównanie działania promieni pozafiołkowych, a bardzo nizkiej ciepłoty na niektóre zarazki (demonstracya). 2) Dr Kostrzewski: Odczyn Freund-Kaminera (Serodyagnostyka raka). 3) Dr Nowaczyński: Odczyn Calmetta z jadem kobry w surowicy ludzkiej, a wartość jego rozpoznawcza u gruźliczych.

Rok L. Kraków, dnia 6. maja 1911. Nr. 18.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Eksperymenty i spostrzeżenia, dowodzące, że zniekształcenia kończyn tylnych, wywołane u świnek morskich i myszy białych uszkodzeniem nerwu kulszowego, nie przechodzą dziedzicznie na potomstwo.

(Część druga badań eksperymentalnych, dotyczących dziedziczności cech nabytych).

Napisali:

Adam Wrzosek i **Adolf Maciesza.**

W poprzedniej pracy eksperymentalnej nad dziedzicznością cech nabytych [1]), podaliśmy wyniki badań Brown-Séquarda, na podstawie których badacz ten dowodzi, że cały szereg cech nabytych przechodzi dziedzicznie na potomstwo. Utrzymuje on między innemi rzeczami, że świnki morskie, u których nastąpiło zniekształcenie jednej lub obydwu kończyn tylnych wskutek uszkodzenia nerwu kulszowego, mogą ten stan chorobny kończyn przekazywać dziedzicznie swemu potomstwu [2]). Wspomniane zniekształcenie, występujące po przecięciu bądź nerwu kulszowego samego, bądź jednocześnie z nerwem udowym, polega, według Brown-Séquarda, na odpadnięciu części lub całych palców, a niekiedy nawet stopy kończyny operowanej. Zmiany te powstają wskutek zapalenia, owrzodzenia lub zgorzeli. Brown-Séquard mniema, że czasem same zwierzęta odgryzają sobie palce, pozbawione czucia wskutek przecięcia nerwu kulszowego. Co się tyczy dziedziczności zniekształceń, o których mowa, to Brown-Séquard stwierdził ją u trzynastu świnek morskich, pochodzących od rodziców, z których jedno lub oboje mieli podobne zniekształcenie. Sam Brown-Séquard przyznaje, że dziedziczne przekazywanie tych zniekształceń zdarza się rzadko, albowiem wśród świnek morskich, pochodzących od rodziców, mających zniekształcone tylne kończyny wskutek uszkodzenia nerwu kulszowego, zaledwie jedna lub dwie na sto mają podobne zmiany patologiczne. A chociaż cecha rzeczona nader rzadko występuje wśród potomstwa świnek morskich z przeciętym nerwem kulszowym i ze zmianami zabiegiem tym wywołanemi, niemniej uważa ją Brown-Séquard za odziedziczoną, gdyż nie zauważył ani razu zniekształcenia kończyn tylnych u świnek morskich, pochodzących od rodziców, posiadających kończyny zdrowe.

Późniejsi badacze, którzy wspomniane wyżej badania Brown-Séquarda sprawdzali, nie potwierdzili jego wniosków, boć nie można uważać za potwierdzenie ich spostrzeżenia Dupuy [3]), który u jednej świnki morskiej zauważył wrodzony brak dwóch palców na tylnej kończynie. Cechę tę Dupuy uważa za odziedziczoną, gdyż jedno z rodziców tego zwierzęcia miało przecięty nerw kulszowy, w następstwie czego odpadły dwa palce na operowanej kończynie. Zbyteczną rzeczą byłoby rozwodzić się nad tem, że takie odosobnione spostrzeżenie niema żadnej wartości, jako dowód dziedziczności cechy nabytej, albowiem w takich i w podobnych spostrzeżeniach nie można wyłączyć przypadkowego zbiegu okoliczności.

Pierwszym badaczem, który systematycznie sprawdzał badania Brown-Séquarda był Romanes [4]). Wywoływał on zniekształcenie tylnych kończyn u świnek morskich, przecinając im nerw kulszowy. Lubo użył do eksperymentów sześciu z rzędu pokoleń świnek morskich, nie stwierdził ani razu dziedzicznego przekazywania rzeczonej cechy. Romanes, podobnie jak Brown-Séquard, nie podaje ani dokładnej liczby zwierząt, u których wywołał zniekształcenie kończyn tylnych, ani liczby ich potomstwa.

Drugim, a zarazem ostatnim badaczem, który sprawdzał eksperymenty Brown-Séquarda, tyczące się dziedziczności zniekształceń tylnych kończyn po uszkodzeniu nerwu kulszowego, był M. Sommer [5]). Wyciął on po kawałku jednego lub obydwu nerwów kulszowych blizko czterdziestu świnkom morskim. Od zwierząt tych dochował się dwudziestu trzech młodych. Żadne z nich nie odziedziczyło zniekształcenia kończyn tylnych. Rzecz oczywista, że na podstawie tak szczupłego materyału eksperymentalnego nie można wysnuwać stanowczego wniosku ani przeciw wywodom Brown-Séquarda, ani za nimi.

Ponieważ na zasadzie dotychczasowych badań (Brown-

[1]) Adam Wrzosek i Adolf Maciesza. W sprawie dziedziczności padaczki świnek morskich, wywołanej przez uszkodzenie nerwu kulszowego. Nowiny Lekarskie, 1910.

[2]) Brown-Séquard. On the hereditary transmission of effects of certain injuries to the nervous system. The Lancet 1875, Nr 1.

[3]) Dupuy E. Bul. scientif. de France et de Belgique. 1890, vol. III., str. 445. Cytujemy według dzieła: Raymond P. L'hérédité morbide. Paris, 1905.

[4]) Romanes G. J. Darwin und nach Darwin. II. Bd. Darwinistische Streitfragen. Vererbung und Nützlichkeit. Ueb. aus d. Engl. von B. Nöldeke. Leipzig 1895, str. 119—141.

[5]) Sommer M. Die Brown-Séquard'sche Meerschweinchenepilepsie und ihre erbliche Uebertragung auf die Nachkommen. Ziegler's Beiträge zur path. Anatomie u. z. allg. Pathologie Bd. 27. 1900, str. 289—330.

Séquarda, Dupuy, Romanesa i Sommera) nie można żadną miarą uważać za rozwiązane zagadnienia dziedziczności sztucznie wywołanego zniekształcenia tylnych kończyn u świnek morskich, przeto przystąpiliśmy przed kilku laty do zbierania materyału w celu wyjaśnienia wspomnianej rzeczy. W tym celu wywoływaliśmy zniekształcenie tylnych kończyn u świnek morskich, a potem pilnie zwracaliśmy uwagę na stan tylnych kończyn ich potomstwa; prócz tego badaliśmy sporą liczbę świnek morskich, pochodzących od rodziców ze zdrowemi kończynami, aby sprawdzić twierdzenie Brown-Séquarda, który utrzymuje, że u zwierząt takich nie zdarzają się nigdy zniekształcenia kończyn tylnych.

Zniekształcenia kończyn tylnych wywoływaliśmy u świnek morskich głównie trojakim sposobem: albo przecinając nerw kulszowy, albo wycinając zeń kawałek długości mniej więcej 5 mm. do 10 mm., lub podwiązując go silnie grubą nitką jedwabną. Przekonaliśmy się, że wystarczy podwiązać silnie nitką jedwabną nerw kulszowy, aby wywołać takie same zmiany na kończynach, jak po przecięciu nerwu kulszowego lub wycięciu zeń kawałka. Oprócz trzech wspomnianych sposobów wywoływaliśmy także zniekształcenie tylnych kończyn u świnek morskich, przecinając im połowicznie poprzecznie rdzeń kręgowy w okolicy tylnych kręgów grzbietowych. Atoli potomstwa tych zwierząt nie uwzględniamy w pracy niniejszej, gdyż dotychczas liczba jego jest nieznaczna, zwłaszcza, że po uszkodzeniu rdzenia kręgowego daleko rzadziej występują zmiany na kończynach, aniżeli po uszkodzeniu nerwu kulszowego. Ograniczamy się jedynie do zrobienia luźnej wzmianki, że wszystkie świnki morskie, pochodzące od rodziców, którzy mieli zniekształcone tylne kończyny wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego, posiadały kończyny całkiem prawidłowe. Ogółem uszkodziliśmy jeden lub obydwa nerwy kulszowe u 108 świnek morskich. Z tych zwierząt część padła rychło po operacyi z przyczyn, nie mających związku z operacyą. Przez dłuższy czas pozostawało w obserwacyi 78 zwierząt: u 72 wystąpiły zmiany chorobne na operowanej kończynie, a tylko u 6 nie było ich wcale. Zmiany te polegały bądź na obrzmieniu stawu skokowego, bądź na owrzodzeniu palców i stawu skokowego, bądź na odpadaniu pazurów, a nawet palców, częściowo lub całkowicie. Zaburzenia rzeczone występowały w rozmaitym czasie po uszkodzeniu nerwu kulszowego: u jednych zwierząt już po upływie kilku dni, u innych znacznie później.

Świnki morskie z kończynami zniekształconemi wskutek uszkodzenia nerwu kulszowego, są zwykle padaczkowe i odznaczają się małą płodnością. Z tego powodu rozporządzamy niezbyt wielką liczbą tych zwierząt, pochodzących od rodziców, którzy w chwili zapłodnienia lub zajścia w ciążę, mieli już zmiany chorobne na kończynach. Liczba tych zwierząt wynosi 44: z nich 24 miało ojców ze zniekształconemi kończynami tylnemi, 15 takie matki, a 5 zarówno matkę, jak i ojca ze zniekształconemi kończynami. U żadnego z tych zwierząt nie zauważyliśmy ani zaraz po urodzeniu, ani później jakichkolwiek zniekształceń tylnych kończyn. Opierając się jedynie na tych wynikach, nie mielibyśmy prawa wystąpić z twierdzeniem, że zniekształcenie tylnych kończyn, wywołane u świnek morskich uszkodzeniem nerwu kulszowego, nie dziedziczy się, gdyż cecha ta według Brown-Séquarda zostaje przekazywana dziedzicznie zaledwie w 1% lub 2%. A jeżeli, mimo tego zastrzeżenia, uważamy, wbrew Brown-Séquardowi, iż wspomniana cecha nabyta nie dziedziczy się, to mamy do tego podstawy z jednej strony w wynikach badania wielkiej liczby świnek morskich, pochodzących od rodziców ze zdrowemi kończynami, z drugiej zaś strony w wynikach badań eksperymentalnych, wykonanych na myszach białych. Rzeczą niezmiernie ważną w wyświetleniu zagadnienia, które nas interesuje, jest rozwiązanie pytania: czy wśród świnek morskich, pochodzących od rodziców ze zdrowemi kończynami, nie zdarzają się nigdy takie, które mają mniej lub więcej wybitne zniekształcenia tylnych kończyn? Jeżeli na to pytanie wypadnie odpowiedź zgodna z twierdzeniem Brown-Séquarda, mianowicie, że u zwierząt takich kończyny tylne zawsze są prawidłowe, w takim razie należy się nadal liczyć z wynikami badań Brown-Séquarda, poczytując za rzecz przezeń dowiedzioną dziedziczne przekazywanie sztucznie wywołanego zniekształcenia tylnych kończyn u świnek morskich, dopóty przynajmniej, dopóki przeciwko temu nie wystąpi jaki badacz, który będzie rozporządzał nie mniejszym materyałem eksperymentalnym od materyału Brown-Séquarda. Jeżeli zaś wypadnie odpowiedź odmienna od poprzedniej, w takim razie wynikom badań Brown-Séquarda, dotyczących dziedziczności sztucznie wywołanego zniekształcenia tylnych kończyn u świnek morskich, nie można będzie przypisywać takiego znaczenia, jakie im Brown-Séquard przypisywał.

Owóż zwracając uwagę na stan kończyn tylnych u 336 świnek morskich, pochodzących od rodziców, którym nie uszkodzono nerwu kulszowego, u 5 stwierdziliśmy rozmaite zaburzenia na tylnych kończynach. Zwierzęta te jako ważny materyał dowodowy, mogący rzucić światło na wyniki badań Brown-Séquarda, w krótkości opisujemy:

I. Świnka morska L. 60. Zwierzę to zaczęliśmy obserwować 5. I. 1909, gdy już było zupełnie dorosłe. Dnia 16. XI. 1909 zauważyliśmy obrzmienie prawego stawu skokowego i lekki niedowład prawej tylnej kończyny. D. 12. XII. 1909 zauważyliśmy nadto, że pazury prawej tylnej kończyny są silnie zakrzywione, a lewej prawidłowe. Dnia 15. I. 1910 zwierzę padło. Sekcya nie wykazała w nerwie kulszowym prawym jakichkolwiek zmian, gołem okiem widzialnych.

II. Świnka morska L. 82. Zwierzę dorosłe. D. 31. I. 1910 zauważyliśmy podskórny ropień na brzuchu. D. 5. II. 1910 lewa przednia kończyna w okolicy stawu skokowego silnie obrzmiała. 21. II. 1910. Prócz tego zaburzenia także staw skokowy tylnej kończyny lewej — obrzmiały.

III. Świnka morska L. 231. Zwierzę obserwowane od samego urodzenia w d. 2. IX. 1910. D. 1. II. 1911 zauważyliśmy na tylnej lewej kończynie brak jednego pazura.

IV. Świnka morska L. 351. Zwierzę badaliśmy, gdy już było dorosłe. Na prawej tylnej kończynie zauważyliśmy brak jednego pazura, a na lewej tylnej jeden palec obrzmiały, a pazur na nim silnie ku tyłowi zagięty.

V. Świnka morska L. 361. Zwierzę to kupiliśmy od wieśniaka, który świnki morskie skupuje na wsi i dostarcza je naszemu zakładowi. Zwierzę to dotychczas żyje. Kupując je, zauważyliśmy brak całej stopy na tylnej lewej kończynie.

Z powyższych spostrzeżeń wynika, że wśród świnek morskich, nie pochodzących od rodziców, którzy mieli znie-

kształcone tylne kończyny wskutek uszkodzenia nerwu kulszowego, zdarzają się takie, które mają zniekształcenie tylnych kończyn. Liczba takich świnek wynosi 1·49%, a więc taki odsetek (1%—2%), jaki znajdował Brown-Séquard wśród świnek morskich, pochodzących od rodziców ze zniekształconemi kończynami. Dziwnym trafem wśród potomstwa świnek morskich ze zniekształconemi kończynami tylnemi wskutek uszkodzenia nerwu kulszowego nie znaleźliśmy ani jednej, któraby miała podobne zniekształcenie, a natomiast znaleźliśmy kilka wśród potomstwa świnek morskich nieoperowanych. Po stwierdzeniu tej rzeczy stały się zbyteczne dalsze badania dziedziczności zniekształcenia tylnych kończyn, sztucznie u świnek morskich wywołanego; albowiem gdybyśmy potomstwa świnek morskich, ze zniekształconemi kończynami wskutek uszkodzenia nerwu kulszowego, mieli nawet kilka setek, a wśród nich u jednej lub dwu na sto stwierdzili, podobnie jak Brown-Séquard, zniekształcenie tylnych kończyn, to i wtedy nie mielibyśmy prawa uważać tego zniekształcenia za odziedziczone, gdyż zdarza się ono tak samo często wśród potomstwa świnek morskich, którym nerwu kulszowego nie uszkodzono, a przez to nie wywołano zniekształcenia tylnych kończyn. A zatem spostrzeżenia nasze i eksperymenty, wykonane na świnkach morskich, nie potwierdzają zapatrywania Brown-Séquarda co do dziedziczności cechy nabytej, o której wyżej była mowa. Być może, że błędny wniosek Brown-Séquarda w tej sprawie pochodził stąd, że uczony ten zbadał tylne kończyny u zbyt małej liczby świnek morskich, pochodzących od rodziców ze zdrowemi kończynami. Co się tyczy zniekształceń tylnych kończyn, które u takich zwierząt spostrzegaliśmy, to nie możemy orzec, czy były to zniekształcenia tylko nabyte, czy też i wrodzone. U pierwszych trzech zwierząt, opisanych wyżej, było ono niewątpliwie nabyte, a u dwóch ostatnich nie wiadomo czy wrodzone, czy też nabyte.

Prócz świnek morskich używaliśmy do badań eksperymentalnych w pracy niniejszej także myszy białych. U zwierząt tych, po przecięciu nerwu kulszowego lub wycięciu zeń kawałka, na operowanych kończynach występowały całkiem podobne zaburzenia, jak u świnek morskich, a więc niedowład kończyny, obrzmienie stawu skokowego, owrzodzenie palców i stawu skokowego, odpadanie pazurów, kawałków palców, całych palców, a nawet stopy. Myszy białe nadają się przeto doskonale do badania dziedziczności sztucznie wywołanego zniekształcenia tylnej kończyny, a wobec wielkiej ich mnożności daleko lepiej, aniżeli świnki morskie. Lubo zniekształcenie tylnych kończyn występuje nie u wszystkich myszy po uszkodzeniu nerwu kulszowego, to jednak u znacznej ich większości. Czasem zmiany chorobne na kończynie występują już na drugi dzień po uszkodzeniu nerwu kulszowego, zwykle jednak później, a czasem dopiero po upływie 30 dni.

Uszkodziliśmy nerwy kulszowe z jednej lub obydwu stron u 86 myszy, należących do trzech z rzędu pokoleń. Liczba potomstwa, pochodzącego od rodziców, którzy w chwili zapłodnienia lub zajścia w ciążę mieli już zmiany na kończynach, wynosi 318. Z nich 97 należy do potomstwa pierwszego pokolenia operowanych myszy, 143 do drugiego i 78 do trzeciego. Pochodzenie tych myszy wskazuje następująca tablica.

Pokolenie	Liczba potomstwa	Ojciec ze zniekształconą kończyną. Matka zdrowa.	Matka ze zniekształconą kończyną. Ojciec zdrowy.	Oboje rodzice ze zniekształconemi kończynami.
I.	97	16	13	68
II.	143	20	6	117
III.	78	49	4	25

Z tych 318 myszy tylko u jednej, należącej do pierwszego pokolenia, stwierdziliśmy brak jednego palca na prawej tylnej kończynie. Matka tej myszy była zdrowa, a ojciec stracił dwa palce na lewej tylnej kończynie po wycięciu kawałka nerwu kulszowego.

Zwracając pilnie uwagę na kończyny tylne 734 młodych myszy, pochodzących od rodziców, mających zdrowe kończyny, u 6 zauważyliśmy mniej lub więcej wybitne zmiany na tylnych kończynach: jedna miała lewy staw skokowy obrzmiały i stopę zwróconą na zewnątrz, druga prawą stopę grubszą od lewej, trzecia jeden palec skrzywiony na prawej tylnej kończynie, czwarta i piąta miały jeden staw skokowy grubszy od drugiego, u szóstej zauważyliśmy na lewej tylnej kończynie najpierw brak pazura na palcu środkowym, a w miesiąc potem ubytek tego palca. Ponieważ zniekształcenie tylnej kończyny zauważyliśmy u niektórych myszy białych rychło po ich urodzeniu, w czasie pierwszego ich badania, przeto przypuszczamy, że zniekształcenie to było u nich wrodzone. U myszy dorosłych zniekształcenia tylnych kończyn zdarzają się częściej, aniżeli u myszy młodych. U dwóch np. myszy dorosłych zauważyliśmy brak wszystkich palców na obydwu tylnych kończynach. Zmiany chorobne, spotykane na tylnych kończynach u myszy dorosłych, są po większej części nabyte; powstają one nieraz wskutek pogryzienia przez inne myszy.

Wyniki badań naszych, wykonanych na myszach, wypadły zgodnie z wynikami badań, wykonanych na świnkach morskich. U myszy białych, pochodzących od rodziców, mających zniekształcone kończyny tylne, zniekształcenie podobne nie zdarza się bynajmniej częściej, aniżeli u myszy, pochodzących od rodziców, mających kończyny zdrowe.

Na zasadzie własnych spostrzeżeń i eksperymentów jesteśmy uprawnieni do wysnucia następujących wniosków:

1) Dotychczasowe badania eksperymentalne, nie wyłączając badań Brown-Séquarda, nie dostarczyły bezsprzecznego dowodu, że zniekształcenie kończyn tylnych, wywołane u świnek morskich uszkodzeniem nerwu kulszowego, może być przekazywane dziedzicznie.

2) Zniekształcenie tylnych kończyn, wywołane u myszy białych uszkodzeniem nerwu kulszowego, nie występuje dziedzicznie u potomstwa tych zwierząt, nawet jeżeli zniekształcenie rzeczone wywoływać u kilku z rzędu pokoleń.

(Praca wykonana w Zakładzie patologii ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu Jagiellońskiego. Dyrektor: Prof. K. Klecki).

Przyczynek do historyi epidemii dżumy na dalekim Wschodzie (w Mongolii i Krainie Zabajkalskiej).

Napisał

Prof. Dr Talko-Hryncewicz.

Wobec strasznej epidemii dżumy, szerzącej się dziś na dalekim Wschodzie, na którą są zwrócone oczy całego świata w obawie, aby choroba ta nie została rozniesioną po Europie, pozwalam sobie zabrać głos w tej sprawie opierając się na długoletnim pobycie na Wschodzie, gdzie ze względu na moje urzędowe położenie musiałem nawet pewien czynny udział przyjmować.

Do licznych samoistnych gniazd dżumy, rozproszonych po całej kuli ziemskiej, a w szczególności po obszarach Azyi w Gonkongu, Himalajach, Junalu, na granicach Tonkinu, zaliczone zostało w ostatnich latach płaskowzgórze Azyi środkowej Tybet, Mongolia z Mandżuryą i Krainą Zabajkalską. Epidemie te przeważnie noszą charakter lokalny i wyjątkowo tylko od czasu do czasu przedzierają się po za granice obszernych stepów do miejscowości z osiadłą i gęstą ludnością, trudniącą się uprawą roli, przemysłem i handlem, jak obecnie w Mandżuryi, gdzie tak straszne sprawiły spustoszenia.

Przeszło pół wieku upłynęło od czasu, jak Hirsch stwierdził że epidemia dżumy, może być nietylko zaniesioną z jednego miejsca na drugie, lecz też wytwarza samoistne ogniska zakaźne. Władze angielskie zapisały cały szereg wybuchów epidemii od r. 1823 w Himalajach które dzięki zlokalizowaniu się nie przybrały charakteru większych epidemii. Są dane, że dżuma od wieków była znana na Wschodzie. Święte księgi buddyjskie Gandżur Dandżur przechowują wyrocznię, że bóg za karę naśle chorobę na rośliny, od których zarażą się zwierzęta, a przez nie człowiek; księgi te wzbraniają noszenia futra z bobaków i jedzenia ich mięsa. Słyszałem że w szóstym dziesiątku lat zeszłego stulecia, kiedy było kilka przypadków nagłej śmierci poprzedzonych krwiopluciem, w Urdze stolicy Mongolii »żywy bóg« (przerodzeniec »Chutuchta«) tam zamieszkały, opierając się na wyżej wspomnianych księgach, wzbraniał chodzić do świątyń w futrze z tego zwierzęcia i jeść jego mięso.

Według ciekawych wiadomości przez Dra Skrzywana zebranych ze starych ksiąg dawnych klasztorów, okalających Urgę, choroba tarbagania (od zakażenia przez bobaki) nosi nazwę ludową »tarbagan-ubuczin« (choroba), lub »chara-ubuczin« (czarna choroba) a nazwa książkowa »niań-chara-ubuczin« (czarna robaczkowa choroba), po tybetańsku »dźyptun« (w tłumaczeniu kłucie w krótkiem żebrze, według innych pomiędzy żebrami) opisana w starych księgach tybetańskich. Pojawienie się tej choroby na ziemi miało być przepowiedziane przez wielkiego nauczyciela Badmasambabe (wyszłego z kwiatka lotosu); przepowiedział on też, że choroba z ziemi przejdzie na rośliny, od nich na zwierzęta, a potem na ludzi i że od choroby tej powinna zginąć $^1/_4$ część lądu Azyi (»Zambutiwa«). Choroby zakaźne według pojęć tybetańskiej medycyny pochodzą od małych żyjątek, niewidzialnych gołem okiem. Takie żyjątka wywołują także chorobę tarbaganią.

W korzeniach rośliny »dułun-tara« (Stellera Chamaejasme Linn) według Rudniewa i »Chajczi-Ubusy« przytacza Skrzywan tkwi istota zarazy »w mięsistych robaczkach« które wywołują chorobę u tarbaganów karmiących się tą trawą; od nich ma przechodzić na ludzi, wywołując zarażenie przez połączenie z robaczkami, prawidłowo istniejącymi w krwi ludzkiej.

Kiedy w r. 1891 przyjechałem do Krainy Zabajkalskiej do Troickosawska, położonego obok Kiachty na pograniczu Mongolii, mówiono mi, że w jesieni od czasu do czasu zdarzały się przypadki śmierci od jakiejś niewytłumaczonej choroby. Kilka podobnych przypadków, poprzedzonych krwotokiem płucnym, jakoby zdarzyć się miało w Urdze na rynku. W tym czasie ukazały się pierwsze komunikaty, dotyczące tych nieznanych przypadków chorobowych, opisane przez miejscowych lekarzy Drów Bielawskiego i Reszetnikowa które na razie przeszły niepostrzeżenie: wykazywały one związek między chorobą bobaków i ludzi.

W październiku r. 1888 o 40 kilom. od wsi Kułustaju Czyndańskiej stanicy okręgu Akszyńskiego, na pograniczu Mandżuryi znaleziono w jurcie 6 trupów buryatów, zmarłych z niewiadomych przyczyn. Sekcya wykazała, że śmierć nastąpiła wskutek zarażenia się od bobaków. Lekarz, robiący sekcyę, Aszman, zmarł powróciwszy do domu, felczera Judina znaleziono nieżywego w powozie. W r. 1889 w końcu sierpnia we wsi Sokotuj w tym że okręgu w rodzinie kozaka Abrama Epowa, zajmującego się polowaniem na bobaki, wybuchła choroba, która zabrała 11 ofiar; przejawiała się ona w tej samej formie, co i w pierwszych przypadkach, wysoką gorączką, bólem głowy, bredzeniem, rozstrojem trawienia, zapaleniem gruczołów pachwinowych, pachowych, rzadziej szyjnych. W r. 1891 w końcu września w tejże wsi zmarły 2 osoby, a w kilka miesięcy potem w mieście Akszy kozak Gurulow, który wrócił z Mongolii, jeżdżąc po bydło i jadł z Mongołami bobaki. Lekarz Utkin i felczer Sawatiejew którzy udzielali pomocy, zachorowali. Choroba przejawiła się po 4—5-dniowym okresie niedomagania, podniesieniem ciepłoty, silnym bólem i zawrotem głowy, niepokojem, przyspieszeniem tętna i upadkiem sił. Niektórzy z chorych uskarżali się na ściskanie i kłucie w piersiach, rzadki suchy kaszel z krwistymi wydzielinami. Chorzy umierali skutkiem upadku sił, zachowując przytomność. Często spostrzegano czerwony obrzęk gruczołów pachowych.

W r. 1894 we wrześniu kozak Mirsanow ze wsi Sokotuj pojechał do wsi sąsiedniej a po drodze jego pies zadusił 6 bobaków, które Mirsanów przywiózł do domu. W dni kilka zachorował, a po 3 dniach umarł. Od niego zaraziło się i zmarło 6 osób.

Jednem słowem stwierdza Dr Bielawski od r. 1888—1894 5 epidemii w okręgu akszyńskim, wskutek których według niego zmarło 48 osób. Jeżeli dodać 9 przypadków śmierci bardziej na północ w ułusie (wsi) Kunkur Agińskiej dumy w. r. 1888, o czem mi wiadomo od osób tam zamieszkałych, to liczba zmarłych w tej miejscowości wyniesie 57 osób.

Po tym okresie wybuchów epidemii dżumy nastąpiła dziesięcioletnia cisza, jeżeli nie wspomnieć o nowo odkrytem w r. 1897 ognisku, leżącem przeszło o 1000 km. od poprzedniego w południowo-wschodniej Mongolii, bliżej ku Pekinowi w Dalaj-nor, opisanem przez lekarza francuskiej misyi w Pekinie Dra Matignon. Okolicę tę, 500 km. drogi od Pekinu, zaludnioną chińczykami katolikami, nawiedza co

lat parę dżuma; był tam wówczas delegowany przez petersburski instytut medycyny doświadczalnej bakteryolog Dr Zabołotnyj.

W listopadzie 1899 r. na mocy rozporządzenia jenerał-gubernatora kraju przyamurskiego zostałem wysłany za granicę Rosyi do Urgi, stolicy Mongolii, odległej od Troickosowska o 420 km. drogi kołowej, dla zbadania grasującej tam choroby bezwarunkowo śmiertelnej, która miała zabrać nie mało ofiar. Epidemia ta, jak to się okazało, wybrała sobie początkowo siedlisko w miejscowości, odległej od Urgi od 450—500 km. na północo-zachód i tyleż na południo-zachód od Troickosawska, w Choszunie (majętność) Michan-Guna na pograniczu księstwa Tuszetu-Chana. Tam to w końcu sierpnia 1899 r. 20 ludzi (7 chińczyków i 13 mongołów), zachęconych przez pewnego lamę-wróżbiarza (myrgin-lama), zaczęło kopać mogiłę, szukając w niej skarbu i jakoby na znacznej głębokości znaleziono naczynie gliniane ze sztabkami chińskimi spławionego srebra, używanego jako zamienna moneta, wartości, jak powiadano, przeszło 1000 łanów (około 2500 kor.). Okolicę obiegła opowieść, że oprócz tego znaleziono pewne wazy i inne cenne przedmioty. Uradowani tem znaleziskiem poszukiwacze przez 8 dni ucztowali około mogiły, pijąc »chańszynę« (wódkę chińską), jedząc baraninę, a szczególnie bobaki, nadzwyczaj łatwo łowione, których mięso po zdjęciu skóry pieczono zagrzebując w gorącym żarze i popiele. Choszuny sąsiednie Michan-Guna, Miszik-Guna i księstwa Tuszetu-Chana słyną obfitością bobaków, całe pola pokryte wzgórkami tworzą ich kryjówki, co widziałem w wielu miejscach Mongolii, a mięso ich stanowi ulubiony przysmak ludności. Z ucztujących 20 ludzi po 2—3 dniach choroby wszyscy pomarli, u niektórych choroba trwała kilka godzin tylko i raziła jak piorunem. Objawy choroby według opowiadania wyrażały się wysoką ciepłotą ciała, bólem głowy, bredzeniem, kłuciem w piersiach, dusznością, krwiopluciem, rzadko krwotokiem nosowym i płucnym. Ludność przypisywała śmierć wpływowi podziemnego ducha Garazon-Edzina, który mścił się nad ludźmi, zakłócającymi mu spokój wdzieraniem się w granice jego państwa. Uczestnicy uczty jeździli przed zachorowaniem po okolicy, chwaląc się swą zdobyczą, oprócz tego mnóstwo przybywało wciąż ciekawych, przyjmujących udział w hulance, którzy tu, lub wróciwszy do domu zachorowywali. Do lamy-wróżbiarza, który ten skarb odkrył, wydelegowano posłańca wiozącego w darze kilka sztabek srebra; w ciągu kilku dni umarł wróżbiarz i posłaniec. Kiedy się o licznych przypadkach śmierci rozeszła wieść po okolicy, były i takie waryanty tej opowieści że jakoby jeden z właścicieli Miszik-Gun postanowił ze swoich posiadłości wysiedlić kupczących chińczyków, nasłał więc na nich przez lamów »czarną śmierć« czytaniem choronu (t. j. czarnej księgi). Śmiertelność wywołała panikę pośród ludności mieszkańcy uciekali do swych jurt i tam zaczęły się pojawiać przypadki śmierci, w ten sposób roznoszono po okolicy chorobę, z której od końca sierpnia po koniec września zmarło według jednych 200, a według innych do 300 ludzi. Władcy miejscowości książęta Guny i Tuszetu-Chan wydali surowy rozkaz swym urzędnikom, grożąc im srogą karą, jeśli »choroby nie przykrócą«. Następstwem tego było ustanowienie kwarantanny, spalenie jurt rodzin wymarłych porzucenie chorych na śmierć głodową i ucieczka zdrowych z trzodą i bydłem na nowe koczowiska. Środki te ściśle wypełniane, z nastaniem jesiennych chłodów przytłumiły zarazę. Przypisując przyczynę pomoru wykopanemu srebru, jako przeklętemu, rzucano je, lub ponownie zakopywano dla przebłagania obrażonego ducha ziemi. Pomimo iż ta miejscowość tak jest oddaloną od wielkiego traktu, nie mniej komunikacya trwała nieprzerwanie z główną handlową drogą Syberyjską wiodącą z Troickosowska przez Urgę do Pekinu, szły też karawany z herbatą i innymi towarami, pędzono bydło na pobój, wieziono skóry bydlęce, futra, wełnę w ogromnej ilości, skórki bobaków przez Syberyę i wschodnią Mongolię Urgę, Troickosowsk-Kiachtę, do Rosyi, a jeszcze bardziej uczęszczanym traktem szły całe transporty wełny i miliony skórek bobaków przez zachodnią Mongolię, Kaszegacz i Bijsk. Były to drogi, którymi przy większem roznoszeniu epidemii choroba mogła być zawleczona do Europy. Na szczęście trudna komunikacya temu przeszkodziła i najdalszym punktem, do którego dżumę przeniesiono, była Urga. Mianowicie 9 kupczących Chińczyków z Urgi bawiło w Choszunach, dotkniętych chorobą, i kiedy 6 z nich zmarło, pozostali dwaj przestraszeni podążyli do Urgi. Po drodze zachorował i umarł wiozący ich woźnica mongoł, a chińczycy w kilka dni po powrocie do miasta, trzeci zaś który był wysłany wcześniej i pędził owce, ocalał przybywszy nieco później do gospody, w której zmarli jego towarzysze. Odmówił on wszakże wszelkich zeznań, jak również gospodarze »Barun-diania« (zachodniej gospody) o przebiegu choroby zmarłych gości. Władze jednak chińskie w Urdze otoczyły sznurem domostwo tej gospody i wzbroniły mieszkańcom domu wszelkiej komunikacyi z postronnymi w przeciągu tygodnia. Ciała dwóch zmarłych chińczyków wyniesiono na cmentarz w trumnie i ustawiono obok ciał innych zmarłych w oczekiwaniu, że może kiedyś przewiezione zostaną za wielką ścianę chińską. (Trzeba wiedzieć, że u chińczyków kult przodków jest bardzo czczony. Cmentarz ich w Urdze z symetrycznie stojącemi trumnami zajmuje ogromną przestrzeń, jest ogrodzony do koła i zamknięty na zamek. Mongołowie wyrzucają zwykle trupy bez trumien na pobliskie od miasta lub wsi stepy na żer psom). Jednocześnie z opisanem ogniskiem dżumy w północno-wschodniej Mongolii o wiele bliżej od współczesnego epidemicznego terenu Mandżuryi wybuchła we wrześniu samodzielnie epidemia około miasta Kerulen-orto w Choszunie Sam-Bejsa z podobnymi objawami z której zmarło do 80 ludzi; przyczyną miało być spożycie mięsa zdechłej antylopy (»dzeren«) Epidemia ustała po ustawieniu kwarantanny i zmianie koczowiska. Nakoniec w jesieni tegoż 1899 r. były pogłoski o lokalnej chorobie w Ubur choszunach, Tzun-Sunida i Dari-Gansa w Chuniczynie.

(Dok. nast.).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

H. Winterstein. **Automatyczne działanie ośrodków oddechowych.** (Pflügers Archiv. Tom 138. Z. 4—6). Ośrodki oddechowe działają automatycznie, to znaczy, że podniety do ruchów oddechowych powstają w nich samych niezależnie od podniet zewnętrznych. Istnienie pod-

niet oddechowych i sposób ich działania zależą jednak od pewnych ogólnych warunków, n. p. od składu krwi, od potrzeb ustroju. Automatyczność ośrodków oddechowych można obserwować po wyłączeniu wszelkich podniet dośrodkowych, wywołanych przez same ruchy oddechowe, a które to podniety normalnie regulują jakość i ilość oddechów. Henryk Wachtel.

H. Winterstein. **Regulowanie oddychania przez krew.** (Pflügers Archiv. T. 138. Z. 138. Z. 4—6). Na podstawie doświadczeń na nowonarodzonych ssakach, u których urządzono sztuczne krążenie, twierdzi autor, że ani brak tlenu we krwi, ani prężność kwasu węglowego jako taka, nie stanowią chemicznej regulacyi oddychania. Regulacyę tę stanowi tylko i jedynie koncentracya jonów wodorowych (kwasowych) we krwi, przyczem pobudliwość ośrodków oddechowych idzie w pewnych granicach w parze z koncentracyą tych jonów. Na zwierzętach ze sztucznem krążeniem można było przez dodanie kwasów do płynu, zastępującego krew, wywołać ruchy oddechowe. Samo odciągnięcie tlenu płynowi zastępującemu krew, nie wywołało oddechów. — Duszność, występująca przy braku dostatecznej ilości tlenu we krwi zwierzęcia prawidłowego, tłómaczy się drażnieniem ośrodków oddechowych przez niezupełnie utlenione produkty przemiany materyi, jak n. p. kwas mleczny, wytwarzający się przy pracy mięśni. Kwas węglowy również jako kwas drażni ośrodki oddechowe. — Jeżeli zawartość jonów wodorowych we krwi zmniejszy się poza pewną granicę, wówczas gaśnie zupełnie pobudliwość ośrodków oddechowych i występuje bezdech (apnoe). Wystąpi on więc po wypędzeniu kwasu węglowego z krwi przez forsowne oddychanie (n. p. oddech Cheyne-Stokesa), po wstrzyknięciu alkaliów do krwi, przy przepłukiwaniu ośrodków płynem nie zawierającym kwasów i t. d. — Wyniki doświadczeń doprowadzają autora do wniosku, że »oddychanie stanowi nadzwyczaj czuły regulator reakcyi krwi, której utrzymanie na stałej wysokości jest dla przebiegu zjawisk życiowych może niemniej ważne, niż utrzymanie wymiany gazów«. Henryk Wachtel.

Einar Palmen. **Wpływ palenia tytoniu na pracę cielesną.** (Skandinav. Archiv für Phys. T. 24, Z. 2—4). Palenie tytoniu przy lekkiej pracy fizycznej początkowo wzmaga, później jednak zmniejsza jej wydatność. Wpływ ten jest tem niekorzystniejszy, im więcej są znużone mięśnie poprzednią pracą. Henryk Wachtel.

Doc. Pletniew. **Obserwacye nad odosobnionym żołądkiem i jelitami.** (Medic. Obozr. 1911, Nr 3). Autor rozbiera szczegółowo metody badania wymiany gazów w narządach odosobnionych, opisuje własną metodę i doświadczenia nad przemianą tlenu i CO_2 w odosobnionych jelitach i żołądku i dochodzi do następujących wniosków: 1) Zapomocą pewnych urządzeń możliwe jest badanie wymiany gazów w odosobnionych narządach i tkankach, w szczególności badanie wymiany gazów w pokładzie mięsnym przewodu pokarmowego. 2) Ruch robaczkowy, obserwowany na żołądku, nie zawsze ma charakter szybko przebiegających fal; może mieć i charakter kurczowy (toniczny). Takie skurcze toniczne, tworząc głębokie bruzdy, mogą nadać żołądkowi kształt klepsydrowaty i dać powód do mylnego rozpoznania. 3) Automatyzm narządów tylko co urodzonych zwierząt jest wyższy od automatyzmu dorosłych, co się tłómaczy stopniem rozwoju i wpływem ośrodkowego układu nerwowego. Tomasz Cichocki.

Neurologia i psychiatrya.

Trapel i Walter. **Czy badanie moczu zapomocą płynu Bellosta ma wartość rozpoznawczą w porażeniu postępującem?** (Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1910/11, Nr 48). Tamaschny: **W sprawie badania moczu zapomocą płynu Bellosta** (tamże, Nr 51). Schwarz: **Płyn Bellosta jako odczynnik moczu w porażeniu postępującem** (tamże, 1910/11, Nr 1). H. Cohn: **Czy odczyn moczu z płynem Bellosta jest swoisty dla porażenia postępującego?** (tamże, Nr 2).

Butenko, a potem Beisele podali odczyn moczu dla rozpoznania porażenia postępującego, polegający na tem, że o ile do kilku cm³ moczu po zagotowaniu doda się 10—15 kr. płynu Bellosta, to w moczu chorych na porażenie postępujące ma powstać osad szarawy lub szarawo-czarny, a warstwa płynu nad osadem przybiera zabarwienie szarawo-żółte; w moczu chorych, nie cierpiących na porażenie postępujące, ma powstawać pod wpływem tego odczynnika osad biały lub białawo-żółty. Dodatni wynik odczynu u chorych na porażenie postępujące, występuje według tych autorów w 84—94%, a więc jest prawie swoistym objawem. Badania następne licznych innych autorów nie potwierdziły jednak wyników, otrzymanych przez Butenkę i Beiselego. Trapel i Walter, na znacznie liczniejszym materyale, otrzymali wynik dodatni tylko u 44% chorych na porażenie postępujące, a w 12,8% — w innych chorobach umysłowych, i w 7,4% u osób zdrowych. Tomaschny otrzymał wynik dodatni w 52%; Schwartz, Cohn — otrzymali wynik dodatni również tylko w pewnym odsetku przypadków, nawet mniejszym, niż autorowie poprzedni. Stąd wynika, że odczyn moczu z płynem Bellosta nie jest wcale swoistym dla porażenia postępującego, chociaż w tem cierpieniu występuje może trochę częściej, niż w innych chorobach umysłowych, i dlatego ma pewną wartość rozpoznawczą jako środek pomocniczy.

Grzywo-Dąbrowski.

R. Heinrich. **W sprawie rozpoznawania i leczenie padaczki samoistnej.** (Epilepsia 1911, Fasc. 3). Za padaczkę samoistną (właściwą) uważa autor tylko ten zbiór objawów, który został wywołany przez samozatrucie, powstałe na tle swoistych zaburzeń w przemianie materyi. Ustrój dotkniętego padaczką utracił zdolność zobojętniania na drodze naturalnej pewnych produktów przemiany materyi, które mają szczególnie własności trujące i powinowactwo do ośrodkowego układu nerwowego, a najwięcej do kory mózgowej. Te produkta trujące gromadzą się powoli w ustroju i gdy ilość ich dojdzie do pewnego stopnia, ustrój zapomocą napadu drgawek lub przez inne zaburzenia (psychiczne) próbuje uwolnić się od tych substancyi trujących. Istota tych toksyn nie jest znaną; być może, że odgrywają tu rolę jakąś połączenia amonowe; po napadach ilość fosforu w ustroju zmniejsza się. Co do zmian anatomicznych, znajdowanych w mózgu przy padaczce samoistnej, to autor nie przypuszcza, by stały one w jakimś związku z etyologią tej choroby. Po omówieniu leczenia bromowego i makowcowo-bromowego, polecanego przez Flechsiga, autor zastanawia się nad leczeniem padaczki bromem i kozłkiem (valeriana). Leczenie to przeprowadzał autor, stosując przetwór spasmosan, w skład którego wchodzą: kozłek, NaBr, fosfor w postaci soli sodowej kwasu glicero-fosforowego, kaskara i trochę żelaza. Łyżka stołowa tego środka, zawiera, pomijając Fe i kaskarę, 0,8 NaBr, 1,6 radix valer. 0,2 soli sodowej kwasu glicero-fosforowego. Dziennie podaje się 3 łyżki stołowe; usuwa się oczywiście wszelkie napoje wyskokowe i stosuje się możliwie ściśle bezchlorową dyetę. Na podstawie własnego doświadczenia dochodzi H. do wniosku, że spasmosan działa prędzej i pewniej, niż leczenie wyłącznie bromowe; w niektórych przypadkach, gdzie leczenie bromowe nie skutkowało, oddawał spasmosan dobre usługi.

Grzywo-Dąbrowski.

M. Astwazaturow. **O padaczce przy guzach płatu skroniowego.** (Monatsschr. f. Psych. u. Neur. 1911, Nr 4). Ścisłe określenie siedziby nowotworów mózgu jest na ogół dość trudne, a ta trudność potęguje się tem bardziej, gdy nowotwór usadowił się w takiej okolicy mózgu, która nie daje żadnych objawów ogniskowych. Jedną z takich okolic jest płat skroniowy prawy. Przy nowotworach, usadowionych w tym płacie, zwykle nie spostrzegamy ża-

dnych objawów ogniskowych, dość często występują natomiast objawy padaczki (epilepsia genuina). Z pośród 43 przypadków nowotworów płatu skroniowego prawego, dotąd opisanych, w 22 występowały zupełne napady padaczki, które często były jedynym objawem nowotworu; co do reszty przypadków, chociaż nie występowały napady zupełne, to przecież w niektórych spostrzegano inne objawy, zbliżone do padaczki, jak napady w początku lub samym końcu choroby, omamy wzrokowe i smakowe, bredzenie nocne i t. p. Napady zupełne padaczki u chorych z nowotworami płatu skroniowego prawego najczęściej spostrzegano w tych przypadkach, gdy nowotwór znajdował się w przedniej części płatu i to podkorowo, a rzadziej, gdy nowotwór wyrastał z kory, opon lub kości czaszki. U tych chorych wystąpienie napadu poprzedzał często powiew (aura) smakowy, węchowy, słuchowy lub wzrokowy. Co do charakteru histologicznego nowotworu, to najczęściej znajdowano tu glejaki, które wogóle są najczęstszymi nowotworami mózgu. Grzywo-Dąbrowski.

Fr. Stapel. **Zachowanie się źrenic przy ostrem zatruciu wyskokiem. Doświadczenia z wyskokiem u osób psychicznie zdrowych i upośledzonych.** (Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1911, Nr 3). Autor przeprowadził szereg doświadczeń nad wpływem ostrego zatrucia wyskokiem na oddziaływanie źrenic. Badania swe przeprowadzał u zwyrodniałych (imbecillitas, idiotia, hebephrenia) i u zdrowych, podając pewne ilości wyskoku w rozmaitych rozcieńczeniach wodą, i badając następnie sprawność oddziaływania źrenic na światło, zbieżność, akomodacyę, zmiany w szerokości źrenic, zmiany kształtu, oddziaływanie źrenic na bodźce zmysłowe i czuciowe i psychoreakcyę. Autor dochodzi do wniosku, że ostre zatrucie wyskokiem wywołuje następujące zmiany w źrenicach: 1. Źrenice ulegają rozszerzeniu obustronnie w jednakowym stopniu, rzadko tylko występuje zwężenie. Zmian kształtu i nierówności źrenic nie spostrzegano. 2. Zdolność przystosowania się siatkówki na zmiany oświetlenia była obniżona. 3. Oddziaływanie źrenic na światło, akomodacyę i zbieżność występowało powolniej, niż w warunkach prawidłowych, nierówności oddziaływania na obydwóch oczach nie spostrzegano. 4. Oddziaływanie źrenic na bodźce czuciowe i psychoreakcya były upośledzone. 5. Wszelkie te zmiany w oddziaływaniu źrenic występowały u zwyrodniałych już przy małych dawkach wyskoku prędzej, wyraźniej i stalej, niż u osobników psychicznie nieupośledzonych i odpornych. W stanie patologicznego upojenia może wystąpić zupełna nieruchomość źrenic (Pupillenstarre). U osobników psychicznie zdrowych nawet przy stosowaniu znacznych dawek wyskoku, w stanie upojenia nie występują znaczniejsze zmiany w oddziaływaniu źrenic i nigdy też nie występuje nieruchomość źrenic. Grzywo-Dąbrowski.

H. Oppenheim. **W sprawie badania oddziaływania źrenic na światło.** (Neurol. Centralbl. 1911, Nr 7). Oppenheim zauważył, że u niektórych osób neuropatycznych przy badaniu odruchu źrenicznego zapomocą lampki elektrycznej wcale nie występowało zwężenie źrenic, chociaż na dzienne światło źrenice oddziaływały żywo. Oppenheim tłómaczy to zjawisko w ten sposób, że nagłe oślepiające oświetlenie jako czynnik przestraszający wywołuje na drodze psychicznej rozszerzenie źrenicy i w ten sposób zostaje zatarty prawidłowy odruch źrenicy, zwężenie.
Grzywo-Dąbrowski.

Okulistyka.

Becker. **Obrzęk oczodołowy z następowem wysadzeniem oczu wskutek samozatrucia.** (Ophthalmology 1910. Vol, VII. Nr 1). Do spraw chorobowych w zakresie narządu wzroku, których powstanie różni autorowie odnoszą najczęściej do przewlekłego zatrucia jelitowego, należą przewlekłe zapalenia twardówki i jagodówki, zwłaszcza w okolicy granicy rogówkowo-twardówkowej. Można jednakowoż i inne zaburzenia oczne wprowadzić w związek przyczynowy z tego rodzaju zaburzeniami ogólnemi. I tak Fuchs odnosi do nich pewne przypadki zapalenia tkanki oczodołowej, dla których powstania nie można innej przyczyny wynaleźć. Autor opisuje spostrzeżenie, odnoszące się do 9-letniej dziewczyny, cierpiącej od dłuższego czasu na zaburzenia w trawieniu, a równocześnie na objawy astenopii, bóle głowy, zawroty, ćmienie przed oczyma, światłowstręt, łzawienie. W okresie pogorszenia objawów żołądkowo-jelitowych rozwinęło się szybko bardzo znaczne wysadzenie lewej gałki ocznej (exophthalmus) z obrzękiem powiek, bardzo znacznem upośledzeniem ruchomości we wszystkich kierunkach, jednak bez żadnych objawów zapalnych, bez szmerów naczyniowych i bez tętnienia. Na tarczy nerwu wzrokowego wyraźne objawy zastoju. Szczegółowe badanie części sąsiadujących z oczodołem nie wykazało nic, czemby można to wysadzenie gałki ocznej wytłómaczyć. Pod wpływem okładów lodowych, przy równoczesnem leczeniu przewodu pokarmowego, wysadzenie gałki w krótkim czasie ustąpiło, a wraz z niem i tarcza zastoinowa. Ruchomość wróciła, pozostało natomiast bardzo znaczne wywinięcie spojówki powieki dolnej, która tworzyła duży, kulisto-czerwony guz, o silnie napiętej, lśniącej powierzchni. Dopiero po wycięciu tej obrzękłej i, jak badanie anatomiczne wykazało, przerosłej spojówki, powróciła powieka do prawidłowego położenia, a oko wyglądało prawidłowo. K. W. Majewski.

Kiehle. **Narząd wzroku a okres przekwitania.** (Ophthalmology 1910. Vol. VII. Nr 1). Różne zmiany, zwłaszcza czynnościowe, występujące w ośrodkach mózgowych, odbijają się najwcześniej i najwyraźniej w oku. Z drugiej strony na ośrodkowy układ nerwowy wywiera bardzo często głęboki, a niekorzystny wpływ ten okres w życiu kobiety, kiedy zanika i ustaje czynność narządów rozrodczych. Ustanie fizyologicznych czynności i rozlicznych przejawów, związanych z życiem płciowem, rzadko kiedy obywa się bez zaburzeń. Napływ krwi i prąd energii nerwowej, skierowane dotąd ku narządom rozrodczym, zwracają się teraz w inne strony i wywołują objawy podrażnienia w różnych narządach ustroju. Układ nerwowy, jako wrażliwszy, najłatwiej ulega wstrząśnieniu, którego skutki objawiają się nieraz przez miesiące i lata. Ten chorobliwy stan ośrodków mózgowych odzwierciedla się w narządzie wzroku w postaci najrozmaitszych zaburzeń czynnościowych, bez podkładu anatomicznego i bez zmian dostrzegalnych. Do tego rodzaju podmiotowych zboczeń jest oko w tym okresie tem skłonniejsze, ponieważ właśnie wtedy, kiedy przypada początek okresu przekwitania, wchodzi ono w okres prezbyopii.
K. W. Majewski.

Koller. **Powrotne gruźlicze zapalenie naczyniówki.** (Ophthalmology 1910. Vol. VII. Nr 1). Dotąd przypadki zanikowego zapalenia naczyniówki (chorioiditis atrophica disseminata, albo areolaris), przypisywane były powszechnie, o ile nie towarzyszą wysokiej krótkowzroczności, najczęściej kile, mimo braku dostatecznego uzasadnienia. W większości przypadków leczenie swoiste rtęcią i jodem nie odnosi prawie żadnego skutku. Zdaniem autora nie kiła, ale gruźlica jest w wielu przypadkach właściwą przyczyną tych zmian. Dotąd ogólnie znane i uznane są dwie postacie gruźlicy naczyniówki: ograniczony guz gruźliczy (tuberculoma chorioideae) i prosówkowa gruźlica naczyniówki (chorioiditis tuberculosa miliaris), występująca w przebiegu gruźliczego zapalenia opon mózgowych, ogólnej gruźlicy prosówkowej, lub wreszcie w końcowych okresach rozpadowej gruźlicy płuc. Autor wykazuje, że trzeba przyjąć istnienie jeszcze trzeciej postaci, przedstawiającej obraz wziernikowy, zbliżony do zwykłego rozsianego zapalenia naczyniówki (chorioiditis disseminata) i występującej bądźto u osób wybitnie gruźliczych, bądź też u takich, u których w narządach wewnętrznych istnienia zmian gruźliczych wykryć nie można. Zmiany na dnie oka przedstawiają w różnych okresach choroby obraz odmienny, ale ostatecznie wiodą do

powstania białych plam zanikowych z czarną obwódką barwikową i z rozsianymi złogami barwika. Sprawa chorobowa przebiega nietyle nawrotami, jak raczej z okresowem pojawianiem się oddzielnych grup świeżych ognisk.

K. W. Majewski.

Meyerhof. **Badania nad etyologią jaglicy.** (Revue d'opht. 1910. Nr 7). Wielka trudność zwalczania jaglicy tkwi w nieznajomości jej etyologii. Liczne poszukiwania bakteryologiczne nie doprowadziły do niczego. Autor wraz z Dreyerem badał bakteryologicznie wydzielinę spojówkową w trzech tysiącach przypadków, ale wśród bogatej flory bakteryjnej w wydzielinie jagliczej nie znalazł drobnoustrojów, którymby można przypisać rolę w etyologii jaglicy. Z kolei przechodzi M. odkrycia nowsze Prowazka, Halberstättera i Greeffa, którym dotąd nie udało się jednak dostarczyć dowodu, że ciałka jaglicze, tak często w przypadkach świeżej jaglicy spotykane, są rzeczywiście czynnikiem, powstanie jaglicy wywołującym. M. jednakowoż ze względu, że wedle jego własnych badań ciałka te spotyka się w dużym odsetku przypadków jaglicy, a tylko rzadko lub wcale nie spotyka się ich w innych chorobach spojówki, uważa wykazanie ich obecności za jeden ze szczegółów rozpoznawczych, które w przypadkach wątpliwych mogą przeważyć rozpoznanie na stronę jaglicy. K. W. Majewski.

Curtil. **Dwa przypadki przerzutowego zapalenia oka, naśladujące glejaka siatkówki.** (Revue gen. d'opht. 1910. Nr 12). Przy sposobności ogłoszenia dwóch spostrzeżeń glejaka pozornego (pseudoglioma) omawia C. znamiona kliniczne, zapomocą których, na podstawie dotychczasowego zasobu doświadczeń kazuistycznych i danych z literatury, możnaby przed wyjęciem oka rozstrzygnąć wątpliwość, czy mamy przed sobą prawdziwego glejaka złośliwego, czy też t. zw. glejaka rzekomego. Wątpliwość zachodzi w istocie w tych tylko przypadkach, w których wiek chorego nie wyłącza jeszcze glejaka siatkówki. Wiadomo, że glejak występuje najczęściej u dzieci w pierwszych 2 lub 3 latach życia, po 3 latach zdarza się już bardzo rzadko, a po ukończonym siódmym roku prawie nigdy. Z objawów klinicznych różniczkowych żadnemu nie można przypisać znaczenia rozstrzygającego. Pewną wartość posiada objaw Brièrea, że w przeciwieństwie do glejaka prawdziwege, przy glejaku pozornym unaczynienie ogranicza się do sieci żylnotętniczej na powierzchni guza, rozprzestrzenionej w jednej płaszczyźnie, ponieważ sieć ta odpowiada odczepionej siatkówce. Wobec trudności rozróżnienia najlepiej mieć w pamięci zasadę, że stokroć mniejszą szkodę poniesie chory, gdy mu się usunie oko dotknięte plastycznem zapaleniem śródgałkowem, dla wzroku i tak stracone, niż jeśli mu się zostawi gałkę oczną, w której rośnie nowotwór złośliwy.

K. W. Majewski.

Rollet. **Przeszczepienie naczynia krwionośnego w celu zastąpienia wyłuszczonego woreczka łzowego.** (Revue gen. d'opht. 1910. Nr 11). Aby zapobiedz następowemu zarośnięciu jamy, powstałej po wyłuszczeniu woreczka łzowego, wkłada autor bezpośrednio po operacyi zgłębnik na stałe (à demeure). Jednakowoż po wyjęciu jego przewód przecież niejednokrotnie zarasta. W ostatnich czasach powziął R. myśl plastyki żylnej w celu zachowania drożnego przewodu dla odpływu łez. Zachęciły go do tego pomyślne wyniki wszczepiania naczynia żylnego, uzyskane przez Tantona przy próbach plastyki cewki moczowej. Na wzór takiej uretroplastyki obmyślił R. lakrymoplastykę, polegającą na wszczepieniu kawałka żyły (vena cephalica medialis) z przedramienia, długości jednego centymetra. Bezpośrednio po wyłuszczeniu woreczka wkłada R. przez punkcik łzowy dolny metalowy zgłębnik odpowiedniej grubości, a gdy jego koniec ukaże się w głębi jamy operacyjnej, nadziewa nań świeżo wycięty kawałek żyły, poczem wprowadza zgłębnik dalej, przez przewód łzowy, aż do nosa. Górny koniec żyły zrasta się z dolnym kanalikiem łzowym, dolny zaś łączy się z przewodem nosowołzowym. Gdy zgojenie doraźne jest już zapewnione, wyjmuje R. zgłębnik.

K. W. Majewski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne dn. 31 stycznia 1911 r.

1) Borzymowski przedstawił chorego, zranionego nożem szewskim, u którego dokonał **zeszycia dwóch ran serca**.

2) Kryński wygłosił rzecz p. t. **Punkty sporne w »appendicitis acuta«.** Zaznaczywszy na wstępie, że literatura, dotycząca sprawy zapalenia wyrostka robaczkowego, przed 5 laty przechodziła już liczbę 7000, prelegent na zasadzie literatury i własnych spostrzeżeń rozpatruje zagadnienia sporne, dotyczące ostrego zapalenia wyrostka. Już co do patogenezy tego cierpienia są punkty sporne. Mamy tu dwa odrębne zapatrywania, dwie szkoły. Jedni uważają tę sprawę za miejscową, drudzy za chorobę ogólną. Obie szkoły opracowane zostały przeważnie przez lekarzy francuskich. Prelegent, omówiwszy panujące teorye, dochodzi do wniosku, że mamy tu do czynienia z patogenezą miejscową. W sprawie objawów zaznacza, że nie mamy żadnego pewnego, za najważniejsze jednak uważa prelegent napięcie mięśniowe i ból. Następnie porusza mówca jeszcze sprawę nakłucia próbnego i przytacza zdanie Roux, że jestto zabieg często niebezpieczny, a zawsze niepotrzebny. Najważniejszym punktem spornym jest sprawa wczesnego operowania. Omówiwszy panujące obecnie w tej sprawie poglądy i zaznaczywszy różnicę w zapatrywaniach większości chirurgów i internistów, dochodzi prelegent do następujących wniosków: tam gdzie istnieje ropień, należy go jak najwcześniej otworzyć, jest tylko rzeczą sporną, czy trzeba wycinać wyrostek, czy też tylko wypuścić ropę. Zdaniem prelegenta wyrostek należy usuwać tylko wtedy, o ile go łatwo można znaleźć, jeżeli niema zrostów i wogóle trudności technicznych. Druga postać, wymagająca natychmiastowego zabiegu operacyjnego, jest wtedy, kiedy mamy objawy ogólnego zajęcia otrzewnej, kiedy nie doszło jeszcze do ropienia. Tutaj jedynie operacya może uratować chorego, choć śmiertelność dochodzi do 80%. Co się tyczy operowania w pierwszych 48 godzinach, to prelegent jest zwolennikiem operowania cięższych przypadków, przypadki lekkie zaś, o ile nasilenie objawów chorobowych się zmniejsza, mogą być leczone wewnętrznie. Operacya wyrostka robaczkowego w pierwszych 48 godzinach jest zabiegiem jeszcze łatwiejszym, niż operacya »à froid«. Nie mamy tutaj jeszcze żadnych zrostów. Ważnym szkopułem jest to, że w pierwszych 48 godzinach trudno jest nieraz rozpoznać zapalenie wyrostka robaczkowego.

W dyskusyi zaznacza Ciechomski, że musi być porozumienie między internistami i chirurgami co do punktów wytycznych, dotyczących przedewszystkiem przypadków ciężkich, które należy operować jaknajwcześniej. Ból i napięcie mięśniowe zdaniem mówcy nie mają tak wielkiej wagi w ocenie ciężkości przypadku, a nawet w znaczeniu rozpoznawczem. Najważniejszym objawem jest wysoka ciepłota. Niema ciężkiego przypadku bez wysokiej ciepłoty. Jeżeli wysokiej ciepłocie towarzyszą dreszcze, to wtedy mamy najczęściej zgorzel i wtedy należy operować jaknajwcześniej. W parze z ciepłotą idzie zwykle wysokie tętno. Oprócz tych objawów mowca zwraca uwagę na rozwolnienia, które występując w początkach zapalenia wyrostka zwykle w przypadkach ciężkich, są objawem septycznym.

Leśniowski jest zwolennikiem operowania wyrostka robaczkowego w każdym przypadku, jak tylko się rozpoznało

zapalenie wyrostka, ile możności w pierwszych godzinach, gdyż na zasadzie objawów nie możemy określić, czy to jest tylko przekrwienie, czy też przedziurawienie wyrostka. Mówca zdaje sprawę z 6 świeżo operowanych przez siebie przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego w ciągu 48 godzin od początku napadu. We wszystkich tych przypadkach z zejściem pomyślnem operacya nie była cięższa, niż bywa »à froid«. Co do wycinania wyrostka robaczkowego przy otwarciu ropnia, mówca jest zdania, że należy dążyć jednak do tego, aby wyrostek usuwać.

Starkiewicz zapytuje, czy prelegent sprawdzał metodę wymacywania wyrostka, proponowaną przez Prof. Jaworskiego. Co do porozumienia się wzajemnego chirurgów i internistów co do leczenia operacyjnego zapaleń wyrostka, to sprawa ta zdaniem mówcy wymaga otwartego stwierdzenia faktu, że wielu chirurgów, teoretycznie wyznających zasadę bezwzględnego operowania we wczesnym, a nawet w każdym okresie choroby, w praktyce bardzo często okazuje się zwolennikami kunktatorstwa. Głównym powodem rozbieżności zdań większości chirurgów i internistów jest niezawodnie to, że niema dotychczas pewnych objawów, któreby pozwoliły w początku choroby ocenić, czy dany przypadek będzie miał przebieg ciężki, czy lekki. Mówca przytacza odpowiedni przypadek.

Sokołowski twierdzi, że tylko obserwacya całokształtu objawów może rozstrzygnąć o ciężkości przypadku i o potrzebie zabiegu chirurgicznego. W szeregu objawów na pierwszem miejscu stawia mowca charakter tętna, potem ciepłotę, na trzeciem dopiero ból. Jest jeszcze jeden ważny objaw w przypadkach ciężkich, a mianowicie wyraz toksyczności chorego. Co się tyczy środków przeczyszczających, to w praktyce szpitalnej niema prawie chorego, któryby nie brał ich w zapaleniu wyrostka. Nie może to być więc metoda tak szkodliwa.

Borzymowski zaznacza, że od r. 1905 wszystkie przypadki ostrego zapalenia wyrostka na jego oddziale są jaknajwcześniej operowane bez względu na dzień choroby. Już w pierwszych przypadkach przekonał się mowca, że przy niewielkiej ciepłocie i tętnie zdarzają się znaczne zmiany. Wyniki operacyi, obejmujące już kilkaset przypadków, przekonały go, że należy operować wszystkie ostre przypadki i to jaknajwcześniej.

Krauze nie zgadza się z tem, aby zawsze w przeciągu 48 godzin operować ostre zapalenie wyrostka, gdyż rozpoznanie nie zawsze jest pewne. Zdarza się nieraz, że rozpoznano zapalenie wyrostka robaczkowego, a potem okazało się, że to było zapalenie płuc. Zdaniem mówcy ból ma bardzo doniosłe znaczenie, szczególnie jeżeli jest stały i w oznaczonem miejscu; jeżeli przytem jest jeszcze ciepłota wysoka, tętno przyspieszone, to w takich przypadkach z operacyą zwlekać nie należy.

Dalszy ciąg dyskusyi odłożono do następnego posiedzenia. Tadeusz Wilczyński.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z d. 15 października 1910.

Obecnych 17 członków.

I. Kol. Wacław Kohn mówił o praktycznej **modyfikacyi odczynu Wassermana.** Po wyjaśnieniu w ogólnych zarysach teoryi klasycznego odczynu Wassermana zaznaczył prelegent, że modyfikacya Prof. Dungerna mało się różni od modyfikacyi Nogouchiego. Polega na tem, że Dungern zamiast czerwonych ciałek krwi barana stosuje krwinki ludzkie i odpowiednio zastosowany dwuchwytnik. Ten dwuchwytnik otrzymuje Dungern pod wpływem wstrzykiwań kozie przez pewien okres czasu czerwonych ciałek krwi ludzkiej. Surowica badana jest nieunieczynniona, dopełniacz zasuszony i odpowiednio dawkowany na bibułkach. Technika bardzo prosta, przystępna dla każdego lekarza, nie posiadającego urządzenia laboratoryjnego. Praktyczne wyniki modyfikacyi Dungerna nie są dość pewne. Zasuszony dopełniacz po pewnym czasie traci swą wartość, następnie dwuchwytnik stosuje się w zbyt dużem stężeniu, wreszcie nieunieczynnianie surowicy również może wpłynąć ujemnie na odczyn. Wobec powyższego w celach rozpoznawczych wykonywać należy wyłącznie odczyn klasyczny i używać kilku wywoływaczy, jak to czyni obecnie Dr Eisenberg w Krakowie.

W dyskusyi omawiano wartość rozpoznawczą klasycznego odczynu Wassermana. Kol. Bellon dowodzi, że odczyn ten nie daje bezwzględnej pewności w rozpoznawaniu. Może go brakować w poszczególnych przypadkach niewątpliwej kiły. Nawet w jednym i tym samym przypadku, zależnie od pracowni, otrzymywano niezgodne wyniki. Tylko dodatni wynik odczynu uważany być może za objaw swoisty. Dla pewności należy w każdym przypadku stosować najmniej trzy wywoływacze. — Kol. Batawia podnosi, że w chorobach gardła i nosa odczyn Wassermana nie jest miarodajny, gdyż, jak to zauważono na posiedzeniu laryngologów w Wiedniu, otrzymywano wyniki ujemne w typowych, nie ulegających wątpliwości przypadkach kiły. Prócz tego zabierali jeszcze głos kol. Rozenfeld i Pasierbiński.

II. Kol. Pasierbiński z Zawiercia wygłosił rzecz: **O wpływie ciąży na ustrój kobiecy.** Po krytycznem i szczegółowem rozważeniu wszystkich zmian, zachodzących w ustroju kobiety, wygłosił prelegent następujące wnioski: 1) Jakkolwiek w ustroju kobiety niema ani jednej tkanki, ani jednego narządu, któryby nie ulegał pewnym zmianom pod wpływem ciąży i jakkolwiek zmiany mogą wywoływać cały szereg zaburzeń i przemijających objawów chorobowych, to jednak ze stanowiska fizyologii i patologii wpływ ujemny tych zmian na ustrój zdrowy kobiety jest nadzwyczaj mały. 2) Tylko przy istniejącem już usposobieniu może ciąża być przyczyną cięższych zaburzeń w ustroju kobiety. 3) Przez pobudzenie przemiany materyi i zwiększoną żywotność tkanek wpływ ten poniekąd można nazwać dodatnim. W końcu omówił kol. P. czynniki, które w dalszym ciągu macierzyństwa (poród, połóg, karmienie piersią) są najbardziej szkodliwe dla zdrowia.

W dyskusyi zwraca uwagę kol. Batawia na pominięcie zmian, jakie zachodzą podczas ciąży w krtani. — Kol. Biegański przypomina o zmianach powstających w układzie kostnym. — Kol. Rozenfeld uważa wywody kol. P. o niedokrwistości podczas ciąży za przecenione.

III. Na członka rzeczywistego Towarzystwa przyjęty został kol. L. Kędzierski.

Posiedzenie z d. 19 listopada 1910.

Obecnych 19 członków.

I. Kol. Bellon odczytał referat **o leczeniu kiły przetworem Ehrlicha »606«.** Po skreśleniu w krótkim zarysie badań doświadczalnych nad kiłą u zwierząt i hipotezy Schaudinna o pokrewieństwie krętków ze świdrowcami, wyłożył kol. B. przewodnią ideę hemoterapii Ehrlicha, poczem opisał badania Hata nad leczeniem różnych zakażeń krętkowych u zwierząt, kliniczne badania Alta nad arsenofenylglicyną, wreszcie wyniki dotychczasowych spostrzeżeń klinicznych nad przetworem Ehrlicha. Opisał wpływ tego środka na objawy różnych okresów kiły nabytej, na kiłę dziedziczną i na odczyn serologiczny. Po rozbiorze przypadków śmiertelnych, kol. Bellon omówił wskazania, przeciwwskazania, do których zalicza ciężkie schorzenia układu nerwowego i naczyniowego, metodykę i dawkowanie wstrzykiwań. W końcu mówił o wynikach otrzymanych przez Iversena w leczeniu gorączki powrotnej.

II. Pan apt. Nowak mówił **o aptekarstwie.** Na wstępie podkreślił konieczność przystosowania się aptekarstwa do poziomu i wymagań medycyny współczesnej. Mówił więc o rozwoju nauk farmaceutycznych wogóle, w szcze-

gólności zaś farmakognozyi, która dzisiaj stała się nauką doświadczalną o bardzo szerokim zakresie. W dalszym ciągu odczytu wyodrębnił pojęcie zawodu aptekarskiego od pojęcia samej apteki. Najwięcej czasu poświęcił p. N. sprawie uprzywilejowania aptek, zaznaczając w tej kwestyi zupełną rozbieżność poglądów w prawodawstwie różnych państw europejskich. Podał jako fakt, że w państwach, posiadających apteki nieuprzywilejowane, lekarstwa są droższe (Anglia, Francya), że w państwach tych społeczeństwo i aptekarze domagają się wprowadzenia ściślejszej reglementacyi handlu środkami lekarskimi.

Następnie omówił położenie apteki w państwie rosyjskiem, przedstawił projekt rządowy, mający na celu zniesienie przywilejów, wreszcie zapatrywania, wypowiedziane na Pirogowskim Zjeździe lekarzy. W końcu opisał rozwój stowarzyszeń i zrzeszeń farmaceutów w Królestwie polskiem, których celem jest działalność naukowa i ekonomiczna. Między innemi dążą one do wyrugowania specyfików zagranicznych, nieraz bardzo drogich, a problematycznej wartości. Dyskusyę z powodu spóźnionej pory odłożono do następnego posiedzenia. Karol Rozenfeld.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

67. Zebranie Ogólne dnia 4. marca 1911.

1. Na przewodniczącego Zebrania wybrany został kol. Fidler.

2. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego zebrania.

3. Kol. Przewodniczący zawiadamia zebranie o pojawieniu się w Radomiu 12 przypadków duru plamistego oraz o epidemii ospy i płonicy i prosi kolegów o regestracyę, oraz o zawiadamianie lekarza sanitarnego kol. Szczepaniaka.

Kol. Pełczyński zawiadamia o trzech pokojach dla odosobnienia chorych w »barakach czerwonych«, gdzie można korzystać i z kuchni szpitalnej.

Kol. Basiński zapytuje, czy nikt z kolegów nie stosował salvarsanu przy durze plamistym. — Kol. Przewodniczący odpowiada, że przy durze powrotnym byłoby zupełnie słusznem stosowanie »606«, lecz wobec tego, że zarazka duru plamistego właściwie dotąd nie znamy, stosowanie salvarsanu nie jest wskazane.

Dalej wspomina kol. przewodniczący o stosowaniu tuberkuliny przy porażeniu postępującem: z 86 przypadków było 25 zupełnego wyleczenia. — Kol. Marks zaznacza, że zarządzając przed 30 laty oddziałem kiłowym zauważył, iż przy chorobach gorączkowych wszelkie wysypki kiłowe szybciej znikały. — Kol. Fuksiewicz zaznacza, że rzeczywiście wysypki kiłowe w takich warunkach szybciej znikają, ale też i szybciej powracają.

4. Przystąpiono do balotowania na członka Towarzystwa kol. Mojżesza Kellerwornja. Po przeliczeniu głosów okazało się, że kol. K. został jednogłośnie na członka Towarzystwa wybrany.

5. Przystąpiono do dalszego rozpatrywania **projektu organizacyi**. Co do § 20 projektu punktu D uchwalono: »Sprawę uwzględniania obecności lekarza miejscowego przy określaniu wysokości wynagrodzenia za wyjazd poddać pod głosowanie przy powtórnem czytaniu całego projektu, przyczem prosić wnioskodawców o przedstawienie umotywowanych wniosków: 1) za podniesieniem ceny wyjazdu i oznaczeniem minimum dla miejscowości, posiadających stałego lekarza i 2) za utrzymaniem lub obniżeniem taksy dla miejscowości, nie posiadających stałego lekarza«.

68. Zebranie Ogólne 18. marca 1911.

1. Na przewodniczącego zebrania wybrany kol. Fidler.

2. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego zebrania.

3. Kol. Przewodniczący wygłosił wspomnienie pośmiertne członka Towarzystwa ś. p. kolegi Franciszka Ksawerego Goderskiego, zmarłego w Warszawie 16. marca 1911 roku i wezwał obecnych do uczczenia pamięci zmarłego przez powstanie. Ś. p. Franciszek Ksawery Goderski urodził się 3. XII. 1866 roku, lekarzem został 4. XII. 1897 r., złożył egzamin lekarza powiatowego 28. III. 1898 r., lekarzem m. Kozienic został 18. II. 1898 r., lekarzem powiatu kozienickiego 24. VIII. 1909 r., przeniósł się do Końskich na taką samą posadę 1. XII. 1910 r. W Kozienicach założył straż ogniową i kasę pożyczkowo-oszczędnościową.

4. Kol. Cung odczytał rzecz: **O metodach wczesnego rozpoznawania raka żołądka.**

W dyskusyi zaznacza kol. Fidler, że odczyn Glużińskiego został w jego własnej klinice zarzucony. — Kol. Kelles-Krauz zapytuje prelegenta, w jaki sposób odbywa się badanie rentgenoskopowe. — Kol. Cung odpowiada, że badanie rentgenoskopowe wykonywa się zapomocą poprzedniego zadania do żołądka bizmutu. — Kol. Fidler zaznacza, że zapomocą bizmutu można tylko stwierdzić przepuszczalność odźwiernika: mianowicie, jeżeli po trzech godzinach bizmut jeszcze zalega, to można stwierdzić zwężenie. — Kol. Zbrożek widział raka żołądka, rozpoznanego zapomocą rentgenoskopii. Sekcyi w tym przypadku jednakowoż nie było. — Kol. Fuksiewicz zaznacza, że bizmut, zadany do żołądka, zalega tam nierównomiernie. — Kol. Raszkes zaznacza, że Holzknecht określa obecność nowotworu w żołądku bez bizmutu.

5. Przystąpiono do rozpatrywania **organizacyi** zawodowej. Uchwalono w dalszym ciągu § 14 (§ 20 projektu): »Uwaga. Honoraryum za naradę odbiera ordynator i wręcza konsultantowi«. »E) Za operacye i wszelkie rękoczyny płaci się każdorazowo według umowy« oraz § 15 (§ 22 projektu) »Uwzględniając wyjątkową nędzę, zobowiązujemy się radzić nawet zadarmo lub przyjmować opłatę niższą od taksy zarówno u siebie w gabinecie, jak i na mieście«.

Członek Zarządu sekretarz: T. Rakowski.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie z dnia 3. lutego 1911 r.

1) Kol. Dziembowski wygłasza wykład: **O hormonach.** Autor daje pogląd na rozwój teoryi o hormonach, czyli owych ciałach chemicznych, które wydzielają gruczoły bez wyraźnego przewodu odprowadzającego, jak np. gruczoł tarczowy, nadnercze i t. d. Hormony uważano dawniej za fermenty. Tymczasem nowsze badania wykazały, że są to ciała chemiczne, które działają biologicznie, a nie jak fermenty, które taksamo mogą działać w ustroju, jak »in vitro«. Teoryą hormonów starano się w nowszych czasach wytłomaczyć niektóre zjawiska patologiczne, jak naprzykład zachorzenia narządów wtórorzędne. Niemniej i fizyolodzy, jak Frank i Starling, starają się wykazać, że zmiany pewne chemiczne w narządach trawienia wytwarzają pewne ciała, które uważają za hormony. Te ciała mają, dostawszy się na drodze krwi do wątroby, względnie trzustki, pobudzać ich czynność wydzielniczą. Hormon dla wątroby nazwano sekretyną. Teorye te o działaniu hormonów na trawienie nie są jeszcze ustalone. Ale jakkolwiek się one rozwiną, mamy niezbite na to dowody, że hormony są owemi ciałami, które w ustroju przenoszą działanie wzajemne narządów na siebie.

2) Kol. Łazarewicz: **O wazodylatynie Popielskiego.**

Autorzy obcy nie zajęli się studyami Popielskiego, który zastosował naukową analizę do zjawisk, spostrzeganych przez drugich. Objawy po śródżylnem wstrzyknięciu wazodylatyny są następujące. Naprzód gwałtowny spadek ciśnienia krwi, którego minimum następuje po 3 sekundach. Powodem tego spadku ciśnienia jest niedokrwienie

mózgu i podrażnienie nerwu trzewnego. Po stanie podniecenia następuje stan niemocy. Gwałtowne niedokrwienie mózgu jest bodźcem dla ośrodków nerwowych. Samo obniżenie ciśnienia można wywołać rozmaitymi środkami, ale bez wydzieliny trzustki, bo brak drugiego warunku: niekrzepliwości krwi. Atropina działa podobnie, jak wyciąg z narządów. Wydzielanie soku trzustkowego nie jest bezpośrednim skutkiem działania hormonu, lecz jest następstwem obniżenia ciśnienia i niekrzepliwości krwi. Przeciwko temu zatruciu można ustrój uodpornić podobnie, jak w autanafilaksyi. Dodatek świeżej krwi do wyciągu wywołuje utratę wpływu tego wyciągu. Hormony żołądkowe działają nieco odmiennie. Tłomaczy się to różną budową gruczołów w trzustce i żołądku, oraz sposobem ciśnienia naczyń przepełnionych na nie. Napływ krwi do żyłek, otaczających gruczołki żołądkowe, ściska gruczołki, przez co nie mogą one wydzielać. Ruch robaczkowy jelit wzmaga się pod wpływem dużych dawek wyciągu. Wazodylatynę można wydobywać tylko z bardzo świeżych narządów; po kilku godzinach znika ona w narządach pod wpływem ciała, nazwanego przez Popielskiego antywazodylatyną. Pod wpływem soku żołądkowego można wyciągnąć wazodylatynę n. p. z chleba. Wogóle każde przetrawione białko powoduje wydzielanie żołądka. Wazodylatyna nie zawiera ani siarki, ani fosforu, natomiast wodory, azot, tlen i węgiel.

W dyskusyi zaznacza radca Fr. Chłapowski, że wykład kol. Łazarewicza nie zbija tez, postawionych przez mówcę. Pojęcia Popielskiego po części są przyjęte, n. p. zajmuje się niemi szwed Noef. Starling nie uznaje nazwy hormonów co do gruczołów, mających przewód. — Kol. Święcicki zwraca uwagę, że teorya Popielskiego, choć niewątpliwie bardzo pomysłowa, może jednak zbyt schematycznie tłómaczy odnoszące się tu zjawiska. Co do nadwrażliwości, to za mało zwrócono uwagi na układ nerwowy. Mowca wspomina o teoryi Nicollea o uodpornieniu. Gdyby można niweczniki rozmnożyć w ustroju, możnaby wpływać korzystnie na zakażenie. Środkiem takim jest wzrost ciepłoty. Tem się też tłomaczy korzystny wpływ gorących okładów i kąpieli w chorobach zakaźnych. — Kol. radca Chłapowski: Co do nadwrażliwości, to istnieją dwa prądy naukowe, jeden bakteryologiczny, drugi farmakologiczuy (n. p. Popielski). Bakteryolodzy obawiają się, by publiczność nie zaczęła się obawiać surowic. Wagner w Wiedniu zwrócił uwagę na wpływ wstrzyknięć zakaźnych podnoszących ciepłotę. — Kol. Mieczkowski: Henle w Dortmundzie zastosował hormon z dwunastnicy celem pobudzenia ruchu robaczkowego i wyraża się korzystnie o działaniu tego środka przy niedowładach pooperacyjnych jelit. — Kol. Łazarewicz podtrzymuje teoryę Popielskiego i podnosi doniosłość odkrycia Friedmanna i Friedbergera, że precypityny są niwecznikami dla białka. Jeśli jest dużo precypityn w ustroju, potrzeba mało białka do utworzenia anafilatoksyny, by wywołać silny kolaps. Jeśli wielka ilość bakteryi rzuci się na ustrój, to wytwarza się wielka dawka anafilatoksyny. Prawdopodobnie anafilatoksyna i wazodylatyna są sobie bardzo blizkie. Lecznictwo więc będzie musiało pracować w tym kierunku, by powstrzymać niekrzepliwość krwi i spadek ciśnienia. Surowica wysokowartościowa nie może działać szkodliwie jako taka.

Nadzwyczajne Zebranie Wydziału w dniu 14 lutego 1911 r.

Prezes radca Dr Chłapowski wita w gorących słowach prof. J. Nowaka, prezesa komitetu XI. Zjazdu lek. i wyraża mu wdzięczność za przybycie do Poznania.

Prof. Dr Nowak składa Wydziałowi pozdrowienie od Wszechnicy Jagiellońskiej, która jest wspólną własnością całej Polski. Następnie przedkłada program Zjazdu, który pod wielu względami będzie innym od dotychczasowych. Mianowicie połączono niektóre sekcye, by prace więcej ześrodkować.

W dyskusyi wyłania się jednomyślne życzenie i prośba do komitetu, by w myśl uchwały warszawskich lekarzy przełożyć termin Zjazdu na wrzesień. — Kol. Karwowski wyraża żal z powodu połączenia sekcyi dermatologicznej z wewnętrzną. Dermatologia w latach ostatnich tak ogromne zrobiła postępy, tak się wyodrębniła od innych działów, że łączenie jej z medycyną wewnętrzną uważa za anachronizm, tem bardziej, że z 6 tematów projektowanych jeden tylko może interesować dermatologów. Prosi więc z jednej strony o utworzenie jeśli nie sekcyi, to podsekcyi dermatologicznej, a następnie o umożliwienie dermatologom wzięcia udziału w obradach urologicznych chirurgów przez odpowiedni rozkład posiedzeń. — Kol. Gantkowski odczytuje uchwały komitetu zjazdowego w Poznaniu.

W końcu kol. Święcicki zwraca się w gorących słowach do Czcigodnego Gościa, podnosząc, że pierwszy raz bawi w naszej dzielnicy, ale znamy go oddawna. Dzięki jego inicyatywie powstał w Krakowie taki Instytut mikrobiologii eksperymentalnej, jakich mało w Europie. Z jego pracowni wychodzą corocznie cenne prace. Obecnie księgarnia Fischera w Jenie wydaje »atlas bakteryologiczny«, dzieło pomnikowe, a wyszłe z krakowskiego Instytutu prof. Nowaka. Że powstał w Krakowie »Dom lekarski«, i to jest w wielkiej mierze zasługą prof. Nowaka, który umiał przyjaciela swego Wyspiańskiego nakłonić do upiększenia tegoż Domu lekarskiego swemi dziełami. Mowca wita więc gościa krakowskiego nietylko jako uczonego, jako prezesa przyszłego Zjazdu, ale także jako serdecznego druha największego poety polskiego naszej doby.

Adam Karwowski.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Ustawa o chorobach zakaźnych.

Projekt rządowy ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych, od półtrzecia roku zalegający w parlamencie [1]), spotkał się z krytyką z wielu stron, a przedewszystkiem ze strony lekarzy i higienistów. Proponowane przez te koła rozmaite poprawki i uzupełnienia nie zostały jednakże uwzględnione przez Izbę Panów, podobnie, jak nie zostały uwzględnione wnioski galicyjskiego Wydziału krajowego. Natomiast, jak się zdaje, wzbudzą wnioski kół lekarskich więcej uwagi w Izbie posłów, zwłaszcza zaś te poprawki, które proponuje w wydanym niedawno memoryale [2]) »Wydział centralny higieny publicznej« (Centralausschuss für öffentliche Gesundheitspflege) w Wiedniu, reprezentujący jedenaście Towarzystw, działających na polu higienicznem. Wobec tego, że wnioski tego »Wydziału centralnego« będą prawdopodobnie w znacznej części przyjęte — przynajmniej przez komisyę sanitarną parlamentu —, należy się z nimi zapoznać i porównać je z postulatami, podnoszonymi przez ankietę krajową i Wydział krajowy galicyjski.

Proponowane przez »Wydział centralny« poprawki dotyczą odgraniczenia zakresu działania różnych czynników przy stosowaniu przyszłej ustawy, przepisów ustawy z punktu widzenia wymogów sanitarnych i sprawy odszkodowania ludności, którą to sprawą rządowy projekt zajmuje się zupełnie niedostatecznie. W proponowanych poprawkach akcentuje »Wydział centralny« i wznawia wiele pominiętych w projekcie rządowym punktów orzeczenia Najwyższej Rady Zdrowia.

---

[1]) Projekt ustawy, wniesiony do Izby Panów w listopadzie 1908, uchwalony został przez nią w czerwcu 1909. Obrady nad ustawą rozpoczęła komisya sanitarna Izby posłów dopiero w marcu 1911, zanim jednak załatwiła pierwsze paragrafy, nastąpiło rozwiązanie Izby.

[2]) Ogłoszone drukiem w »Oesterr. Vierteljahrschrift für öffentl. Gesundheitspflege« 1911. Z. I., (w streszczeniu w »Wiener klin. Wochenschrift« 1911. Nr 14, str. 497). Odbitki nabyć można w Redakcyi wspomnianego kwartalnika (Wien, IX./2 Kinderspitalgasse 15).

»Wydział centralny« żąda jasnego określenia praw i obowiązków lekarzy, powołanych do zwalczania chorób zakaźnych. Powinni mieć ci lekarze prawo sami wydawać konieczne zarządzenia w przypadkach groźnego niebezpieczeństwa w każdej chorobie zakaźnej, a bezwzględnie zawsze wobec dżumy, cholery, ospy, duru plamistego, płonicy, błonicy, wodowstrętu i ukąszenia przez zwierzęta wściekłe. Podobnie jak w Niemczech powinni lekarze mieć prawo zarządzenia i przeprowadzenia badań i wywiadów niecierpiących zwłoki nawet bez specyalnego urzędowego polecenia. Gminy i władze polityczne powinny wszelkie zarządzenia przeprowadzać zawsze za pośrednictwem swego lekarza urzędowego, jak również niezwłocznie zawiadamiać go o wszelkich wpływających doniesieniach o chorobie zakaźnej. Gdzie do rozpoznania choroby konieczną okaże się sekcya zwłok, powinien lekarz urzędowy, działający przy władzy politycznej I instancyi, mieć prawo w nagłych przypadkach sam ją zarządzić. Przy zakazach uczęszczania do szkoły należy postępować »według wskazówek lekarza urzędowego«.

Oprócz osób chorych, powinny być w odpowiednich przypadkach odosobniane także osoby podejrzane o chorobę. Postanowienie projektu rządowego, aby odkażanie było wykonywane »w miarę potrzeby pod kierunkiem fachowym«, uważa »Wydział centralny« za niejasne i niewystarczające. Opróżniania i czyszczenia dołów kloacznych, wychodków, kanałów i t. p., o którem wspomina projekt rządowy, nie należy wymieniać, a natomiast, zdaniem »Wydziału centralnego«, byłoby rzeczą pożądaną, w danym razie zakazać takiego opróżniania w czasie panującej epidemii. Projekt rządowy postanawia, że zakaz używania wody nie może dotyczyć nigdy używania wody do celów przemysłowych i do motorów wodnych, oraz że zakłady przemysłowe mogą być zamknięte dopiero »po zasięgnięciu opinii« inspektora przemysłowego. Oba te postanowienia są niezgodne z postulatami sanitarnymi. Uwzględniając względy ekonomiczne, proponuje »Wydział centralny«, aby zakaz używania wody do celów przemysłowych mogło wydawać tylko namiestnictwo i aby o zamknięciu zakładu przemysłowego był inspektor przemysłowy zawiadamiany«. Przy zamknięciu studzien, źródeł, wodociągów, powinna gmina dostarczyć dobrej wody do picia. (Co do zakresu używania wody, zamykania zakładów przemysłowych i dostarczenia dobrej wody mieszkańcom w razie zamknięcia studzien, są wnioski »Wydziału centralnego« mniejwięcej zgodne z głosami, podniesionymi na ankiecie galicyjskiej).

Projekt rządowy nie rozróżnia dość ściśle chorób bardzo zaraźliwych od mało zaraźliwych. Dlatego proponuje »Wydział centralny« ograniczyć zamykanie szkół i zakaz handlu domokrążnego do tych przypadków, gdzie to jest »konieczne dla zapobieżenia szerzeniu się choroby« (a nie »gdy wystąpi choroba podlegająca obowiązkowi donoszenia«, jak opiewa projekt rządowy). Z tegoż względu należy zakaz jarmarków, pielgrzymek i t. p. ograniczyć tylko do cholery, dżumy, ospy, duru osutkowego i do przypadków gromadnego pojawienia się duru brzusznego i czerwonki. (Podobny pogląd znalazł wyraz na ankiecie galicyjskiej). Do chorób, podlegających obowiązkowi donoszenia, powinna być zaliczona gorączka połogowa (zgodnie z żądaniem ankiety galicyjskiej). Obok postanowienia, że obowiązek donoszenia może być rozszerzony na choroby, w ustawie wyraźnie nie wymienione, powinny władze sanitarne mieć prawo wkraczania nawet bez obowiązkowego donoszenia, ilekroć zdrowie publiczne jest zagrożone. Chodzi tu o przepisy dla szkół w razie np. odry, krztuśca, nagminnego zapalenia przyusznic, świerzbu i t. p., o ciasne, a ludne mieszkania i warsztaty, internaty, areszty i t. p., o kiłę w zakładach mamek. (Obierając nieco odmienną formę poprawek w ustawie, wychodziła jednakże ankieta galicyjska w tej sprawie z podobnego punktu widzenia).

Zupełnie zgodnie z zapatrywaniami, wyrażonemi na ankiecie galicyjskiej, podnosi »Wydział centralny«, że sprawa odszkodowania nie jest wyłącznie ekonomiczną, ale że rozstrzyga ona w znacznym stopniu o wykonalności i skuteczności ustawy. Na wzór Prus proponuje też »Wydział centralny« zwrot z funduszów państwowych niezamożnym gminom wydatków na zwalczanie dżumy, cholery, ospy, lub duru osutkowego, o ile te wydatki przekroczą 10% budżetu gminy. Zwrot ten ma dotyczyć wydatków na odosobnienie i przewóz chorych i na odkażanie. (Podobny wniosek, dalej jeszcze idący, przedstawiła ankieta galicyjska). Osobom odosobnionym z powodu podejrzenia o chorobę, oraz dozorcom chorych i położnym, którym zakazano wykonywania zawodu, powinno być wypłacane odszkodowanie za utratę zarobku (zgodnie z ankietą galicyjską). Zabezpieczenie materyalne lekarzy i ich rodzin powinno się odnosić nietylko do lekarzy urzędowych, ale też do wszystkich lekarzy, którzyby utracili zdrowie lub życie przy wykonywaniu swego zawodu lekarskiego w przypadkach dżumy, cholery, ospy lub duru osutkowego. Podobnie jak lekarzy, należy zabezpieczyć byt dozorców chorych, sanitaryuszy (zgodnie z ankietą galic.) i grabarzy, jednak tylko wobec czterech przed chwilą wymienionych chorób (tego — niesłusznego — ograniczenia wnioski ankiety galicyjskiej nie zawierają). Odkażenie, zarządzone z urzędu, powinno być bezpłatne. Prawo do odszkodowania za zniszczone przedmioty może przysługiwać tylko przy odkażeniu z urzędu, wszelako w tym razie nie powinno być ograniczone do przypadków zachwiania bytu materyalnego osoby, żądającej odszkodowania (co podnoszono także na ankiecie galicyjskiej). Co do ograniczenia ruchu względem krajów ościennych, to »Wydział centralny« podnosi konieczność uregulowania umów, istniejących w tej sprawie, resp. przeprowadzenia układów co do wzajemnego informowania się państw sąsiednich o chorobach zakaźnych, wysyłania komisyi dla bezpośredniego zbadania stanu rzeczy w państwie ościennem i t. p. C.

Kurs dla kierowników zabaw dla młodzieży szkół średnich odbył się w Wiedniu z inicyatywy ministerstwa oświaty, które ma zamiar wprowadzić obowiązkowe ćwiczenia fizyczne na świeżem powietrzu. Będzie to o wiele pożyteczniejsze i zdrowsze, niż proponowane ćwiczenia w strzelaniu. K.

Bezpłatne rozdawanie surowicy przeciwbłoniczej lekarzom uchwaliła wprowadzić rada gminna w Kensington w Anglii, postanawiając równocześnie wypłacać lekarzom za wstrzykiwanie surowicy dzieciom niezamożnym osobne honoraryum. K.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 23. IV. do 29. IV. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † — (w tem obcych 1 † —), krztuśca 5, ospy wietrznej 5, płonicy 11 † 3 (2 † 1), odry 5 † —, duru brzusznego 2 † — (2 † —), róży 2 † 2 (2 † 2).
Dr Janiszewski.

XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

(18—22 lipca 1911).

Zgłoszone w dalszym ciągu tematy i wykłady:

Sekcya medycyny teoretycznej:

16) Doc. J. Hornowski (Lwów): O zmianach w tętnicach królików, występujących pod wpływem przeszczepiania im nadnerczy innych królików (doświadczalne miażdżycowe twardnienie tętnic).

17) Tenże: O stosunku odczynu Ehrmanna do zmian w układzie chromochłonnym.

18) Tenże: Czy istnieje związek pomiędzy zachowaniem się wysepek Langerhansa w trzustce, a zmianami w gruczole tarczowym?

19) J. Dunin-Borkowski i M. Gieszczykiewicz: O wiązaniu dwuchwytnika przez czerwone ciałka krwi. (Z Zakł. mikrobiologii Uniw. Jagiell.).

Z Zakładu fizyologicznego Uniwersytetu we Lwowie:

20) Prof. Beck: O prądach czynnościowych w układzie nerwowym środkowym.

21) Prof. Beck i Prof. Bikeles: Badania nad czynnością móżdżku.

22) L. Zbyszewski: Dalsze spostrzeżenia nad elektrokardyogramem mięśnia serca izolowanego pod wpływem różnych środków sercowych.

23) Tenże: O elektroergogramach mięśni przedramienia u człowieka.

24) L. Bilowicki: Badania nad wpływem rytmu na przebieg ergogramów z uwzględnieniem mięśni żuchwy.

25) H. Nusbaum-Hilarowicz: Wzajemny stosunek podniet minimalnej i maksymalnej w różnych tkankach.

Sekcya medycyny wewnętrznej:

33) Edward Bruner (Warszawa): Przyczynek do bakteryologii zmian gruźliczych skóry.

34) Wanda Szczawińska (Paryż): Badania nad florą jelitową niemowląt.

35) Leon Karwacki (Warszawa): Dyagnostyka gruźlicy na mocy przeciwciał ogniskowych.

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego (Prof. Gluzińskiego) zgłoszono następujące odczyty:

36) Prof. Gluziński: Dalsze spostrzeżenia nad moim sposobem wczesnego rozpoznawania dobrotliwego i złośliwego zwężenia odźwiernika (stenosis benigna et maligna pylori).

37) W. Czernecki: Wpływ odkażający dużych dawek węglanu bizmutowego (bismuthum carbonicum) na przewód pokarmowy.

38) Doc. Franke (wspólnie z kand. med. H. Schusterówną): Rola migdałków w powstawaniu spraw gośćcowych.

39) Grek: Doświadczalne badania nad wydzielaniem chlorków w moczu pod wpływem przecięcia i drażnienia nerwów trzewnych (nn. splanchnici).

40) Grek: Zachowanie się ciałek białych krwi przy chorobie Basedowa.

41) Doc. Marischler i M. Schneider: Wpływ salvarsanu (606) na wymianę materyi.

42) Doc. Marischler, Reichenstein i M. Schneider: Wpływ adrenaliny, tyroidyny i t. d. na wymianę materyi.

43) Doc. Marischler i Pańczyszyn: Wpływ dyety na jakość wydzielanego soku żołądkowego w stanach chorobowych i na wydzielanie chloru w moczu.

44) Mayer: Szczepienie metodą Pirqueta jako środek leczniczy.

45) Sabatowski: Doświadczalne badania nad ruchem robaczkowym jelit.

46) Sochański: Badania nad zachowaniem się stopnia kwaśności moczu po podaniu alkaliów u ludzi zdrowych i chorych.

47) Łaba: Zachowanie się u zwierząt i u ludzi krwi i narządów krwiotwórczych pod wpływem wstrzykiwań adrenaliny.

48) Pańczyszyn: Wpływ i sposób działania dużych dawek węglanu bizmutu (bismuthum carbonicum) na cierpienia żołądka, przebiegające z nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego.

49) Tomaszewski: W sprawie zachowania się cukru we krwi przy zapaleniach nerek wraz z uwagami nad wpływem nerki na wydzielanie cukru.

50) Tomaszewski i Sohn: Udział trzustki w zjawianiu się indolu w kale.

Nadto zgłoszono:

51) Czesław Barszczewski (Warszawa): Wartość kliniczna radiopalpacyi jako metody dyagnostycznej w chorobach żołądka i jelit. Odczyt z pokazem orto-dyagramów w obrazach niknących.

52) Feliks Malinowski (Warszawa): Znaczenie »606« w leczeniu przymiotu.

Sekcya położniczo-ginekologiczna (c. d.):

Posiedzenie II.

Temat główny: O raku macicy z punktu widzenia naukowego i społecznego.

10) Jaworski (Warszawa): Walka z rakiem macicy.

11) Bylicki (Lwów): O potrzebie zwiększonej działalności lekarzy kraju naszego w celu zwiększenia uleczalności raka macicy.

12) Bocheński (Lwów): Lwowskie statystyki raka macicy.

13) Schlank (Kraków): Krakowskie statystyki raka macicy.

14) Falgowski (Poznań): O rozpoznaniu, czy rak macicy da się operować.

15) Welecki (Kraków): O reakcyi antytrypsynowej w raku macicy.

Dyskusya nad tematem głównym.

16) Radwańska (Kraków): Przyczynek do etyologii raka pochwy.

17) Monsiorski (Warszawa): Spostrzeżenia kliniczne i operacyjne nad nadmiernem przodozgięciem macicy.

18) Stankiewicz Cz. (Warszawa): Przeszczepienie więzów obłych w leczeniu tyłozgięcia macicy.

19) Jakobsohn (Kraków): O operacyjnem leczeniu zmian w położeniu macicy.

Posiedzenie III.

Temat główny: Przerwanie ciąży ze stanowiska lekarskiego, ustawowo kryminalnego i kościelnego.

20) Bylicki (Lwów): Stanowisko lekarza wobec wzniecenia poronienia.

21) Mięsowicz (Kraków): O wznieceniu poronienia ze stanowiska medycyny wewnętrznej.

22) Piltz (Kraków): O przerwaniu ciąży ze wskazań psychiatrycznych.

23) Rosenblat (prof. prawa karnego w Uniw. Jagiell.): Przerwanie ciąży wobec ustawy karnej.

24) Wachholz (Kraków): Uwagi sądowo-lekarskie nad sprawą spędzenia płodu.

25) Neugebauer (Warszawa): Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate uterina.

26) Osuchowski (Kraków): Dwa przypadki usiłowanego przerwania ciąży wskutek pomyłki dyagnostycznej.

27) Janczewski Wład. (Warszawa): Z kazuistyki poronień kryminalnych.

28) Rosner (Kraków): Sectio caesarea vaginalis jako metoda przerwania ciąży.

Dyskusya nad tematem głównym.

Posiedzenie IV.

Temat główny: O rozszerzaniu szyi macicznej podczas porodu i poronienia.

29) Sołowij (Lwów): O bezkrwawem rozszerzeniu szyi zapomocą metreuryzy.

30) Dobrowolski (Kraków): Operacyjne rozszerzenie szyi macicznej przy rzucawce porodowej.

31) Kośmiński (Lwów): Rozszerzenie szyi przy porodzie i poronieniu na tępo na drodze bezkrwawej.

32) Czyżewicz (Lwów): Rozszerzenie szyi macicznej sposobem Bossiego.

33) Krzysztoń (Kraków): O znieczulaniu miejscowem szyi macicznej.

Dyskusya nad tematem głównym.

34) Baczyński (Kraków): O wskazaniach i wynikach operacyjnego leczenia ciąży zewnątrzmacicznej.

35) Schlank (Kraków): O włókniakach więzadła obłego macicy (z okazem preparatu).

Posiedzenie V.

Temat główny: O t. zw. endometritis.

36) Łazarewicz (Poznań): Endometritis i jej leczenie.

37) Lorentowicz (Warszawa): Uwagi nad anatomią patologiczną i leczeniem endometritis.

Dyskusya nad tematem głównym.

38) Dobrowolski (Kraków): O wynikach operacyi przetok moczowych.

39) Rec (Kraków): O operacyjnem leczeniu przewlekłych ropni przydatków macicznych.

40) Czyżewicz (Lwów): Przypadek prawdziwej ciąży brzusznej.

41) Gruszczyński (Kraków): Przypadek nabłoniaka kosmkowego z równoczesną gruźlicą miąższu macicy.

42) Schlank (Kraków): Przypadek obojnactwa.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Z dniem 1. czerwca 1911 wakuje przy Zakładzie higieny Uniwersytetu Jagiell. w Krakowie posada asystenta. Zgłaszać się należy do Dyrektora Zakładu ustnie lub pisemnie do dnia 15. maja b. r. Pierwszeństwo mają obeznani dokładnie z techniką laboratoryjną mikroskopową lub chemiczną, ukończeni lekarze, obywatele austryaccy.

— Dyplom doktorski uzyskali p. Tadeusz Skurczyński z Proszowic w Król. Polskiem i p. Aleksander Knapczyk, rodem z Bogumina na Sląsku.

— Rada miejska w Tarnowie uchwaliła zbudować łaźnię ludową (44 tuszów ciepłych, do których używana będzie woda, ochładzająca maszyny elektrowni miejskiej).

— Krajowy Związek zdrojowisk i uzdrowisk rozesłał po porozumieniu się z zarządami wszystkich galicyjskich zdrojowisk odezwę do lekarzy Polaków, w której podniesiono, że jednym z głównych powodów niedomagań w naszych zdrojowiskach jest nadmierne nagromadzanie się gości w sezonie t. zw. głównym, przypadającym na lipiec i sierpień, a bardzo stosunkowo słaba frekwencya w sezonach I. i III.

— Nowy zakład wodoleczniczy otworzył Dr Romuald Żurakowski w Tatarowie nad Prutem (w Galicyi wschodniej). Zakład leży wśród 35-morgowego parku w miejscowości, leżącej 700 m. nad p. m., otoczonej od północy i zachodu górami (1100 m.).

— Polskie Towarzystwo Balneologiczne nadesłało nam następujące zawiadomienie:

»Polskie Towarzystwo Balneologiczne rozpoczyna dziesiąty rok swoich wydawnictw: »Przeglądu zdrojowo-kąpielowego i Przewodnika turystycznego« oraz »Przewodnika po Galicyi«, którego obecny rocznik głównie poświęcony będzie opisowi zdrojowisk i uzdrowisk krajowych. Wydawnictwa te umieszczane będą, jak corocznie, w przedziałach I i II klasy wszystkich pociągów, kursujących po Galicyi, a głównie na liniach prowadzących do zdrojowisk, z okazyi zaś XI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich rozdane będą wszystkim uczestnikom Zjazdu, a nadto jak zawsze znajdować się będą po hotelach i t. p. Ponieważ wydawnictwa są już zupełnie przygotowane do druku, przeto Towarzystwo Balneologiczne uprasza Szanownych Kolegów, a zwłaszcza ordynujących w zdrojowiskach tak krajowych jak i zagranicznych, lub posiadających zakłady lecznicze, o łaskawe jak najśpieszniejsze nadesłanie prac naukowych, korespondencyi i wiadomości bieżących ze zdrojowisk, klisz, ogłoszeń i t. p. Bliższych wyjaśnień udziela Redakcya i Administracya wydawnictw Polskiego Towarzystwa Balneologicznego (Kraków, Batorego 1)«.

Warszawa. Towarzystwo naukowe warszawskie otrzymało za pośrednictwem doc. Dr Władysława Janowskiego w darze od p. Zofii Klugowej 50.000 rb. na fundusz wieczysty im. Aleksandry Bernerowej z przeznaczeniem połowy dochodów na bieżące potrzeby Towarzystwa, a drugiej połowy na potrzeby Instytutu biologicznego.

— P. Józef Pawłowski, właściciel magazynu bławatnego w Warszawie, złożył na Instytut biologiczny 500 rb., jako fundusz imienia swej matki Julii z Dąbrowskich.

— Kasa pożyczkowo-oszczędnościowa lekarzy, założona przed 12 laty przez Dr J. Zawadzkiego, liczyła w r. z. 140 członków (wpłacających miesięcznie po 2·50 rb. na kapitał oszczędnościowy), miała 45.176 rb. kapitału i udzieliła 22.315 rb. pożyczek. Czysty zysk wyniósł 1.659 rb., dywidenda $3^1/_2$%. Do zarządu na r. 1911 wybrani zostali Dr Guranowski, Kucharzewski, W. Szumlański, Wisłocki i Józef Zawadzki.

— W Będzinie zawiązało się Towarzystwo lekarzy Zagłębia Dąbrowskiego. Na posiedzeniu organizacyjnem w d. 9. IV. b. r. zebrało się 35 lekarzy, a pierwszy wykład miał Dr Dehnel z Będzina p. t. »Dzieje szpitalnictwa w Zagłębiu Dąbrowskiem«. Prezesem wybrano Dr Czajkowskiego z Sosnowca.

— W Lublinie otwarto szpital dla dzieci ufundowany przez pp. Vetterów, który nietylko ofiarowali grunt, postawili budynki i sprawili całe urządzenie wewnętrzne, ale zapewnili także szpitalowi stałe fundusze na utrzymanie, częścią sami je ofiarowując, częścią zaś zachęciwszy liczne osoby prywatne i instytucye do fundacyi łóżek wieczystych (dotąd 32) lub czasowych (15). Lekarzem naczelnym szpitala jest Dr Aleksander Jaworowski. W uroczystości otwarcia szpitala uczestniczyli m. i. dyrektorzy szpitali dziecięcych Dr Schoeneich z Łodzi i Dr Kołakowski z Warszawy.

Z różnych stron. XVII ogólne naukowo-administracyjne posiedzenie »Związku polskiego lekarzy i przyrodników« w Petersburgu odbyło się w d. 1/14. IV. 1911 r. P. J. Szabłowski miał wykład p. t. Badania nad promieniotwórczością wód Birsztańskich wobec spółczesnego stanu wiedzy o promieniotwórczości wód mineralnych wogóle. W dyskusyi uczestniczyli: Prof. Zaleski, Dr Piotrowicz, Dr Michałowicz i inż. Rudnicki. Prof. Zaleski przemawiał w sprawie uczczenia pamięci St. Kostaneckiego.

— Porządek dzienny XIV. Posiedzenia Wydziału lekarskiego »Związku« dnia 22. IV. (5. V.) r. b., obejmował następujące wykłady: 1) Dr Michałowicz: W sprawie gośćca gruźliczego (z pokazem chorego). 2) Dr Ostrowski: O wrodzonych wadach serca u osesków.

— Z powodu VII międzynarodowego Zjazdu przeciwgruźliczego utworzył się w Wiedniu stały Komitet dla spraw zjazdów i konferencyi przeciwgruźliczych (»Oesterreichisches Komitee zur Vorbereitung internationaler Tuberkulose-Konferenzen und- Kongresse«, Wiedeń I, Wallfischgasse 8). Przewodniczącym komitetu jest Hans hr. Larisch, wiceprezesem Prof. Weichselbaum i referent sanitarny ministerstwa Dr Haberler, sekretarzami Dr H. v. Schrötter i doc. Dr L. Teleky. Komitet zaprosił wszystkie Wydziały lekarskie i Towarzystwa przeciwgruźlicze, działające w Austryi, do udziału w VII Zjeździe przeciwgruźliczym (w Rzymie, 24—30 września b. r.) i w połączonej z nim wystawie, a prosi za naszem pośrednictwem wszystkich, interesujących się walką z gruźlicą, o zgłaszanie się z wykładami i przedmiotami na wystawę do d. 1 maja b. r.

— »Austryacki centralny Komitet przeciwgruźliczy«, mający na celu złączenie akcyi wszystkich Towarzystw przeciwgruźliczych w Austryi w systematyczną całość, zorganizował I. Konferencyę przeciwgruźliczą (Tuberkulose-Tag), która odbędzie się w Wiedniu 14 maja b. r. w gmachu Towarzystwa lekarskiego (k. k. Gesellschaft der Aerzte). Porządek dzienny obejmuje: 1) Wiadomość o założeniu Komitetu centralnego i o stanie zwalczania gruźlicy w Austryi (hr. Larisch). 2) Gruźlica, a wiek dziecięcy (Doc. Hamburger). 3) O działaniu tuberkuliny i swoistości odczynu tuberkulinowego (Doc. Sorgo i Doc. Bartel). 4) Gruźlica w szpitalach publicznych (Prof. Sternberg). 5) W sprawie organizacyi walki z gruźlicą (Prym. Mayer i Dr Reisinger). Konferencye takie mają się odbywać corocznie. Komitet centralny zajmie się wkrótce także sprawą ubezpieczenia społecznego, leczenia gruźlicy w szpitalach i muzeów przeciwgruźliczych.

— W wiedeńskiej Radzie miejskiej 17 marca b. r. wśród rozpraw nad zapobieganiem i zwalczaniem chorób przenośnych wystąpił poseł Bielohlawek przeciwko odosobnianiu chorych, nazywając to »krępowaniem wolności osobistej«, na które możnaby jego zdaniem zezwolić przy cholerze lub dżumie, ale nie przy odrze lub płonicy. X.

Mianowani: Dr Mieczysław Kramarzyński i Dr Franciszek Sobolewski kraj. inspektorami sanitarnymi w służbie rządowej w Galicyi; Prof. Gerhardt z Bazylei dyrektorem kliniki wewn. w Würzburgu, Dr Th. H. Wilson profesorem położnictwa w Dublinie.

Zmarli: Dr Ksawery Steinberg z Brześcia Litewskiego w Petersburgu; Dr Aleksander Biernawski, emigrant z r. 1863 (w czasie powstania był komisarzem rządu narodowego w województwie krakowskiem), w Vichy.

Redakcya otrzymała: S. Sterling: Osobnicza i społeczna walka z gruźlicą. Łódź 1911. — I. sprawozdanie Ligi przeciwgruźliczej w Łodzi. Łódź 1911. — Palmirski i Karłowski: Wodowstręt u ludzi oraz szczepienia zapobiegawcze według metody Pasteura. Warszawa 1911. str. 182. (Wydanie z zapomogi kasy im. Mianowskiego). — Falgowski: Jak należy obecnie leczyć sprawy zapalne przydatków macicznych. Odb. z »Przegl. lek.« 1911. — Zbyszewski: Spostrzeżenia nad elektrokardyogramem serca izolowanego. »Tyg. lek.« 1911. — Sosnowski: O istocie wrażliwości (przemówienie doroczne inauguracyjne w Towarzystwie naukowem warszawskiem). Warszawa 1911. — Sew. Sterling: O leczeniu suchot płucnych w szpitalu i w domu. (Odczyty kliniczne Nr 212—214). — Wrzosek: 1) Wykład wstępny z historyi medycyny. »Tyg. lek.« 1911. 2) O warunkach powstawania przerzutów makroskopowych u myszy rakowatych. Kraków 1911. — Kostrzewski: Über die violette Farbe bei haemolytischen Versuchen. »Centralbl. f. Bact.« 1911. — Freud (przełożył Dr L. Jekels): O psychoanalizie. Lwów 1911. — Higier: Jak rodzice i nauczyciele rozpoznać mogą niedorozwój umysłowy u dzieci. Odb. »Zdrowie« 1911. — Rosenhauch: 1) O etyologii zapaleń pryszczykowych oka. 1910. 2) Experimenteller Beitrag zur Phlyktänenaetiologie. 1910. 3) Über die Entstehung der Flora im physiologischen Bindehautsack der Neugeborenen. 1908. 4) Ospica krowiankowa narządu wzrokowego. 1911. 5) Kilak siatkówki wyleczony mergalem. 6) Beitrag zur Aetiologie der Hornhautgeschwüre. 1908. 7) Über einige Influenzainfektionen der Sehorgane. 1908. 8) Über Berlin'sche Trübung mit Erhaltung voller Sehschärfe. 1909. 9) Promienica rogówki. 1910. 10) Zapalenie spojówki na tle dwoinek zapalenia płuc. 1910. 11) Zapalenia ropne rogówki o rzadkiem podłożu bakteryologicznem. 1909. 12) Hemeralopia, xerosis et keratomalacia. 1910. 13) Nowsze badania nad etyologią jaglicy. 1910. — Piasecki: Les écoles polonaises et leurs conditions hygiéniques. Lwów 1910.—

Serkowski: 1) Domowe sposoby badania produktów spożywczych. Lwów 1911. 2) Kolonie olbrzymy i kolonie-ruchome drobnoustrojów. »Nowiny lek.« 1910. — Serkowski i Kraszewski: Badanie stopnia kwasowości moczu. »Przegląd chorób skórn.« 1911. — Serkowski i Moździeński: Über sog. Oxalurie. Zeits. f. phys. Chemie 1911. — Kruszewski: Ub. Desinfection des Brun-

nenwassers mit chemischen Mitteln. — Kretkowski: Üb. Bestimmung und Differenzierung menschlichen Blutes im Kot. »St. Petersb. med. Wochens.« 1911. — Serkowski i Tomczak: Über den Einfluss des Kochsalzes auf die Bakterien der Fleischvergiftung. »Zeitschr. f. Nahrungs«. 1911. — Biernacki: Bakterium Nencki. »Centralbl. f. Bakt.« 1911. (Wszystkie prace z pracowni warsz. Towarzystwa lek. pod kierunkiem Dr Serkowskiego).

Bibliografia.

E. Flatau. **Szematy czucia.** Warszawa. 1911. E. Wende i Sp.

Bez dokładnego badania czucia i zapisywania stwierdzonych wyników nie może się dziś obejść nietylko specyalista neurolog, ale też bardzo wielu lekarzy-praktyków, bądź to w roli znawców wobec Towarzystwa ubezpieczeń i t. p., bądź nawet w codziennej praktyce. Tablice do zapisywania wyników badania, wydane przez pierwszorzędnego znawcę przedmiotu, jakim jest Dr Edward Flatau, pozwalają dokładnie, a szybko robić potrzebne zapiski. Podają one linie graniczne sfer czucia z oznaczeniem segmentów rdzenia w projekcyi na powierzchnię ciała. Jedynym błędem tablic jest błąd ortograficzny: pisanie »szemat« zamiast »schemat« jest germanizmem. Z.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w kwietniu 1911.

Gazeta lek. Nr 13—17. Stef. Sterling: Przyczynek doświadczalny do powstawania żółtaczek ze szczególnem uwzględnieniem stanu kanalików żółciowych (13—14). — Kizler (dok. 13). — Rosenberg (dok. 13). — Przedborski: Przypadek porażenia opuszkowego ze schorzeniem przeważnie jąder ruchowych: nn. błędnego, dodatkowego i gardzielowo-językowego (14). — Erbrich: Ciała obce w oskrzelach, wydobyte zapomocą bronchoskopii (15). — Palmirski i Karłowski: Wyniki szczepień zapobiegawczych według metody Pasteura w r. 1909 (15). — Kijewski: O zapaleniu uchyłka Meckela (16—17). — Higier: Przyczynek do kliniki zaburzeń umysłu w kokainizmie przewlekłym (16). — Karwicka: Gdzie znajdujemy w warunkach fizyologicznych lipoidy w ustroju ludzkim? (17).

Medycyna i Kronika lek. Nr 13—17. Korczyński: Uwagi o naszym ruchu naukowym na polu balneologii (13—14). — Krauze (dok. 14). — Wejnert: Kilka słów w sprawie modyfikacyi próby Webera (15). — Fryszman: O wewnątrzpęcherzowej metodzie operowania guzów pęcherza (15—17). — Pechkranc: Niedomoga gruczołów z wydzieliną wewnętrzną. »Niedostateczność wielogruczołowa« (16—17). — T. Borzęcki: Zastosowanie sztucznej odmy piersiowej w leczeniu suchot płucnych (17).

Tygodnik lekarski Nr 13—17. Zubrzycki: O przedwczesnem odklejaniu się prawidłowo usadowionego łożyska (13—14). — Markowski (dok. 13). — L. Rydygier: Leczenie zapaleń ostrych wyrostka robaczkowego (14). — St. Lewicki: Kilka słów do leczenia spraw zapalnych przydatków macicy i tkanki przymacicznej (15). — Reis: O zakażeniach przyrannych po operacyach ocznych (15—16). — Rothfeld: O promienistych włóknach sprężystych w ścianie naczyń krwionośnych (16). — Wilenko: O znaczeniu i czynności nerek, przy nieprawidłowej przemianie węglowodanów (17). — Tomaszewski: Przypadek zbioru objawów Adams-Stokesa (17—18).

Nowiny lek. Nr 4. Br. Kretkowski: Badanie i odróżnianie krwi ludzkiej od zwierzęcej w kale. — M. W. Herman: Wykłady kliniczne z urologii ogólnej (c. d.). — Zawidzki: O koloidach oraz ich znaczeniu w procesach pobierania wody przez organizmy zwierzęce (c. d.). — Bugiel: Piorunowanie raka (cd.). — Łazarewicz: O anafilaksyi i idiosynkrazyi (c. d.) — S. Trzebiński: Nieco o problemacie psychofizycznym (dk.).

Pamiętnik Tow. lek. warsz. Zesz. I. Steinhaus: Komórka rakowa. — Serkowski i Możdżeński: Szczawian wapnia w osadzie moczowym, a t. zw. oksalurya.

Przegląd pedyatryczny Tom III. Z. 1. J. Brudziński: Prof. Dr Teodor Escherich. — Maryan Roszkowski i Hieronim Czarkowski: W sprawie stosowania szczepionki przeciwpłoniczej u dzieci w celach zapobiegawczych. — T. Mogilnicki i L. Gundelach: O stosowaniu elektrargolu w płonicy. — Spostrzeżenia z praktyki. Julian Kramsztyk: Przypadek stanu dziecięcego (infantilismus) u 15-letniego chłopca. — L. Bondy: Przypadek kurczu odźwiernika u dziecka 3-tygodniowego.

Postęp okulistyczny Nr 3 i 4. Żurkowski: O południkach miarowych oczu niezbornych.

Kronika dentyst. Nr 4. Zwierzchowski: Cywilizacya a uzębienie człowieka.

Przegląd higieniczny Nr 4. Lewicki: Szkic historyczny i stan zdrowotny zakładu hr. Skarbka w Drohowyżu.

Zdrowie Nr 4. Inż. Wędrychowski: O biologicznem oczyszczaniu ścieków. — Lewin: Jak uchronić się od powtórnego zapadnięcia na gruźlicę płuc. — Nr 5. Zapasiewicz: O panującej obecnie dżumie w Rosyi. — Polak: Krótki opis m. Warszawy pod względem higienicznym. — Heiman: Obrzezanie w świetle nauki.

Słowo lekarskie Nr 1—8. Słowo wstępne. — Stahr: O projekcie wstępnym do austryackiej ustawy karnej z punktu widzenia interesów lekarskich. — Czy potrzebna jest lekarzom organizacya? — Izby lekarskie i organizacye lekarskie zawodowe.— Stosunek organizacyi do kolegów nienależących do organizacyi. — Osobliwy wyrok sądowy. — Landau J.: Z dziedziny higieny szkoły. — O sposobie Icarda prędkiego i pewnego rozpoznawania śmierci. — O potrzebie organizacyi. — W sprawie tytułów dla lekarzy. — Sprawozdanie Wydziału kraj. Związku lekarzy za r. 1910. — »Schutz- und Trutzbündniss« przy Związku lipskim. — W sprawie kasy chorych w Brodach. — Praca dzieci szkolnych w Galicyi. — W sprawie wybieralności lekarzy do Rad gminnych. — Ubezpieczenie społeczne i rozwiązanie parlamentu. — Stosunek lekarzy do Towarzystw ubezpieczeń na życie. — Friedländer: Przystępujcie do kasy pogrzebowej Związku lekarzy. — W sprawie lekarzy miejskich. — Czy może i czy powinien lekarz brać udział w życiu politycznem? — O taryfach lekarskich. — Drugie »Riedau«.

Głos lekarzy Nr 7—9. Mikołajski: W sprawie kasy chorych w Brodach. — Spiegel: Wybieralność lekarzy gminnych do Rady gminnej. — Śnieżek: Zasądzenie lekarza-znawcy za niestawienie się natychmiastowe do komisyi sądowo-lekarskiej. — Udział lekarzy w pojedynkach (c. d.). — Legeżyński: Dżuma w Odesie. — Schmar: Wybieralność lekarzy do Rady gminnej. — Legeżyński: Ruch ludności i choroby zakaźne w m. Lwowie w r. 1908, 1909 i 1910. — Icard: Operacye pośmiertne na osobach żywych (c. d.).

Nasze Zdroje Nr 3. Ankieta w sprawie podniesienia ruchu turystycznego w kraju. — Bandrowski: 1) Potrzeba stałej inspekcyi dla zdrojowisk i uzdrowisk krajowych. 2) Lekarze polscy za granicą. — W sprawie mineralnych wód rodzinnych — a sztucznych. — Łagodny klimat zimowy w Kosowie.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr 1. Zarys działalności Wy-

działu Polskiego Towarzystwa balneologicznego w r. 1910/11.— Ś. p. Dr Skórczewski.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dn. 10. maja 1911 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Prof. Bujwid: Porównanie działania promieni pozafiołkowych, a bardzo nizkiej ciepłoty na niektóre zarazki (demonstracya). 2) Dr Kostrzewski: Odczyn Freund-Kaminera (Serodyagnostyka raka). 3) Dr Nowaczyński: Odczyn Calmetta z jadem kobry w surowicy ludzkiej, a wartość jego rozpoznawcza u gruźliczych.

Walne Zgromadzenie galicyjskiej Kasy dla chorych lekarzy we Lwowie odbędzie się **d. 27. maja 1911 r. o godzinie 6. wieczorem we Lwowie** w lokalu **polikliniki** powszechnej (ul. Lindego l. 5).

Porządek dzienny: 1) Sprawozdanie z ubiegłego roku, sekretarz Dr Lilien. 2) Sprawozdanie kasowe, skarbnik Dr Świątkiewicz. 3) Sprawozdanie komisyi kontrolującej. 4) Ewentualne wnioski członków.

W razie braku kompletu następne zgromadzenie odbędzie się w ten sam dzień o godzinie $6^{1}/_{2}$ wieczorem bez względu na ilość obecnych.

Dr Lilien, sekretarz. Dr Festenburg, przewodniczący.

Rok L. Kraków, dnia 13. maja 1911. Nr. 19.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Przyczynek do historyi epidemii dżumy na dalekim Wschodzie (w Mongolii i Krainie Zabajkalskiej).

Napisał

Prof. Dr Talko-Hryncewicz.

(Dokończenie).

Wiadomości które zebrałem, wykazały, że wybuchy lokalne dżumy wywołane zarażeniem się od bobaków, niejednokrotnie nawiedzały Mongolię, lecz mijały niepostrzeżone. Tak n. p. w r, 1888 nad rzeką Iro zmarło 15 mongołów, w końcu lipca 1889 o 250 km. na południe od Urgi w kierunku traktu kałgańskiego w Szilin-Chudunie wymarły 4 jurty (do 30 ludzi). W październiku 1897 r. w miejscowości Izar-Irgiłyk o 250—300 km. na półn.-wschód od Urgi 6 jurt; z tąd chorobę zawleczono do Urgi, gdzie zmarło kilku ludzi. Mogłem stwierdzić, że zaraza grasująca w opisanych miejscowościach miała przebieg 2—3 dniowy przy wysokiej gorączce, bólu głowy, kłuciu w piersiach i krwiopluciu; nieraz przy zaburzonem trawieniu.

Z rozmów z »emczi-lamami« (duchowni lekarze) starałem się dowiedzieć o ich zapatrywaniach na chorobę, która sprowadza panikę na ludność Mongolii. Otóż jeden z przedniejszych lamów, cieszący się wielkiem wzięciem wśród kolonii rosyjskiej w Urdze[1]), zapewniał mnie, że rozgniewane bóstwa (burchany) nasyłają grzesznikom chorobę którą nazywał »chidżin«, lecz doznałem wrażenia, że nic znał on zupełnie objawów dżumy. Inny lama, widocznie lepiej uświadomiony, nazywał ją »chara ubuczi« (czarna śmierć) nazwa, przypominająca europejską. Trzeci szczerze wyznawał, że wszystkie te nazwy są niewłaściwe, ponieważ oni choroby tej nie znają. To ostatnie jest prawdopodobniejsze, gdyż wiadomo, że lamowie odmawiają pomocy w chorobach zakaźnych, obawiając się zarażenia, a przy większych epidemiach ratują się ucieczką, jak i prości śmiertelnicy. Ten strach lamów przed chorobami zakaźnemi dosadnie występuje nawet w rozmowie potocznej, gdyż nigdy nie nazywają tych chorób właściwemi nazwami, w obawie ażeby ich nie sprowadzić, a zwykle zdrobniale i pieszczotliwie tak n. p. kwiat, piękność, miłość i t. d.

W pojęciach ludowych wystarcza zobaczyć chorego świstaka, ażeby umrzeć i Mongoli uciekają nie tylko od świstaków i chorych ludzi, ale nawet od zdrowych, którzy w jaki bądź sposób z chorymi się zetknęli. Wierzą, że zarażają się głównie przez oddychanie. Jako środek zapobiegawczy stosują smarowanie ust i nosa olejkami wonnymi. Był czas, w którym, ażeby się nie zarazić, Buriaci rozmawiali z sobą w odległości, krzycząc przeciw wiatrowi, lub porozumiewali się zapomocą strzał.

W Urdze lamowie tłómaczyli mongołom, że epidemia ówczesna była skutkiem częściowego zaćmienia księżyca, a przy pełnem mór byłby silniejszy; niektórzy objaśniają to jeszcze bardziej poglądowo, opierając się na słowach »żywego boga« (przerodzeńca Urgińskiego), który przypisywał epidemię temu, że psy część księżyca zjadły.

Na mocy mego sprawozdania złożonego przyamurskiemu jenerał-gubernatorowi o epidemii dżumy w rozmaitych miejscowościach Mongolii, którą przypisywałem bobakom (po mongol. »tarbagan«), zabroniony został ku wielkiej rozpaczy handlujących wywóz skórek tego zwierzęcia i wełny do Rosyi, co trwało lat parę. Niejednokrotnie wykazywałem konieczność założenia stałej stacyi bakteryologicznej w centrum Mongolii w Urdze, pod kierunkiem bakteryologa, co ułatwiłoby wielce tak zbadanie zarazka, jak i walkę w przyszłości z chorobą, a kierownik stacyi, za pośrednictwem rosyjskiego konsulatu mógłby być zawiadamiany o miejscach wybuchu epidemii, bardziej dokładnie, niż cały szereg ekspedycyi przeciwdżumowych, które pochłaniały bezużytecznie znaczne fundusze. Jednym z pierwszych był rodak nasz Dr Tadeusz Skrzywan z Odessy, wydelegowany jeszcze w r. 1899 przez instytut medycyny doświadczalnej w Petersburgu, w celu zapobieżenia zaniesieniu dżumy z Mongolii do Rosyi (choć wówczas dżumy w Mongolii nie było). Dr Skrzywan, chcąc wynagrodzić czas nieprodukcyjnie stracony, kupił 17 bobaków i własnym kosztem zawiózł do Odessy. Nie małe miał trudności w uzyskaniu pozwolenia od władz na przewiezienie tych gości dalekiego wschodu do Europy, uciążliwe było też karmienie i w końcu piętnaście sztuk w drodze zginęło i tylko dwie zdołano nawpół żywe przywieść nad morze Czarne.

[1]) Lamowie mongolscy jako lekarze cieszą się wielkiem powodzeniem, uprawiając medycynę tybetańską, czego powiedzieć nie można o chińskich lekarzach, którzy mają reputacyę szarlatanów. Niektórzy z lamów mają znaczną klientelę pośród Rosyan na Wschodzie, a dwaj znani Buriaci Batmajewy, którym na mocy najwyższego rozporządzenia dozwolono na praktykę lekarską w Petersburgu leczyli tamtejszą arystokracyę i na dworze carskim, paru zaś lamów zyskało sobie w jednym czasie wielkie powodzenie w Paryżu (Dordżejew — rodzaj ministra — dyplomaty obecnego Dalaj-lamy w Lassic, zwołennika polityki rosyjskiej i Erłutujew, obecny Bandido-Chambo-lama (główny arcy kapłan buddyzmu w Rosyi).

O wiele pomyślniejszą pod względem materyalnym, choć bez rezultatów naukowych była zorganizowana w tymże 1899 r. ekspedycya Langego, dyrektora charkowskiego instytutu weterynaryjnego, w której brał udział jako bakteryolog docent Dr Podbielski z Kazania, dalej Dr Damaskina i inni. Podczas ostatniej wojny rosyjsko-japońskiej zorganizowano osobny oddział wojskowo-lekarski pod kierunkiem młodego bakteryologa Dra Schreibera, w celu ochrony przed dżumą tyłu armii rosyjskiej. Pamiętam, jak Schreiber przed wyjazdem do Petersburga gorąco upewniał, że dżuma jest mniej zaraźliwą, niż inne zakaźne choroby a po powrocie pracując zginął w laboratoryum w forcie Aleksandra II. w Kronsztacie, zaraziwszy się lasecznikiem dżumy. Podobny los spotkał tam poprzednio innego naszego rodaka, Dr Wyżnikiewicza, kierownika stacyi, który będąc w krainie Zabajkalskiej twierdził też często, że jest zabezpieczony od tej choroby.

Cały więc szereg epidemii dżumy wykazał, jako przyczynę lokalną zarażenie się od bobaków, muszę więc poświęcić nieco miejsca opisowi tego gatunku zwierząt. Wielka rodzina susłów (arctomys), bardzo rozprzestrzeniona na całem płaskowzgórzu Azyi Wschodniej, dzieli się na dwie grupy, susłów właściwych i świstaków, które zoolodzy zaczęli rozpoznawać w latach ostatnich. Swistaki (arctomys marmota), o wiele większe od susłów, żyją przeważnie w Europie w wysokich miejscowościach Alp, Pirenejów i nie schodzą nigdy poza granice lasów. Wyróżniają się one tak budową, jak też barwą futra. Świstaki słyną z niezgrabności, mają mocną budowę, wielką i szeroką głowę, ogon krótki i puszysty, źrenice okrągłe, worków podszczękowych nie mają. Do tej grupy zaliczają odmianę świstaka sybirskiego v. bobaka (arctomys bobac, var. sibirica Brandt, mongolski tarbagan). Brehm zużytkował materyały o tarbaganie, zebrane przez Gustawa Raddego i Czerkesowa. Czerkesow, jako myśliwy, czynił nad tem zwierzęciem wiele spostrzeżeń i już w r. 1884 wspomina o jego chorobie. U Buryatów i Mongołów istnieją legendy o tarbaganie i są wskazówki o jego chorobie. Pysk i kręgi dokoła oczu ma tarbagan ciemno-żółtej barwy, potylicę, grzbiet i brzuch rdzawo-szaro-żółte, zęby przednie białe. Długość ciała 33 cm, ogon $7^1/_2$ cm. Bobak żyje we wschodniej Europie, poczynając z Galicyi, w południowej Polsce i Bukowinie, ciągnie się przez całą południową Rosyę i południe Syberyi i chociaż jeszcze dotąd granica wschodnia jego rozprzestrzenienia nie jest ściśle określona, przyjąć można, że dochodzi do Oceanu Wschodniego. W Azyi zamieszkuje obszerne, bezleśne równiny, lub pagórkowate doliny, w których buduje nory na miejscach słonecznych. Mnóstwo gryzoniów: myszy, szczurów, bobaków istnieje w Zabajkalii, a jeszcze bardziej w Mongolii, obfitującej w wielkie puste przestrzenie i w uświęcone miejscowości, w których niszczenie zwierząt jest wzbronione, jak np. na górze Bohdo Ula (Święta góra) pod Urgą, gdzie się roi od tarbaganów.

Mięso tarbagana, jak wyżej wspomniałem, uważają Mongołowie, Buriaci i Rosyanie zabajkalscy za wielki przysmak. Znajdują, że swym zapachem przypomina gęś lub prosiaka. Mongołowie przygotowują go w sposób następny: zdjąwszy skórę i wyjąwszy wnętrzności napełniają rozpalonymi kamieniami i zasypują gorącym popiołem, a następnie pokrywają ziemią. W samej Urdze pomimo dużej ludności (do 50 tys.) mięso tarbagana mało jest używane jako pokarm, gdyż znaczną część stanowią Chińczycy (do 10 tys. i lamowie (do 15 tys.), którzy wogóle mięsa nie jadają.

Polowanie na bobaki jest dosyć utrudnione, jednakże dobrze popłaca; przeciętnie daje bobak 5 funtów tłuszczu, odznaczającego się niezwykłą miękkością i dlatego ma wielkie zastosowanie przy smarowaniu skór i rzemieni; niekiedy używają go do świecenia. Futro tarbagana ma wielki popyt; nietrwałość i rzadkość włosa wynagradza taniość. Wywożą go do Rosyi i Chin w ogromnych ilościach.

Tarbagany zapadają w sen zimowy, który trwa od września do marca. Ponieważ jesienią są one najtłustsze i mają najgęstsze włosy, dlatego w tym czasie są najbardziej poszukiwane. W pewnych latach zwierzęta te, prawdopodobnie wskutek żywienia się złą i zepsutą trawą podczas jesiennej posuchy, podlegają pewnej chorobie, od której giną. Takie nie idą na zimowy sen do nór, ale z trudnością pełzają i łatwo stają się zdobyczą polujących; wówczas też nie szczekają, są leniwe, chód mają nierówny; pod pachami niekiedy zauważyć się dają czerwone chełboczące obrzęki. Zdrowe bobaki wypędzają zadżumione z nór, a zdechłe wynoszą. W tym czasie łatwo stają się bobaki zdobyczą myśliwych, jak również psów, które się jakoby chorobą tą nie zarażają.

Urga jest znana z ogromnej ilości psów różnych gatunków i nigdzie być może skrzyżowanie odmian ras nie jest tak liczne i nie odbywa się tak swobodnie, jak w świętem mieście »Dakure«[2]). Psów tu nigdy nie zabijają, czcząc w nich stworzenia, w których przebywa dusza ludzka. Mnóstwo ich żyje w stanie dzikim, nosząc nazwę »ludojedów« Karmią się one padliną i ludzkimi trupami, rzucanymi im na pożarcie, a taki rodzaj obrządku pogrzebowego jest najbardziej poczestnym dla wierzącego budysty. Zimą, szczególnie podczas wielkich mrozów i braku pokarmu, głodne psy zagryzają jeden drugiego, lub stają się zdobyczą wilków; niekiedy i ludzie padają ich ofiarą. Jednem słowem toczy się tu pierwotna nieubłagana walka o byt. Słyszałem o przypadku, w którym »ludojedy« ściągnęły z konia pijanego Mongoła i zjadły. Drugi niemniej tragiczny epizod dotyczy staruszki Mongołki, która powracała o zmroku ze świątyni z dwoma małymi wnuczkami; napadły na nie psy i pomimo rozpaczliwej obrony rozszarpały.

Ubóstwo pośród Mongołów jest nieraz przerażające. Istnieje liczna klasa żebraków, żyjących rodzinami lub pojedynczo w Urdze i jej okolicy, przykrywających swe nawpół gołe ciała łachmanami, a podczas silnych mrozów walającymi się śmieciami i nawozem. Całem ich pożywieniem są korzenie, odpadki i kości, wyrzucane ze sklepów chińskich, lub przez podróżnych, a wreszcie wrzątek, z którego przyrządzają herbatę; ucztą dla nich prawdziwą stają się w jesieni tarbagany. Jeżeli ci ludzie nie umierają z głodu i nie zamarzają, dowodzi to tylko, jak wytrzymała jest natura ludzka! Życie tych nieszczęśliwych upływa wespół z psami, a dziwne, że te psy nie wyrządzają im szkody; rzucanem przez litościwych jadłem dzielą się zgodnie i żyją z sobą w porozumieniu; dopiero po śmierci ciała swych towarzyszy ludzkich pożerają. Psy, karmiące się wszelką pa-

---

2) Nazwę taką nosi część Urgi, w której zamieszkuje »bóg żywy« i znajdują się świątynie i klasztory.

dliną, a w jesieni duszące chore tarbagany, jak powiadają bezkarnie, odgrywają rolę pożytecznych sanitaryuszy. Człowiek natomiast, jak wskazują przykłady, łatwo podpada zakażeniu, czyto przy zdjęciu skóry, czy przez jedzenie tarbaganiego mięsa. Przypadki, spostrzegane w krainie Zabajkalskiej, odnosiły się bardziej do dżumy gruczołowej, w Mongolii przeciwnie częściej do formy płucnej. Obie formy wyróżniały się silną zaraźliwością i prawie bezwarunkową śmiertelnością; wyzdrowienie należało do rzadkich przypadków. Pomimo tak rozpowszechnionego łowienia tarbaganów dla celów handlowych, a nieraz i pożywienia, Dr Bielawski tłumaczy rzadkie zarażanie się dżumą ludności zabajkalskiej tem, że umie ona rozpoznawać tę chorobę u zabitego zwierzęcia. Oprócz obrzęków pachowych na łapkach po rozcięciu skóry, są wybroczyny podskórne i takich tarbaganów łowcy nie jedzą, wyrzucając je psom. Czy Mongołowie także umieją odróżniać zdrowe bobaki od chorych, dowiedzieć się nie mogłem.

Wybuchy epidemii w krainie Zabajkalskiej i Mongolii prawdopodobnie o wiele są częstsze, niż to wiemy, lecz przechodzą niezaregestrowane, tembardziej, że ludność je ukrywa. Można mniemać, że epidemia, panująca obecnie w Mandżuryi, jest też podobnego lokalnego pochodzenia, jak wybuchy epidemii w krajach ościennych, a jeżeli groźniej wystąpiła, to skutkiem gęstszego zaludnienia i większego ruchu komunikacyjnego. Wiem to z długoletniego osobistego doświadczenia, że wszystkie choroby zakaźne na wysokiem płaskowzgórzu azyatyckiem nie znajdują pomyślnych warunków rozwoju, a to dzięki klimatycznym warunkom, nadzwyczajnej suchości i czystości powietrza; nawet jesień i zima zazwyczaj wszędzie słotna, dżdżysta, należy tam do najbardziej zdrowych pór roku. Dnie pochmurne są wyjątkowe, po rannych małych jesiennych przymrozkach w październiku i listopadzie i opadającej mgle, o 10 rano nieboskłon się wyjaśnia, a słońce przy nadzwyczajnej przeźroczystości powietrza silnie operować zaczyna. Wiatr dmący od wiosny aż do jesieni ze straszną siłą, a w rzeczywistości prawie nieustający, przy nizkiem barometrycznem ciśnieniu i suchości powietrza gra rolę naturalnej wentylacyi. Nie mówię już o stałej, długiej i suchej zimie, tak przyjaznej dla zdrowia. Wszystkie te warunki klimatyczne polepszają opłakane stosunki, jakie tam ludzie wytworzyli, nagromadzając bezkarnie mnóstwo nieczystości w pobliżu swych siedzib, lub zawalając brzegi rzek i źródła wód, służących do picia. Tem tylko można też wytłómaczyć, że pomimo najgorszych sanitarnych warunków i głodu, jakie cierpiały armie wojujące w Mandżuryi podczas wojny rosyjsko-japońskiej, epidemie nie znalazły pomyślnych warunków dla swego rozwoju. Myślę więc, jak to zresztą wykazały wielokrotne lokalne epidemie tarbaganie w Mongolii i krainie Zabajkalskiej, że i obecnie w Mandżuryi bezwarunkowa ścisła kwarantana może zabezpieczyć od rozszerzania się dalszego zarazy. Jeżeli dżuma przejdzie wschodnią Syberyę, która ze swym klimatem kontynentalnym jest jakby pasem międzygranicznym ochronnym odgraniczonym od wschodu Bajkałem i przekroczy za Jenisej, przenikając do zachodniej Syberyi, gęściej zaludnionej, z klimatem znacznie wilgotniejszym, o gorszych warunkach zdrowotnych, to ten pożar nie tak łatwo da się ugasić i może się z łatwością przy złej organizacyi policyjno-lekarskiej rozszerzyć dalej na zachód. Jeszcze większą przedstawia trudność walka z chorobami epidemicznemi w Mandżuryi, ewentualnie europejskich konsulatów z władzami chińskiemi i wątpię bardzo, ażeby stosunki te mogły się obecnie polepszyć. Jeneralny konsul rosyjski w Urdze, a następnie przez długie lata w Charbinie p. W. F. Luba, opowiadał mi, że w roku 1897 w celu ochrony przed zaniesieniem dżumy z południa Chin do Mongolii, pisał do mandżurskiego ambania (jenerałgubernatora) w Urdze o zarządzenie odpowiednich środków, na co otrzymał odpowiedź z filozoficzną sentencyą, »że dobro i zło pochodzi od Boga i człowiek nie może się temu sprzeciwiać«, a kiedy następnie udał się do władz chińskich z powodu nadesłanego kwestyonaryusza dla państwowej przeciwdżumowej komisyi o wyśledzeniu miejsc, w których bywają zachorowania na dżumę, otrzymał odpowiedź od ambania, że »władze nie mogą dać żadnej odpowiedzi, ponieważ tarbagany nie stanowią trzody chlewnej«. Przy takich stosunkach miejscowych tylko szczęśliwym klimatycznym warunkom i małemu zaludnieniu trzeba przypisać, że wybuchy epidemii dżumy ograniczały się tylko do lokalnych i nie rozszerzały na większe przestrzenie.

Piśmiennictwo. 1) Radde G. Reisen im Süden von Ost-Sibirien in den Jahren 1855—1859 im Auftrage der kaiserlichen geographischen Gesellsch. ausgeführt. SPburg 1862. T. I. Str. 158—170. — 2) Czerkasow. U. A. Zapiski ochotnika Wostocznoj Sibiri (1856—1863). SPburg 1884. Str. 586. — 3) Łoginowskij K. D. Skazania buriat zapisannyja raznymi sobiratielami. (Zap. Wost-Sibir-Otd. Jmp. Rus. Geogr. Obsz., po etnogr. T. I. zesz. 2. Str. 79). — 4) Bielawski. O czumie tarbaganow. (Wiest. Obszcz. Gigieny. 1896. — 5) Bielawski. Zapiska po powodu 7 smiertnych słuczajew w posiołkie Sokotujewskom (Tarbagania czuma) (Prot. Zasied. Zabajk, Obszcz. wraczej w Czitie za 1894—1895 g. Str. 35—43. Czita 1897). — 6) Reszetnikow. O czumie tarbaganow. pereniesiennoj na ludiej. (Tamże). — 7) Matignon T. La peste bubonique en Mongolie. (Annales d' Hyg. publ. 1898. V. 36. Str. 227—256. — 8) Talko-Hryncewicz. O czumnych zaboliewoniach w Mongolii. (Trudy Troick-Kiach. Otd. Jmp. Rus. Geogr. Obszcz. T. II. zesz. 2. 1899) i Gaz. Bajkał Nr. 112. za 1905. — 9) Tegoż. Wiadomość o dżumie w Mongolii. (Przegl. lekar. 1900. Nr 15). — 10) Zabołotnyj D. Epidemiczeskije oczagi czumy na ziemnom szarie. (Rus. Arch. patolog. T. VIII. Str. 242—250). — 11) Tegoż. Izledowanija po czumie. (Arch. Biołohicz. nauk. T. VIII. Str. 56—91). — 12) Tegoż. La peste en Mongolie orientale. (Ann. de l'Inst. Pasteur. 1899). — 13) Skrzywan T. K morfołogii i biołogii czumnoj pałoczki (z Odesk. bakter. Instytutu). (Komun. zrob. 27 stycz. 1900 r.). — 14) Tegoż. Naszi swiedienia o tarbaganiej czumie. (Rus. arch. patołeg., klinicz. med. bakter. SPburg. 1901. — 15) Smolow J. Buratskaja legenda o tarbaganie. (Trud. Troick-Kiach. Otd. Imp. Rus. Geogr. Obsz. T. III., zesz. 1. 1900). — 16) Talko-Hryncewicz. Klimat Troickosowska-Kiachty w ginieniczeskom otnoszenij. Irkuck, 1897. Obszerniej o tem »Trudy I-wo Wsieros. Sjezda diejatielej po klimatołogii, gidrołogij i balneołogij. T. II. Petersb. 1900. Streszczenie »Przegl. lek.« 1900.

Odpowiedź Dr Marcinowi Selzerowi na jego uwagi, dotyczące mojej pracy p. t. »Drogowskazy dyagnostyki schorzeń trzustki«.

Napisał

Prof. Dr Witold Orłowski (Kazań).

W Nr 15 »Przeglądu lekarskiego« r. b. zwrócił Dr Marcin Selzer moją uwagę na nieuwzględnienie przezemnie

w wyżej wymienionej mojej pracy dwóch prac polskich, dotyczących odczynu Cammidgea. Okoliczność ta zniewala mnie do zaznaczenia mojego stanowiska co do przytaczania literatury obcej i polskiej w moich pracach naukowych. Jako Polak, poczuwam się do moralnego obowiązku ogłaszać prace w języku polskim i w nich uwzględniać prace badaczy naszych, o ile mam je w rękach. Bez uwzględnienia pozostawiam te prace z piśmiennictwa obcego i polskiego, które uważam za słabe, lub które nie wnoszą nic nowego do skarbnicy naszej wiedzy. Rozumiem także, że praca może być cenna, pomimo że nie przynosi nowych danych np. wtenczas, jeśli autor zestawia w niej własny obfity materyał, chociażby tylko wzmacniający zdobyte przez innych poprzednio wiadomości, lub krytycznie wyświetla materyał, nagromadzony przez innych. Postępowanie odwrotne — przytaczanie wszystkich bez wyjątku prac bez żadnego krytycznego zastanowienia się nad tem, o ile jaka praca powinna być uwzględniona, nawet jeśli ona jest wartościowa — nie przemawia, mojem zdaniem, na korzyść przytaczającego.

Wychodząc z tych założeń, nie wspomniałem w mojej pracy o bardzo wielu pracach, zwłaszcza dotyczących odczynu Cammidgea. Co do tego odczynu ograniczyłem się do tych prac, które zdawały mi się z tego lub innego względu mieć większą wartość; przy tem szczególniejszą uwagę zwróciłem na to, żeby przedstawić prawdziwie różne odcienia zdań, dotyczących znaczenia tej próby w dyagnostyce.

Przytoczenie wszystkich bez wyjątku prac nad odczynem Cammidgea uważałem i dziś uważam za odpowiednie tylko w monografii lub w pracy, specyalnie poświęconej tej próbie, nie zaś w pracy o takim zakresie i zadaniach, jak moja. Nie uwzględniona przezemnie praca Dra J. Kostrzewskiego jest nietylko wykonana skrupulatnie, lecz i oceniona zupełnie trafnie przez samego autora w końcowym jej ustępie. Jest to praca z szeregu prac o charakterze statystycznym, a wśród nich poruszająca względnie bardzo skąpy materyał. Rozumiem niezbędność uwzględnienia takiej pracy w artykułach, specyalnie omawiających odczyn Cammidgea, natomiast przytaczanie jej w pracy o charakterze mojej pracy uważałbym za niesłuszne, tu bowiem uwzględnienie jej świadczyłoby o braku z mej strony krytycznego zoryentowania się w sytuacyi. Uwagę więc Dra Selzera co do pracy Dra Kostrzewskiego uważam za chybioną; uznając jej wartość, pominąłem ją zupełnie rozważnie. Wzamian za wyświetlenie mego stanowiska niech mi wolno będzie teraz tę samą uwagę skierować ku Dr Selzerowi, mianowicie zapytać go, dlaczego przytaczając w swym artykule szereg autorów obcych, pominął milczeniem pracę Dra Kostrzewskiego, pomimo, że obydwaj pracowali specyalnie nad odczynem Cammidgea? Wszak ta okoliczność, że obaj pracowali jednocześnie, nie zwalnia tego, kto ogłasza swoją pracę później, od zaznaczenia w niej pracy drugiego, chociażby jednocześnie wykonanej, lecz wcześniej ogłoszonej, zwłaszcza zaś, gdy obydwaj pracujący są rodakami i ten, który później swą pracę ogłasza, pracuje nie gdzieś zdala od kraju, lecz w zakładach polskich w warunkach, wśród których nieuwzględnienie piśmiennictwa ojczystego uważałbym za niedające się usprawiedliwić.

Przechodzę teraz do pracy Dra Selzera. Zupełnie otwarcie przyznaję, że pracę tę przeoczyłem, i wdzięczny jestem jej autorowi za wskazówkę. Przypuszczam, że stało się to dlatego, iż wyszła ona w druku podczas lata, kiedy z powodu wyjazdu z Kazania czasopisma otrzymuję bardzo nieregularnie. Artykuł Dra Selzera przytoczyłbym bezwarunkowo, ponieważ Dr Selzer należy do liczby tych pierwszych badaczy, którzy drukiem w czasopiśmie (osobiście spostrzegałem dodatni wynik próby Cammidgea u zdrowych jeszcze w początkach r. 1908, o czem, będąc zajęty innemi pracami, w druku wiadomości nie podałem) ogłosili, że odczyn Cammidgea może występować dodatnio i u osobników zdrowych. Dla tej właśnie przyczyny, lecz jedynie ze względu na nią, przytoczyłbym pracę Dra Selzera, gdyby ona nie była uszła mej uwagi. Raz poruszywszy tę pracę, pozwolę sobie zrobić dwa sprostowania co do tej pracy Dra Selzera, którego zupełnie niechcący »poszkodowałem«. Dr Selzer i w swojej pracy i w uwagach nad moją zaznacza, że on pierwszy zwrócił uwagę na to, iż odczyn Cammidgea bywa dodatni u zdrowych ludzi. Na czem Dr Selzer opiera to pierwszeństwo, nie mogłem zrozumieć. O ile znam piśmiennictwo, pierwszy Roth na samym początku r. 1909 ogłosił w »Zeitschrift für klinische Medicin« (t. 67) dwa przypadki dodatniego odczynu Cammidgea wśród 10 zbadanych przez niego zdrowych ludzi; coprawda, jeden z tych przypadków może należy wyłączyć, niedługo bowiem przed badaniem przebył ten badany ostry nieżyt jelit. Następnie spostrzegał to samo doc. Zenon Orłowski, którego pracę Dr Selzer przytacza, przypisując ją niesłusznie mnie. Praca ta, o ile wiem, została ukończona na początku r. 1909, była na porządku dziennym posiedzenia »Związku lekarzy i przyrodników polskich w Petersburgu« w d. 1. maja tegoż roku (patrz Przegląd lekarski 1909, Nr 21, str. 340), a wydrukowana została w Nr 20 pisma »Wraczebnaja Gazeta«, 17. maja 1909 r. Dr Selzer podkreśla, że pracę swoją ukończył w czerwcu 1909 r., przedstawił ją na Zjeździe internistów w Krakowie w lipcu 1909, w październiku t. r. w Tow. lek. lwowskiem, a ogłosił drukiem w »Lwowskim Tygodniku lekarskim« w Nr 22, r. 1910. Zestawienie tych dat wykazuje, że o pierwszeństwie Dra Selzera mowy być nie może, chyba, że — zastrzegam się — Dr Selzer ogłosił swoją pracę jeszcze gdzieindziej o wiele wcześniej; najwyżej możemy mówić — co najprawdopodobniej odpowiada rzeczywistości — o jednocześnie uczynionem przez kilku badaczy spostrzeżeniu.

Może zresztą tu niedość dobrze zrozumiałem Dra Selzera; sądząc z odpowiedniego ustępu jego pracy, można bowiem również przypuszczać, że Dr Selzer ma na myśli wykazanie przez siebie tej okoliczności, iż odczyn Cammidgea u zdrowych osobników wypada dodatnio często, nie zaś rzadko, jak twierdzą inni Jeśli jednak Dr Selzerowi chodzi o pierwszeństwo pod tym względem, to muszę stanowczo zaznaczyć, że takie zdanie, o częstości występowania dodatnio próby Camidgea u zdrowych ludzi byłoby zupełnie nieuzasadnione, jako oparte na badaniu tylko 4 zdrowych osobników, chociażby i z 6-krotnym wynikiem dodatnim.

Drugie sprostowanie dotyczy wzmianki Dra Selzera o pracy nad odczynem Cammidgea, ogłoszonej w Nr 20 »Wraczebnoj Gazety« z r. 1909, którą Dr Selzer przypisuje mnie. Muszę przyznać, że to jest jedna z pomysłowszych prac w tej sprawie, która wytknęła nową drogę w tym czasie, gdy myśl wielu była skierowana przeważnie ku nagromadzeniu większego materyału statystycznego. Lecz praca ta, która przynosi zaszczyt jej autorowi, wykonana została nie przezemnie, lecz, co Dr Selzer przeoczył, przez docenta Zenona Orłowskiego i wyszła w r. 1909 z propedeutycznej kliniki wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu (dyr. prof. Fawicki), gdy ja już od r. 1907 zajmuję katedrę dyagnostyki lekarskiej z kliniką propedeutyczną w uniwersytecie w Kazaniu. Tę pracę doc. Z. Orłowskiego przytaczam kilkakrotnie w swej pracy, która dała powód do uwag Dra Selzera, lecz ta okoliczność uszła widocznie uwagi Dra Selzera.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Ziłkow. **W sprawie patologii okresu zamartwiczego w przebiegu cholery.** (Rusk. Wracz, Nr 15, 1911 r.). Autor zestawiając spostrzeżenia kliniczne z doświadczeniami Cohnheima, dotyczącemi działania arszeniku na błonę śluzową dróg pokarmowych, dochodzi do wniosku, iż 1) we

wszystkich chorobach, przy których napotykamy okres zamartwiczy, przyczyną jego jest wpływ toksyczny na ściany jelit, przez co jelita tracą własności życiowe, stając się podobne pod względem czynności do zwykłej błony dyalizacyjnej. 2) Dzięki temu woda i sole przechodzą z naczyń do światła jelit. 3) Soli i wody we krwi ubywa, a stopień ich utraty jest równoległy do stopnia zjawisk zamartwiczych. 4) Stan zamartwiczy znika po wprowadzeniu do krwi soli i wody. Co do cholery autor twierdzi: 1) iż przyczyną okresu zamartwiczego jest utrata znacznej ilości wody i chlorków ustroju, zależna od porażenia śródbłonka naczyń włoskowatych dróg pokarmowych przez jad cholery, 2) iż wlewanie rozczynów soli jest wskazane nietylko jako zabieg łagodzący (paliatywny), ale też odpowiada wskazaniom przyczynowym. Z. Gilewicz.

Iw. Michajłow. **O losie kilku chorych na raka, leczonych jodkiem potasu i arsenianem sodowym.** (Rusk. Wracz Nr 15, 1911 r.). Artykuł ma głównie charakter polemiczny z powodu zarzutów, jakie spotkały metodę leczenia i rozpoznawania raka, ogłoszoną przez autora przed 5 laty po raz pierwszy i później w latach 1907 i 1908 w »Ruskim Wraczu«. Przytaczając przebieg choroby 5 chorych na raka przełyku, stwierdza autor, iż 1) podniesienie ciepłoty po 3 codziennych lawatywach z 4 grm. jodku potasu świadczy o rakowem pochodzeniu cierpienia. 2) Leczenie raka długotrwałe dużemi dawkami tego środka (1,0 grm. na początku, a 1 5 grm. w późniejszym okresie 3 razy dziennie) wraz z wstrzykiwaniem arsenianu sodowego (natr. arsenicic.) oddaje znakomite usługi. Chorzy leczeni przez autora żyli po kilka (w jednym przypadku 6) lat; w 2 przypadkach sekcya potwierdziła rozpoznanie kliniczne. (Dość sensacyjne poprzednie artykuły autora spotkały się z ostrą krytyką, a praca obecna niezawsze dostatecznie odpiera poczynione zarzuty) (Przypisek sprawozdawcy). Z. Gilewicz.

Rutkiewicz. **W sprawie dyagnostyki czynnościowej schorzeń trzustki.** (Rusk. Wracz Nr 15, 1911 r.). Spostrzeżenia autora dotyczą 9 chorych na przewlekłe zmiany trzustki, z tych w 5 przypadkach rozpoznanie kliniczne potwierdziła operacya lub sekcya. W celach rozpoznawczych wykonano następujące badania: poszukiwanie trypsyny w kale i soku żołądkowym (metodą Bołdarewa), próbę jądrową Schmidta, odczyn adrenalinowy Löwiego, odczyn Cammidgea, próbę cukru w moczu i badanie kału metodą Schmidta po dyecie próbnej. Najlepsze wyniki dały odczyn Cammidgea i badanie kału metodą Schmidta. Z. Gilewicz.

Słowcow. **O wpływie soli wapniowych na krzepliwość krwi.** (Ruskij Wracz Nr 15, 1911 r). Badania swe przeprowadził autor na królikach. Technika badań była następująca: Przez zgłębnik wlewano zwierzęciu do żołądka rozczyny chlorku lub dwuwęglanu wapnia. Przed i po tym zabiegu badano krzepliwość krwi według Bradie, ilość soli wapiennych we krwi metodą Wrighta, ilość fermentów metodą autora (% hirudyny, zatrzymujący krzepnięcie krwi), ilość białych ciałek w sz. mil. i ilość fibrynogenu metodą Reya Wyniki badań były następujące: 1) Chlorek wapnia znacznie przyspiesza krzepnięcie krwi. W 2 przypadkach, kiedy po 2,0 grm. chlorku wapnia nastąpiła śmierć zwierzęcia, znaleziono na sekcyi skrzepy w żyle wrotnej i głównej dolnej. 2) Większe ilości chlorku wapnia działają energiczniej, jednak ścisłego stosunku pomiędzy ilością wapna, a szybkością krzepnięcia krwi autor nie spostrzegał. 3) Dwuwęglan wapna wywoływał także przyspieszenie krzepnięcia krwi, działanie jego było jednak znacznie dłuższe, niż chlorku wapna. 4) Przyspieszenie krzepliwości krwi zależy od zwiększenia w niej ilości soli wapniowych. 5) Sole wapniowe mogą służyć do leczenia skłonności do krwotoków, o ile zależy ona od braku alkaliów ziem we krwi. 6) Ilość białych ciałek krwi po podaniu soli wapniowych przeważnie wzrasta. Z. Gilewicz.

Herman Müller. **Kyniklocardia** (t. zw. rytm zegarowy serca) (Volkmanns Sammlung Klin. Vorträge. Innere Med. Nr 1907/198). Rytm zegarowy (pendułowy), czyli embryokardya, opisana po raz pierwszy przez Stokesa, a następnie przez Hucharda, jest wedle autora przez tych klinicystów fałszywie tłómaczona i fałszywie nazwana. Müller twierdzi, że w zjawisku tem chodzi o zniknięcie drugiego tonu, a nie pierwszego, jak dowodzi Stokes, a za nim Huchard. Porównanie z rytmem serca płodowego (embryokardya) lub taktem zegaru (Pendelschlag) jest zdaniem Müllera również niesłuszne, gdyż w obu tych przypadkach słychać dwa tony, tu zaś stale powtarza się tylko ton jeden, a mianowicie pierwszy. Dlatego lepiej nazwać ten rytm rytmem króliczym, »kyniklocardia« (ὁ κύνικλος królik), gdyż u tego zwierzęcia słychać przy osłuchiwaniu klatki piersiowej tylko ton pierwszy. Dla wytłómaczenia tego zjawiska trzeba mieć na względzie, że ton drugi powstaje nietylko przez zamknięcie zastawek półksiężycowatych, ale też dlatego, że cofający się i znaczne ciśnienie wywierający słup krwi uderza o ściany tętnicy, mające skutkiem działania narządu naczynioruchowego znaczny stopień napięcia (tonus). Dlatego to rytm króliczy stanowi stale »signum mali ominis«, gdyż będące jego istotą zniknięcie tonu rozkurczowego dowodzi spadku ciśnienia i porażenia narządu naczynioruchowego, co, jak dziś wiemy z badań nad t. zw. obwodowem sercem, ma pierwszorzędne znaczenie. Z 51 spostrzeżeń autora, dotyczących rytmu króliczego, brzmiało rozpoznanie: Zapalenie krupowe 16 razy, zapalenie przewlekłe mięśnia sercowego, miażdżyca oraz wady serca 17, zapad cukrzyczy 2, zapalenie otrzewnej z przebiciem 1, posocznica 1, złośliwe zapalenie wsierdzia 1, gruźlica i zapalenie nieżytowe płuca w kilku przypadkach. Rytm króliczy występuje też w napadowem kołataniu serca (tachycardia paraxysm.) i wtedy rokowanie jest zawsze dobre. Odróżniać go też należy od t. zw. rytmu cwałowego (Galopprythmus), występującego przy zapaleniu nerek i miażdżycy.

Dr Maryan Godlewski.

O. Fischer. **Wpływ apetytu na czynność żołądka i jego znaczenie w rozpoznawaniu różniczkowem chorób żołądka.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 7). Według doświadczeń Pawłowa wydzielanie soku żołądkowego nie jest zależne ani od chemicznego lub mechanicznego drażnienia błony śluzowej jamy ustnej, ani też od ruchów skojarzonych, jakie wykonujemy przy akcie połykania, lecz wyłącznie tylko od psychicznego pobudzenia i od ilości i jakości przyjętych pokarmów. Próbne zatem śniadanie, które ma rzucić światło na sprawność chemiczną i mechaniczną żołądka, powinno uwzględniać te warunki, a zatem zastosowane być powinno do apetytu danego osobnika i nie odbiegać od warunków jego życia codziennego, wreszcie śniadanie takie nie powinno się składać, jak to dotychczas jest przyjęte, z pokarmów, które w bardzo nieznacznym tylko stopniu działają pobudzająco na wydzielanie soku żołądkowego. Ponieważ dotychczas używane śniadania próbne w niczem nie odpowiadają tym warunkom, podaje autor chorym śniadanie, zastosowane do ich apetytu, dozwalając na pewien wybór w pokarmach, a zatem: 1) mleko, kawa, herbata lub bulion w ilości po 300 cm.^{3} 2) bułka lub chleb z masłem 75 g. (w tem masła 20 g.) 3) skrobane surowe mięso, szynka lub serwelatka po 70 g. lub dwa jaja. Śniadanie to wydobywa się po jednej godzinie. Autor w 35 przypadkach oznaczał ogólną kwaśność treści żołądkowej po zwykłem śniadaniu próbnem i po śniadaniu zastosowanem do apetytu (wolnego kwasu solnego nie uwzględniał w swych porównaniach, gdyż szybkość, z jaką ulega on związaniu, zależy od wielu nie dających się brać w rachubę czynników) i stwierdził, że w 18 przypadkach kwaśność ogólna była wyższa po zastosowaniu jego metody. W ten sposób udało się autorowi twierdzić nadkwaśność u chorych, u których zwykłe śniadanie próbne, mimo niewątpliwie istniejących dolegliwości podmiotowych, wykazywało chemizm prawidłowy. Ciekawe było również spostrzeżenie autora, że w przypadkach raka żołądka nastąpił po śniadaniu, zastosowanem do apetytu, wzrost kwa

śności u jednego chorego z 2 stopni na 12, u drugiego z 12 na 64; świadczyłoby to o tem, że mimo nieżytu żołądka (gastritis) towarzyszącego rakowi, błona śluzowa żołądka odpowiedzieć może na odpowiednią podnietę dużą siłą wydzielniczą: powód, dla którego niektórzy chorzy na raka żołądka lepiej znoszą niewybredne pokarmy, na które sami mają apetyt, aniżeli przepisaną im niedrażniącą dyetę. Również w tych samych 35 przypadkach porównywał autor mechaniczną sprawność żołądka, podając chorym salol i zapisując czas, wśród którego można było jeszcze wykazać obecność kwasu salicylowego w moczu. W ten sposób stwierdził, że w 12 przypadkach czas ten był krótszy po śniadaniu zastosowanem do apetytu, w jednym przypadku rozszerzenia żołądka różnica wynosiła 9 godzin, w innym znów przypadku raka żołądka 12 godzin. Sokołowski.

Neubauer i Fischer. **W sprawie próby glicyl-tryptofanowej w rozpoznaniu różniczkowem raka żołądka.** (Münch. med. Wochenschrift 1911, Nr 13). Jeszcze przed trzema laty stwierdzili autorowie, że sok żołądkowy w przypadkach raka żołądka ma zdolność rozkładania dipeptydów (glicyl-tryptofanu). Własność tę spożytkowali w różniczkowem rozpoznawaniu raka żołądka. Jednakże przy wykonywaniu tej próby trzeba się liczyć z faktem, że sok trzustkowy, który łatwo może dostać się do treści żołądkowej przy zgłębnikowaniu żołądka, jak również krew i surowicze wysięki błony śluzowej żołądka, wywołują także dodatni wynik próby; z drugiej znów strony ujemny wynik próby może polegać na tem, że żołądek rakowo zmieniony nie wydziela żadnego lub też za mało fermentu. Nie przypisując zatem próbie tej znaczenia swoistego, sądzą jednakże autorowie, że ma ona taką wartość, jak i inne próby chemiczne, które wykonujemy przy podejrzeniu raka (próba co do kwasu mlecznego, co do krwi w kale i t. p.). Autorowie zestawiają wszystkie, dotychczas opublikowane wyniki i stwierdzają, że prawidłowy sok żołądkowy nie rozszczepia glicyl-tryptofanu zupełnie, natomiast treść żołądkowa w raku daje prawie zawsze odczyn dodatni (w 84$^0/_0$ raka stwierdzonego sekcyą, w 75$^0/_0$ raka klinicznie pewnego). W innych cierpieniach żołądka odczyn ten wyjątkowo tylko bywa dodatni. Sokołowski.

Prof. Kisch. **Diabetes lipogenes.** (Münch. med. Wochenschrift 1911, Nr 13). Nazwę tę wprowadził autor do literatury jeszcze przed 25 laty, chcąc w ten sposób zaznaczyć ścisły związek między ogólną otyłością (lipomatosis universalis), a pojawieniem się moczówki cukrowej. Powód do niej daje tak otyłość »pokarmowa« (alimentaris), to jest spowodowana nadmiernym dowozem substancyi pożywnych do ustroju, a małem ich spotrzebowaniem, jak też i otyłość konstytucyonalna, czyto dziedziczna, czy też wywołana chorobami ogólnemi, jak blednica, zołzy, kiła, alkoholizm. Przy otyłości »pokarmowej« (Mastfettleibigkeit) skłonność do cukrzycy jest stosunkowo częstą (autor dopatruje się jej w 15$^0/_0$ otyłości). Występuje ona jednak powoli, nie sprawia chorym zbytnich dolegliwości, ilości cukru wydzielanego moczem trzymają się nizkich granic, białko pojawia się ledwo w śladach, wydzielanie kwasu szczawiowego wyjątkowo tylko jest zwiększone. U osób z tą otyłością również często powstaje cukromocz pokarmowy; cukier pojawia się w moczu przy szybko rosnącej podściółce tłuszczowej, znika zaś z chwilą ubytku tłuszczu z ustroju. Spostrzeżenie to udowadnia, że cukrzyca jest sprawą następową, a nie, jak twierdzi Noorden co do pewnych przypadków, pierwotną (diabetogene Fettsucht Noordena). Jako przyczynę powstawania cukrzycy przy otyłości, przyjmuje autor zmiany, zachodzące w tkance wątroby i trzustki skutkiem nagromadzenia tłuszczu w tych narządach. Autor stwierdził nacieki tłuszczowe prawie w połowie przypadków na zwłokach. Częściej jeszcze, niż u osób z otyłością pokarmową, bo w 50$^0/_0$ przypadków, występuje cukrzyca u chorych z konstytucyonalną otyłością, przy której komórki ustroju zatraciły zdolność prawidłowego rozszczepiania glikozy. Przebieg cukrzycy z tą etyologią jes o wiele cięższy, niż przy otyłości nabytej. Leczenie zastosowane być powinno do etyologii danego przypadku. I tak przy cukrzycy, wywołanej otyłością nabytą, wskazana jest dyeta odtłuszczająca, powinno się jednak zwracać baczną uwagę, czy w miarę redukcyi tłuszczu zmniejsza się także wydzielanie cukru. Przy cukrzycy, wywołanej otyłością konstytucyonalną, leczenie jest znacznie więcej skomplikowane. Leczenie odtłuszczające odgrywa tutaj rolę tylko drugorzędną, natomiast przedewszystkiem starać się należy zapomocą odpowiedniej dyety, stosowania środków leczniczych i zabiegów higienicznych podnieść żywotność i zdolność do pracy komórek ustroju. Sokołowski.

Leede. **W sprawie ogólnego zakażenia wiewiórowego.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 9). Autor opisuje rzadki przypadek, w którym jad wiewiórowy, wtargnąwszy przez wrzód miękki, dostał się do ustroju za pośrednictwem naczyń limfatycznych, nie zakażając zupełnie cewki moczowej. Przypadek ten o przebiegu niezwykle ciężkim (zajęte były stawy skokowe) zakończył się zejściem śmiertelnem, które to zejście tłomaczy autor idyosynkrazyą ustroju względem gonotoksyn. Za objawy wywołane przez gonotoksyny uważa autor odurzenie, szybko postępujący upadek sił, wybitne zaniki mięśniowe, i to nawet tych mięśni, które nie stoją w żadnym związku z zajętymi stawami, wreszcie łuszczenie się skóry i zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego; we krwi nie można znaleźć bakteryi. Autor radzi w przypadkach wiewiórowego zajęcia stawów, przy znaczniejszym upadku sił, mimo że obecność ropy w zajętym stawie nie jest pewną, przez szerokie nacięcia ułatwić odpływ gonotoksyn. Sokołowski.

Sarvonat i Crémien. **Podawanie bromków z równoczesnem usunięciem chlorków.** (Soc. de biolog. 1911, 25. II.). Autorowie podjęli doświadczenia, by się przekonać, na czem polega, że silniej działają podawane chorym bromki, jeśli równocześnie usuwamy z dyety chlorki. Dwa psy, jeden karmiony potrawami zupełnie pozbawionemi chlorków, a drugi trzymany na dyecie obfitującej w chlorki, dostawały równe ilości bromków. Bardzo ścisłe oznaczanie bromków w ośrodkach nerwowych u obu psów dowiodło, że tkanki zwierzęcia pozbawionego w pokarmach chlorków, zawierają dwa razy tyle bromków, co drugiego. Podając jodki w miejsce bromków stwierdzili autorowie w trzewiach zwierzęcia, trzymanego na dyecie bezchlorowej, prawie cztery razy tyle jodu, co u drugiego. Dochodzą więc do wniosku: Usunięcie chlorków ułatwia tkankom chwytanie bromków i jodków i tem się tłomaczy silniejsze działanie bromków jako leku i trucizny w tych warunkach. Należałoby i w czasie podawania jodu, o ile idzie o silniejsze jego zadziałanie, także z dyety chorego usunąć chlorki. Stahr.

Stühmer. **Prątki durowe w płynie mózgowo-rdzeniowym.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 7). W czasie ostatniej epidemii durowej miał autor sposobność spostrzegać dość ciekawy przypadek, który dotyczył młodego, dobrze zbudowanego mężczyzny. Chory ten 29. XI. narzekał, że od dwu dni czuje się ogólnie rozbity i że ma wymioty. Poza tem nie było żadnych innych objawów żołądkowo-jelitowych, nie było wzdęcia brzucha, ani kruczenia w okolicy ślepej kiszki, stłumienie śledziony nie było powiększone, nie było żadnej osutki durowej, ani język nie był obłożony. Dłonie rąk okazywały silnie żółte zabarwienie, chory był niespokojny, rzucał się i majaczył w nocy, narzekał na sztywność karku, która w ciągu następnych dni się zwiększyła. Ciepłota wynosiła 39·8°. Źrenice oddziaływały leniwo, dno oka było prawidłowe. Odczyn Widala dodatni 1: 50, ujemny 1: 100. — W trzy dni potem, 2. XII., wzmogły się objawy mózgowe. Chory zaczął mocz oddawać pod siebie. Nakłuto kanał kręgowy. W płynie dobytym stwierdzono pod mikroskopem obecność prątków krótkich, grubych, w których rozpoznano prątki Ebertha. Ciepłota wynosiła 38·8°. Od tej chwili objawy chorobowe zaczęły zwalniać.

Chory się uspokoił, bole głowy i sztywność w karku zelżały. W wypróżnieniach nie znaleziono prątków durowych, w plwocinie nie stwierdzono obecności prątka gruźliczego. 10. XII. spadła gorączka, ciepłota wróciła na tory prawidłowe i chory 24. I. wyszedł uleczony. — Obraz kliniczny przypominał w tym przypadku ciężkie zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, którego przyczyną był tym razem prątek durowy, stwierdzony w płynie mózgowo-rdzeniowym. A więc był to przypadek pierwotnego durowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. S. zdołał w całem dostępnem mu piśmiennictwie zebrać tylko osiem przypadków, w których stwierdzono prątek Ebertha w płynie mózgowo-rdzeniowym za życia chorego. We wszystkich takich przypadkach waha się rozpoznanie między durem, gruźlicą prosówkową i posocznicą, a dopiero nakłucie kanału kręgowego pozwala na pewne rozpoznanie. Co się tyczy rokowania, to z dotychczas znanych 9 wyzdrowiało 6 chorych. Nakłucie kanału kręgowego ma obok znaczenia rozpoznawczego także nadzwyczaj korzystny wpływ na samą chorobę. Stahr.

Neurologia i psychiatrya.

E. A. Kopystynskij. **Psychoza przy chorobie Basedowa, leczona antytyreoidyną.** (Obozr. psichiatr. newr. i eksper. psichol., wyd. przez Bechterewa Nr 1, 1911). Opisany przypadek dotyczy 30-letniego włościanina, u którego wiosną 1909 r. po ostrej, bliżej nieznanej chorobie rozwinęły się objawy choroby Basedowa, w rok później zaś wystąpiły zaburzenia psychiczne, scharakteryzowane przez autora, jako mania o amencyjnem zabarwieniu. Pod wpływem podawania antytyreoidyny Moebiusa w ciągu paru miesięcy z przerwami, jednocześnie z polepszeniem somatycznych objawów (powiększenie nader nizkiej wagi ciała, oraz zmniejszenie gruczołu tarczowego) znaczna poprawa przypadłości psychicznych tak, że po 5-miesięcznym pobycie w zakładzie chorego można było wypuścić, jako wyleczonego. Autor skłania się do przypuszczenia, że zapewne w wielu przypadkach maniakalno-depresyjnych psychoz chodzić może o zatrucie na tle hypertyreoidyzmu, co dawałoby możność osiągnięcia pomyślnych wyników zapomocą odpowiedniego leczenia. S. Trzebiński.

N. A. Wyrubow. **W sprawie pomieszczenia i leczenia umysłowo chorych zbrodniarzy.** (Obozr. psichiatr., newr. i eksper. psichol., wyd. Bechterewa 1911, Nr 1). Autor streszcza prawne przepisy, określające w poszczególnych prawodawstwach karną odpowiedzialność przestępców; takich, którzy cierpieli na chorobę umysłową w chwili popełnienia przestępstwa, oraz takich, u których chorobę umysłową zauważono dopiero później, podczas odbywania kary więziennej. Dla pomieszczenia i leczenia ich istnieją trojakiego rodzaju urządzenia. 1) Centralne psychiatryczne zakłady dla przestępców (W. Brytania, niektóre stany Półn. Ameryki, Włochy, Szwecya i Norwegia). 2) Osobne oddziały dla przestępców przy ogólnych zakładach psychiatrycznych (Francya, Niemcy, niektóre miejscowości w Anglii). 3) Psychiatryczne oddziały przy więzieniach (Niemcy). Uznając pierwsze dwie kategorye za niewłaściwe ze względu na konieczność nagromadzenia w jednem miejscu wielkiej liczby szczególnie niebezpiecznych żywiołów, a prócz tego w urządzeniach drugiej kategoryi (oddziały dla przestępców przy ogólnych psychiatrycznych zakładach) przez nadawanie charakteru więziennego instytucyi leczniczej, oświadcza się autor za tworzeniem oddziałów psychiatrycznych przy więzieniach. Oddziały te mają służyć dla umieszczania i leczenia tymczasowego, nie dłuższego nad 6 miesięcy, poczem przestępcy nie wyleczeni, ewentualnie nie przekonani o symulacyę, powinni być przenoszeni do ogólnych zakładów psychiatrycznych, gdzie wobec niewielkiego stosunku odsetkowego do ogólnej liczby chorych pobyt ich szczególnego niebezpieczeństwa nie przedstawia. W myśl tych zasad zaleca autor otwieranie w Rosyi psychiatrycznych oddziałów przy więzieniach, żądając oddania ich pod kierunek wykwalifikowanych psychiatrów, oraz udziału psychiatrów już w pierwiastkowem śledztwie przestępców, podejrzanych o chorobę umysłową. S. Trzebiński.

Położnictwo i ginekologia.

W. Brant. **O uśpieniu skopolaminowo-morfinowo-eterowem.** (Russkij Wracz 1911 Nr 13). B. opisuje sposób stosowania i wyniki uśpienia skopolaminowo-morfinowo-eterowego w 117 przypadkach, operowanych w klinice Prof. Orłowa w Odessie. Pierwsze wstrzyknięcie skopolaminy (0,0003) i morfiny (0,01) dokonywano na $1^1/_2$ godz., drugie zaś wstrzyknięcie skopolaminy w dawce poprzedniej (bez morfiny) na $^1/_2$ godz. przed operacyą. Następnie po 10—15 minutach przykładano przyrząd Wanchera do wziewania eteru. Chore zasypiały nadzwyczaj spokojnie; powikłań nie było żadnych. Przy uśpieniu w sposób powyższy dokonano szeregu różnych operacyi ginekologicznych, nieraz bardzo długotrwałych, u osób wiekowych i wycieńczonych. Eter zużywano w bardzo niewielkiej ilości. Po przebudzeniu chore zachowywały się spokojnie. Powikłania pooperacyjne ze strony płuc zdarzały się rzadko: zapalenie oskrzeli w 4,2%, zapalenie płuc mniej niż w 1% przypadków. M. Pietkiewicz.

L. Albinskij. **W sprawie uśpienia zapomocą wstrzykiwania hedonalu do żył.** (Russk. Wracz. 1911 Nr 13). Prof. S. Fiodorow, A. Sidorenko i A. Polenow spostrzegali około 200 przypadków, w których stosowano z dobrym wynikiem uśpienie zapomocą hedonalu do żył. A. opisuje 10 przypadków uśpienia w sposób powyższy z kliniki Prof. Grammatikati w Tomsku. Po znieczuleniu skóry w zgięciu łokciowem zapomocą 1% rozczynu eukainy β z adrenaliną, wstrzykiwano do żyły środkowej od 700 do 1300 ctm. sz. 0,75% rozczynu hedonalu. Wstrzykiwanie odbywało się powoli, od 50—60 ctm. sz. na minutę. Sen następował po 4 do 9 minutach. Pomiędzy choremi, które operowano zapomocą cięcia brzusznego z powodu rozmaitych chorób macicy i przydatków, były osoby silnie wycieńczone, z wadą serca, białkomoczem i t. d.; pomimo to jednak nie zauważono żadnych powikłań ani w czasie operacyi, ani później. Wszystkie chore operowane wyzdrowiały z wyjątkiem jednej, u której w czasie operacyi znaleziono obok nabłoniaka kosmkowego macicy i przydatków — ropne zapalenie otrzewnej. M. Pietkiewicz.

J. Kryżewskij. **O uśpieniu hedonalowo-chloroformowem.** (Russ. Wracz 1911 Nr 13). W ginekologicznym i położniczym oddziale szpitala wojskowego w Petersburgu stosowano uśpienie hedonalowo-chloroformowe w 339 przypadkach z pomyślnym skutkiem. Dawka hedonalu wynosiła od 2,5 do 3,0 gr. Stosowano ten środek na godzinę przed rozpoczęciem operacyi, podając go wewnętrznie w opłatku lub też w lawatywie (w rozcieńczeniu najpierw w wyskoku, a następnie w wodzie). Po 20—40 minutach następował sen głęboki i spokojny. Chore nie odczuwały przykrego uczucia duszności w czasie chloroformowania; okresu podniecenia nie było wcale; tętno było rzadkie i równe. Chloroformu używano znacznie mniej, niż przy zwykłem uśpieniu chloroformem. W okresie pooperacyjnym chore czuły się dobrze i niezbyt narzekały na ból. We wszystkich przypadkach zanotowano częste i obfite oddawanie moczu przed operacyą i po niej. K. sądzi, że uśpienie hedonalowo-chloroformowe zalecać należy szczególnie przy stwardnieniu tętnic, ponieważ małe dawki hedonalu znacznie zmniejszają ciśnienie krwi. N. Pietkiewiecz.

F. Niepomuckij. **O leczeniu pęknięcia krocza po porodzie.** (Russk. Wracz 1911, Nr 13). W celach porównawczych dokonał N. w miejskim zakładzie położniczym w Odessie dwóch seryi operacyi zeszycia świeżych pęknięć krocza po porodzie. Pierwsza serya obejmuje 133 przypadki zeszycia krocza bezpośrednio po ukończeniu porodu; zgojenie się doraźne nastąpiło w 114 przyp.

(85,7%). Druga serya dotyczy 74 przypadków, operowanych na 2. lub 3. dzień po porodzie, po poprzedniem odświeżeniu ran; rany zgoiły się doraźnie w 67 przypadkach (90,5%). Lepsze wyniki operacyi, dokonanych w seryi drugiej, tłómaczy N. zniknięciem obrzęku części rodnych oraz nierówności na powierzchni rany, wskutek czego rana przybierała cechy rany ciętej. Pochwę zeszywano katgutem, krocze jedwabiem lub zapomocą agrafek Michela. Po zeszyciu krocza niema zdaniem N. żadnego powodu zmuszać położnice do leżenia w ciągu 7 dni, ponieważ rany goją się znacznie lepiej, jeśli chore wstają z łóżka na 3. dzień po porodzie. M. Pietkiwicz.

K. I. Striezow. **W sprawie spajania świeżych porodowych pęknięć krocza zapomocą agrafek P. Michela.** (Russkij Wracz 1911 Nr 13). W miejskim zakładzie położniczym w Odessie dokonał S. w 120 przypadkach spojenia świeżych porodowych pęknięć krocza w sposób następujący. Bezpośrednio po porodzie (w razie obrzęku części rodnych,— później) zeszywano pochwę katgutem; brzegi rany krocza zbliżano zapomocą głębokich szwów katgutowych, czasami kilkupiętrowych w celu usunięcia napięcia tkanek; zewnętrzną ranę spajano zapomocą agrafek Michela. Agrafki zdejmowano na 6. lub 7. dzień. Po operacyi chore pozostawały w położeniu na wznak w ciągu 10—12 godzin, potem kładły się na bok. Nóg nie związywano. 2 razy dziennie przestrzykiwano pochwę rozczynem sublimatu (1:2000). Na 3. dzień po porodzie, chore otrzymywały lek przeczyszczający (30,0 soli glauberskiej) i wstawały z łóżka, jeśli nie było ku temu przeciwwskazań (niedokrwistości, podwyższenia ciepłoty i t. d.). We wszystkich przypadkach nastąpiło doraźne zagojenie się ran, z wyjątkiem dwóch przypadków, w których rozeszła się rana na wędzidełku wskutek niedokładnego nałożenia agrafek. M. Pietkiewicz.

N. Lwow. **W sprawie wypadania ciała żółtego jajnika w związku ze sprawą pochodzenia odosobnionych guzów torbielowych w jamie brzusznej.** (Russkij Wracz 1911 Nr 13). Pierwszy przypadek wypadnięcia ciała żółtego spostrzegł Stratz u samicy »tarsius spectrum«, następnie opisali to zjawisko u kobiet Schnell i Gruzdiew. Z kliniki Gruzdiewa (w Kazaniu) opisuje L. 6 nowych przypadków, spostrzeganych w ciągu ostatnich 8 lat. W 4 przypadkach znaleziono ciało żółte całkiem odosobnione w jamie brzusznej, w 2 zaś pozostawało ono w związku z jajnikiem zapomocą szypuły. W 1 przypadku operowano chorą z powodu włókniakomięśniaka macicy, w 1 z powodu raka, w reszcie przypadków z powodu przewlekłego zapalenia przydatków macicznych. Jako przyczynę wypadania ciała żółtego podaje Gruzdiew zbyt powierzchowną siedzibę pęcherzyka jajkonośnego, z którego wytworzyło się ciało żółte, silny ucisk jajnika przy badaniu ręcznem i wreszcie sprawy chorobne w tkankach ciała żółtego, wywołujące oddzielenie się jego części środkowej od obwodowej. L. dochodzi do następujących wniosków: 1) Wypadanie ciała żółtego zdarza się częściej, niżby można sądzić na zasadzie małej liczby przypadków, opisanych w piśmiennictwie. 2) W etyologii tego zjawiska gra najważniejszą rolę przewlekłe zapalenie jajników. 3) Sprawa odłuszczenia ciała żółtego odbywa się najczęściej w zewnętrznej warstwie łącznotkankowej (theca folliculi ext.). 4) Wypadać mogą nietylko ciała żółte, lecz także i torbiele, wypadłszy do jamy brzusznej, mogą zapomocą zrostów i zlepów z otaczającymi narządami, jelitami, pęcherzem moczowym, macicą i t. d., uzyskać waruki (unaczynienie) do dalszego rozwoju. 6) Przy wypadaniu ciał żółtych zwykle nie bywa krwawienia, jeśli jednak ono czasami się zdarza, to bardzo nieznaczne. M. Pietkiewicz.

A. Bortkiewicz. **Kamyki żylne w ścianie pochwy.** (Russkij Wracz 1911 Nr 13). U 40-letniej wieloródki znalazł B. w tkance podśluzowej pochwy, w ścianach jej tylnobocznych, z każdej strony po 4—5 okrągłych małych guzów, twardych jak kamień, usadowionych jeden nad drugim: największy z tych guzów był wielkości dużego grochu. Guzy usunięto zapomocą rozcięcia śluzówki. Badanie guzów wykazało budowę współśrodkową w środku dosyć grubej zwapniałej tkanki łącznej znajdowało się jądro, zawierające barwik krwi. M. Pietkiewicz.

Prof. D. Szyrszow. **O pochodzeniu i histologii torbieli pochwy.** (Russk. Wracz 1911 Nr 13). Przytoczywszy poglądy nowoczesnych autorów na pochodzenie torbieli pochwy, opisuje S. przypadek, spostrzegany u 20-letniej kobiety. Z tylnego sklepienia pochwy na linii środkowej wyłuszczył S. torbiel wielkości dużego orzecha laskowego. Powierzchnia torbieli, wypuklająca się do pochwy, była pokryta ścieńczałą błoną śluzową. Na przekroju znaleziono kilka jam różnej wielkości, oddzielonych jedna od drugiej twardą tkanką łączną; większe jamy były wyścielone warstwą nabłonka płaskiego, mniejsze zaś warstwą nabłonka wałeczkowatego, i zawierały masę jednolitą zlekka ziarnistą. Na zasadzie badania drobnowidowego, jak również i ze względu na siedzibę torbieli, dochodzi S. zgodnie z poglądami Rungego i Davidsona, do wniosku, iż torbiel powstała z gruczołów łów błony śluzowej pochwy. M. Pietkiewicz.

W. Jemieljanow. **Przypadek kostniaka jajowodu.** (Russkij Wracz 1911, Nr 13). Z wyjątkiem skórzaków (około 10 przypadków), znajdowano tkankę kostną w jajowodach nadzwyczaj rzadko. Dotychczas były znane z piśmiennictwa zaledwie 3 przypadki (Rokitansky, Klob i Michaud). J. opisuje przypadek kostniaka u chorej 46-letniej, operowanej z powodu zapalenia prawego jajowodu. Jajowód był rozdęty nakształt worka wielkości kurzego jaja, zgrubiały i napełniony cieczą śluzowo-ropną. Na wewnętrznej powierzchni jajowodu u wylotu macicznego znaleziono twarde wypuklenie wielkości grochu. Badanie drobnowidowe wykazało rozmaite okresy stopniowego przeistaczania się tkanki łącznej w kostnawą, a tej w kostną, z wyraźnemi blaszkami i ciałkami kostnemi, oraz wrzecionowatemi komórkami w szpiku kostnym. Komórek chrząstkowych nie znaleziono. Wyjaśniając pochodzenie nowotworu S. przypuszcza, że w tym przypadku mogło być podstawą zbłąkane ognisko zarodkowe, podobnie jak bywa w przypadkach skórzaków i potworniaków. M. Pietkiewicz.

M. Malinowski. **W sprawie mięsaków części pochwowej macicy.** (Russkij Wracz 1911, Nr 13). M. opisuje rzadki przypadek pierwotnego mięsaka części pochwowej macicy u wieloródki 48 l. Chora uskarżała się na krwawienia maciczne i ból w podbrzuszu. Badanie wykazało na części pochwowej macicy wyrośle kalafiorowate, usadowione przeważnie na tylnej wardze; wydzieliny bezwonne; sklepienia pochwy wolne; macica ruchoma. Na zasadzie obrazu klinicznego rozpoznano raka i dokonano operacyi doszczętnej zapomocą cięcia brzusznego według sposobu Wertheima. Przebieg pooperacyjny był pomyślny, pozostał jednak niewielki naciek z prawej strony. Po 7 miesiącach chora wróciła z nawrotem choroby w tem miejscu, gdzie był naciek. Badanie drobnowidowe wyciętej macicy wykazało mięsaka okrągło-komórkowego z dość licznemi komórkami olbrzymiemi. Unaczynienie guza było bardzo obfite; około naczyń prawie wszędzie ogniska drobnokomórkowego nacieku. W częściach obwodowych guza tkanka nowotworowa wnikała miejscami w mięsień maciczny, odgrodzona od niego tylko naciekiem drobnokomórkowym, niekiedy zaś stykała się nawet bezpośrednio z włóknami mięsnemi. Rozpatrzywszy piśmiennictwo, podaje S. następujące wnioski: Mięsaki zjawiają się najczęściej w okresie przekwitania. W wywiadach znajdują się zwykle wzmianki o przewlekłej sprawie zapalnej macicy lub przydatków. Objawy kliniczne nie różnią się od objawów innych nowotworów macicy. Rozpoznanie jest możliwe tylko zapomocą mikroskopu, chociaż i rozpoznanie drobnowidowe przedstawia nieraz znaczne trudności (n. p. przypadek Schaeffera). M. Pietkiewicz.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 21. marca 1911.

Przewodniczący: prezes Prof. Cybulski. Obecnych członków 50.

1) Kol. Radliński przedstawia chorych, leczonych w klinice chirurgicznej.

W dyskusyi zabrał głos kol. Gliński, który badał usunięty przez kol. Radlińskiego guz torbielowaty. Guz ten składał się z niewielkiego stosunkowo odcinka litego z drobnymi torbielkami i z wielkiej torbieli. Zarówno w litej części guza, jak i w ścianach wielkiej torbieli, stwierdzono obok pozostałości opon także, i to głównie, obecność niedokształconej tkanki nerwowej.

2) Inż. Borkowski: **Erhlich i jego teorya**. (Dokończenie).

W dyskusyi przemawiał kol. Eisenberg, jak następuje: Teorya Ehrlicha w czasie swego powstania, jak to miałem sposobność zaznaczyć w odczycie wygłoszonym o niej w Towarzystwie przed laty 9 (p. »Przeg. lek« 1902), spełniła doniosłe zadanie, pozwalając wielki, nader ciekawy, a zagadkowy materyał faktów o odporności ująć w jednolity układ, pozwalając na łatwą i szybką w nim oryentacyę i wskazując wytyczne dla dalszych badań. Ale niestety z biegiem czasu dogmaty jej twórcy, a bardziej jeszcze ślepych i bezkrytycznych jego uczniów i następców, spekulatywny jej charakter i wzrastające skomplikowania przez coraz to nowe hipotezy dodatkowe sprawiły, że szeroki ogół począł zapominać o tem, że jest ona tylko hipotezą— tylko jedną z możliwych — począł na ogół uważać za niezbity pewnik każde jej słowo, począł mierzyć rzeczywistość i możliwość nowych faktów tem, czy się zgadzają z teoryą Ehrlicha, czy też nie. Zamiast być bodźcem postępu i drogowskazem poszukiwań, stała się ona w ostatnim czasie raczej dla nich zaporą, to też nauka nasza zmuszona była, nie odmawiając jej wielkich zasług, odwrócić się od niej i szukać nowych sił w bezpośrednim kontakcie z doświadczeniem — i tu, jak było do przewidzenia, znalazła mnóstwo nowych, ogromnie ciekawych faktów i zagadnień, jak tego dowodzi bodaj najnowsza jej zdobycz — nauka o uczuleniu (anafilaksyi). Starając się dziś zdać sobie krytycznie sprawę z tego, co pozostaje w nauce z teoryi Ehrlicha, musimy stwierdzić, że co do najistotniejszej jej części, kwestyi łączenia się jadów z przeciwjadami, sprawa do dziś dnia nie jest ostatecznie rozstrzygnięta, że pogląd Ehrlicha oparty na najprostszym typie połączeń chemicznych wydaje się mocno wątpliwym, a obok niego wysuwają się dziś na pierszy plan teorya Arrheniusa i Madsena (podnoszona także niezależnie od nich przez mowcę w r. 1903 v. Rozpr. Akad. Umiej.), teorya adsorpcyjna i teorya kolloidalna. Która z nich w danym przypadku jest uzasadnioną, trudno dziś rozstrzygnąć, bo chemia fizyczna ciał białkowatych i chemia kolloidalna nie dość jeszcze są rozwinięte, ich wyniki nie dość pewne i ustalone, aby można do nich apelować po wzory. Reszta teoryi Ehrlicha mająca tłómaczyć zagadkową sprawę powstawania niweczników (Antikörper) i ich swoistości niema dotąd podstawy doświadczalnej (słynne doświadczenie Wassermana i Takakiego jest dotąd przedmiotem dyskusyi) a pewne rozważania zdają się nawet przemawiać przeciwko niej. I tak nadmierna odnowa w sferze anatomo-patologicznej dochodzi najwyżej kilkakrotnej wartości ubytku — tutaj dochodzi do milionowej wielokrotności — wogóle zaś prawo Weigerta nie znalazło jeszcze ogólnego uznania. Doświadczenia Brucka zachwiały twierdzenia Ehrlicha, że niejadowity zupełnie jad może wywołać wytworzenie przeciwjadów i zmusiło do hipotezy dodatkowej, że oprócz związania chwytników potrzeba też do tego »bodźca uodporniającego« (ictus immunisatorius). Wogóle ta najciekawsza strona zagadnienia długo jeszcze zapewne pozostanie nierozjaśnioną, bo chodzi tu o sprawy, rozgrywające się w tajemniczem wnętrzu pracowni komórkowych.

Wreszcie chciałbym wystąpić w obronie swej próby mianownictwa, podanej przed 3 laty, zwłaszcza zaś wyrazu »jad«, użytego do określenia »toksyny«. Dla dokładnej analizy pojęciowej dobrze będzie używać wyrazu »trucizna« dla wszelkich ciał chemicznych, szkodliwie działających na ustrój, zaś wyraz »jad« zachować dla trucizn bakteryjnych, roślinnych lub zwierzęcych, zdolnych wywołać w ustroju wytworzenie »przeciwjadów«. Właśnie »jad wężowy« — wyraz uświęcony zdawna w ogólnem użyciu — należy do tej kategoryi.

3) Kol. Stahr. **Meningitis vera, meningitis spuria (meningismus) i meningitis serica**. (Wyjdzie w »Przeglądzie lekarskim«).

Dyskusya: (Streszczenia własne).

Kol. Blassberg zgadza się z prelegentem na to, że nie należy wstrzykiwać do rdzenia surowicy bez właściwego wskazania, natomiast wyraża wątpliwość, czy można, jak to uczynił prelegent, przyjąć zupełnie bez zastrzeżenia francuskie pojęcie »meningismus«. Jeżeli bowiem stwierdzamy klinicznie u chorego zbiór objawów zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, to ani ujemny wynik bakteryologicznego badania płynu mózgowo-rdzeniowego, ani też wyleczalność, krótkie trwanie lub mechaniczne pochodzenie sprawy chorobowej nie wyłącza istnienia prawdziwego zapalenia opon. Zapalenie opon może bowiem być krótkotrwałe, lekko przebiegać i być wyleczone, może być zakaźne, mimo ujemny wynik badania bakteryologicznego, ale może ono też mieć źródło w innych czynnikach niezakaźnej, lecz tylko np. mechanicznej natury. Stwarzanie zatem dla grupy objawów »meningitis« jeszcze dodatkowej, odrębnej nazwy zapalenia »wrzekomego«, »meningismus«, nie ma dostatecznego uzasadnienia. Także analogiczna nazwa »podrażnienie«, używana w praktyce przez lekarzy, nie oznacza właściwie ściśle rzecz biorąc, nic innego, jak tylko »zapalenie«.

Kol. N. Gertler: Jednorazowe wstrzyknięcie surowicy zupełnie jałowo (aseptycznie) do kanału kręgowego nie wywołuje zaburzeń, wspomnianych przez prelegenta. Przekonałem się o tem przed kilku laty z własnych doświadczeń, przedstawionych na ostatnim Zjeździe we Lwowie. Króliki, którym wstrzykiwałem surowicę wprost do kanału kręgowego, nie oddziaływały wcale na ten zabieg. Nieznajdowanie meningokoków przy pierwszem nakłuciu próbnem rdzenia nie uprawnia do zupełnego wyłączenia nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, gdyż meningokoki mogą być w bardzo skąpej ilości lub tylko ich ślady w ciałkach białych zaznaczone, z których hodowli otrzymać nie można. Mimoto można je jeszcze później znaleść przy ponownem nakłuciu próbnem. Świadczy o tem przypadek, który zaszedł przed kilku laty, gdzie mimo typowego przebiegu klinicznego przy pierwszem nakłuciu próbnem ani drobnowidowo ani hodowlą nie można było wykazać menigokoków, natomiast przy drugiem nakłuciu, wykonanem w celu leczniczym z powodu wytwarzającego się wodogłowia znacznie później, wynik był dodatni. Rozporządzenia zastosowania surowicy meningokokowej nie należy rozumieć w ten sposób, aby w każdym przypadku z objawami mózgowymi surowicę stosować, lecz tylko w przypadku podejrzanym podczas trwania epidemii zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Nie należy także się obawiać zastosować surowicy, jeśli się jej nie stosuje w pewnych przerwach u tego samego osobnika dla uniknięcia tak zwanej nadczułości.

Kol. Eisenberg: Spostrzeżenia Windela i Sicarda co do prognostycznego znaczenia objawów rozpadowych w jądrach ciałek białych we wysiękach natury zakaźnej — zaś braku tychże we wszystkich jałowych (»puriform«)—, znajdują pewne uzasadnienie w istnieniu t. z. jadów ciałkobójczych (leukocydyn), wytwarzanych przez różne bakterye (gronkowce — Van de Velde, beztlenowce — mowca i Kamen) jużto wyzwolonych z ciała bakteryi strawionych we wnętrzu pożeraczy (fagocytów, mowca 1907). Naturalnie w formie bez-

względnej twierdzenie to może często w rozpoznaniu różniczkowem zawieść badacza. Szkodliwe działanie surowic obcogatunkowych, nie obojętnych już przy zastosowaniu podskórnem (choroba surowicza), przy wstrzykiwaniu podoponowem jest możliwe, bo wiemy, że wiele surowic na tej drodze działa znacznie gwałtowniej, niż przy wprowadzaniu pod skórę. Co do oparcia postępowania leczniczego wyłącznie na rozpoznaniu bakteryologicznem, to napotka ono na trudności, bo w niewątpliwych przypadkach zakażeń meningokokowych może ono czasowo lub stale dać wynik ujemny.

Kol. Bujak podaje, iż w ciągu ostatnich 3 lat leczono na klinice stałej chorób dziecięcych Prof. Lewkowicza 7 przypadków zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, a jeden ambulatoryjnie. Z 3 chorych leczonych nieswoiście zmarł 1 (33%), zaś z 5 leczonych surowicą meningokokową (15—20 cm^3 na dawkę) zginęło 3 (60%). U 2 z tych chorych, okazujących niezbyt nasilone objawy, śmierć nastąpiła w ciągu 12 godzin po wstrzyknięciu, więc nie można zaprzeczyć, iż zabieg ten stał się powodem, a przynajmniej przyspieszył niekorzystne zejście. Przypuścić należy, iż surowica przeciwmeningokokowa posiada znacznie większą siłę bakteryobójczą (bakteryolityczną), niż zobojętniającą uwalniające się endotoksyny, co zresztą Flexner dowiódł doświadczalnie. W trzecim ze straconych przypadków, w którym stosowano czterokrotnie śródoponowo surowicę w dawce 12—20 cm^3, stan ogólny chorego stale się poprawiał, a płyn mózgowordzeniowy okazywał się coraz mniej ropnym; po 4. wstrzyknięciu, wykonanem 9. dnia po rozpoczęciu swoistego leczenia, stan nagle się pogorszył i chory zginął 3. dnia po ostatniem wstrzyknięciu. Spostrzeżenia te wskazują, że nawet w pewnych przypadkach nagminnego zapalenia opon należy postępować rozważnie z leczeniem surowicą. W końcu zaznacza B., iż spostrzeżeń niektórych autorów, jakoby wstrzyknięcie do kanału kręgowego kilku cm^3 rozczynu fizyologicznego soli miało wywoływać zmiany zapalne, na podstawie kilku przypadków klinicznych, w których stosowano ten zabieg — potwierdzić nie może.

Kol. Lewkowicz nie mógł oprzeć się wrażeniu, że w przypadku, wspomnianym przez kol. Bujaka, gdzie kilkakrotnie stosowano surowicę przeciwmeningokokową, surowica przyczyniła się do zejścia śmiertelnego, gdyż badanie pośmiertne wykazało tylko ślady ropy. Zapalenie meningokokowe jako takie znajdowało się widocznie w okresie ustępowania i trudno było do niego odnieść przebieg niekorzystny. Co do terminu »meningizmu«, względnie zapalenia opon wrzekomego, to można go używać na określenie zbioru objawów mózgowo-oponowych w tych przypadkach, w których możemy wyłączyć klinicznie (lub anatomicznie) głębsze zmiany opon i mózgowia. Objawy powstają w tych przypadkach przez zadziałanie jadów najczęściej z jakiegoś ogniska zapalnego odległego na tkankę mózgową, podobnie jak objawy przy zapaleniach opon należy odnieść do oddziaływania sprawy oponowej na tkankę mózgowia. Klinicznie zajęcie opon można wyłączyć przez dokładne zbadanie płynu mózgowo-rdzeniowego, który co do wszelkich wogóle własności powinien być prawidłowy. W przypadku kol. Stahra stwierdzono tylko jałowość płynu, nie badano na białko, leukocyty i t. d. Wobec tego przypadek można z równem prawem pojmować jako pozornie przebiegające zapalenie opon nagminne, a nie meningizm. Jako przykład takiego pozornego przebiegu może posłużyć przypadek, opisany przez kol. Lewkowicza w r. 1900 w »Przeglądzie lekarskim (Nr 48—52, przypadek 6).

Kol. Gliński zaznacza, że we wspomnianym przez kol. Bujaka i Lewkowicza przypadku badanie pośmiertne rzeczywiście nie stwierdziło już nacieków ropnych w oponach; były one tylko wyraźnie surowiczo obrzękłe, komory zaś mózgowe zawierały sporą ilość cieczy wodojasnej, po której wypłynięciu pozostało na dnie komór tylko nieco ropy; obraz ten więc mógłby odpowiadać ustępującemu już ropnemu zapaleniu opon. Jako przykład, że nawet bakteryologiczne badanie płynu mózgowo-rdzeniowego za życia chorego niezawsze jest w stanie wyjaśnić przyczynę podejrzanych objawów, przytacza G. świeżo przez siebie sekcyonowany przypadek, gdzie badany za życia płyn mózgowordzeniowy okazał się jałowym, gdzie jednak wykonane w parę dni później badanie pośmiertne stwierdziło ropne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, badanie zaś bakteryologiczne wykazało w ropie z opon obecność typowych meningokoków. W takich jak przytoczony przypadkach ujemny wynik badania bakteryologicznego z jednej strony mógłby skłonić lekarza (ze względną stratą dla chorego) do zaniechania leczenia surowicą, z drugiej zaś strony w razie zastosowania surowicy możnaby łatwo (wobec braku badania pośmiertnego) odnieść późniejsze ciężkie objawy i nawet zejście śmiertelne do działania surowicy, zamiast do sprawy swoistej. Sekretarz doroczny: Dr G. Grzybowski.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne d. 7 lutego 1911 r.

Dalszy ciąg dyskusyi nad odczytem Kryńskiego: **Punkty sporne w appendicitis acuta.**

Anastazy Landau ze środków stosowanych w »ostrem zapaleniu wyrostka«, odrzuca nietylko środki czyszczące, ale również i makowiec, który wzmaga mdłości i poraża ruch robaczkowy, i tak dostatecznie już osłabiony. Natomiast dobre usługi oddawała mowcy morfina, sama lub też w kombinacyi z atropiną; pożyteczne również okazały się lawatywy z małej ilości płynu, wywołujące odejście wiatrów. Opierając się na statystyce berlińskiej, sądzi Landau, że tych chorych, których nie udało się operować w przeciągu pierwszych dwóch dni, należy leczyć zachowawczo i kwalifikować do natychmiastowej operacyi tylko w razie wskazań życiowych.

Hewelke podkreśla rozmaitość obrazów klinicznych tej sprawy chorobowej, różną skalę ciężkości przypadków, tak że nasuwa się myśl, że nie mamy tu zawsze spraw tej samej natury.

Skłodowski, opierając się na tem, że ogromna większość napadów ostrych kończy się pomyślnie, że wyniki leczenia wyczekującego nie są wcale gorsze, a może nawet przewyższają te, jakimi poszczycić się może dotąd operacya wczesna, dochodzi do wniosku, że zasada operowania wczesnego nie może być uznana za ogólnie obowiązującą.

Czesław Otto zaznacza, że bóle w prawym dole biodrowym z napięciem mięśni brzusznych i wysoką gorączką niezawsze przemawiają bezwzględnie za zapaleniem wyrostka robaczkowego, a tembardziej nie mogą służyć jako objawy ciężkości sprawy zapalnej. Na potwierdzenie swego poglądu przytacza dwa przypadki, gdzie przy obecności wyżej przytoczonych objawów chorobowych żadnych zmian po wycięciu wyrostka robaczkowego w nim nie znalazł, a było zapalenie płuc włóknikowe.

Rzętkowski sądzi, że ropienie okołowyrostkowe jest chorobą »par excellence« chirurgiczną, w której jaknajwcześniejsza doszczętna interwencya chirurgiczna tylko na wielki pożytek choremu wyjść może.

Grundzach uważa środki czyszczące za niebezpieczne i zgoła niepotrzebne.

Julian Kramsztyk zaznacza, że zapalenie wyrostka u małych dzieci zdarza się bardzo rzadko i rozpoznanie jest niemożliwe. Od 5-go roku życia zdarza się zapalenie wyrostka często, rozpoznanie jest łatwiejsze, niż u dorosłych; szczególniej »defense musculaire« występuje bardzo wyraźnie. Większość przypadków kończy się bez operacyi pomyślnie.

Świątecki spostrzegał w szpitalu Ujazdowskim około 400 przypadków zapalenia wyrostka. Tylko 5 do 8% zgłosiło się takich chorych, którzy nadawali się do wczesnej operacyi, metoda więc wczesnego operowania ma małe praktyczne znaczenie.

Brudziński, wbrew twierdzeniu Kramsztyka, wyraża

zdanie, że przypadki zapalenia wyrostka robaczkowego u dzieci powyżej lat 5 nie należą do rzadkości, nawet u dzieci w pierwszym roku życia. Mówca sam od r. 1904 spostrzegał około 12 przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego u dzieci poniżej lat 2, w tem u jednego dziecka 5-tygodniowego, a u dwojga w wieku 8—9 miesięcy. Mówca na podstawie spostrzeganych własnych przypadków jest zwolennikiem wczesnej operacyi w zapaleniu wyrostka robaczkowego u dzieci.

Oderfeld jest zwolennikiem jaknajwcześniejszego operowania w zapaleniu ostrem. Przytacza przypadek, gdzie operował w 18 godzin po rozpoczęciu się napadu i zastał już ogromne zmiany. Mówca nie zgadza się z Borzymowskim, aby wyrostek robaczkowy po opróżnieniu ropnia ulegał zanikowi. Nigdy w tych przypadkach nie zdarzyło mu się, aby przy następnym zabiegu nie znalazł wyrostka.

Dalszy ciąg dyskusyi odłożono do następnego posiedzenia.

Posiedzenie kliniczne d. 21 lutego 1911 r.

1) Kryński przedstawił mężczyznę 56-letniego, dotkniętego **chorobą Basedowa** u którego dokonał, jak czyni zwykle w takich przypadkach, **wycięcia** przerosłej połowy **gruczołu tarczowego** wraz z częścią środkową, nadto podwiązania po drugiej stronie tętnicy tarczowej górnej. Obecnie mija od operacyi 3 tygodnie, rana zagojona doraźnie, a chory czuje poprawę co do wszystkich objawów chorobowych. Najmniej widać to w tej chwili co do serca, które czas dłuższy zachowuje jeszcze swoją pobudliwość. Wysadzenie oczu zmniejsza się, drżenie rąk znikło, nadewszystko zaś poprawił się znakomicie stan podmiotowy chorego.

2) Przystąpiono do dalszego ciągu dyskusyi nad odczytem Kryńskiego: **Punkty sporne w »appendicitis acuta«.**

Krauze nie zgadza się z Borzymowskim, że w wyrostku po usunięciu ropy zachodzi przemiana wsteczna. Jeżeli była zgorzel wyrostka, to zostaje tylko mały kawałek jego, a w innych przypadkach wyrostek przy wtórnej operacyi zawsze się znajduje.

Kijewski sądzi, iż należy przyjąć za zasadę, że gdzie rozpoznajemy napad ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego występujący gwałtownie, tam powinna być wykonana operacya i czem szybciej, tem lepiej dla chorego, gdyż przez to ma on najwięcej szans wyzdrowienia. Mówca przytacza dane liczbowe chirurgów francuskich i niemieckich z ostatnich lat.

Klein zaznacza, iż do niedawna sądzono, że silna leukocytoza jest objawem sprawy ropnej, obecnie pogląd ten upadł, natomiast wytworzyło się przekonanie, że sprawa ta jest ściśle związana z czynnością obronną szpiku kostnego, a mianowicie obecność silnej leukocytozy przemawia, iż czynność ta odbywa się prawidłowo, brak zaś jej, iż czynność ta uległa porażeniu. Rozumie się, iż rokowanie w tym ostatnim przypadku będzie »caeteris paribus« złe i nasuwa się pytanie, czy i w takich przypadkach należy operować wcześnie. Mówca sądzi, że tak, gdyż nie jest wyłączone, że gdy drogą operacyjną uda nam się wyeliminować pewną ilość czynników chorobowych, ujemnie działających na mięśnie i jelita, na szpik kostny, to szpik zdoła uporać się jednak z zakażeniem.

Jakób Loewenstein podkreśla, że lat 10 temu na XI. Zjeździe chirurgów w Krakowie oświadczył się za natychmiastowem operowaniem każdego ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, gdyż ku temu zmusiły go warunki, w jakich się znajdował. Często bywał wzywany do odległych wiosek do chorych, których z wielu powodów nie można było przewieść do szpitala. W takich przypadkach przystępował niezwłocznie do operacyi i miał bardzo dobre wyniki.

Józef Goldbaum mniema, że tylko w bardzo ciężkich przypadkach należy się uciekać do wczesnej operacyi.

Białobrzeski podkreśla elastyczność statystyki, która wykazuje, że każda z proponowanych metod, czy to wczesne operowanie, czy też stosowanie oleju rącznikowego, daje dobre wyniki, nie można więc na niej bezwzględnie polegać.

Bronisław Sawicki podkreśla, że obecnie przestano się obawiać tego wstrząsu operacyjnego w samym początku choroby, oraz przekonano się o kolosalnych zmianach w wyrostku już po 11 godzinach. Co do wczesnego operowania, to Francuzi radzą operować tylko ciężkie przypadki, Niemcy i Anglicy wszystkie. Odpowiadając jednemu z przedmówców co do wymacywania wyrostka robaczkowego, zaznacza Sawicki, że od czasu ogłoszenia tej metody sprawdzał ją i w większości przypadków nie mógł wyrostka wyczuć.

Julian Kramsztyk zaznacza, że wzmianka jego na zeszłem posiedzeniu, iż zapalenie wyrostka u niemowląt i wogóle, u dzieci do lat 5 spotyka się bardzo rzadko, spotkała się z ostrą repliką jednego z następnych mówców, przytacza więc literaturę, która wykazuje, że zapalenie wyrostka robaczkowego u niemowląt jest bardzo rzadkie i że rozpoznanie jest bardzo trudne.

Rejchman nie jest zwolennikiem wczesnego operowania wszystkich przypadków ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Mowca podkreśla trudność rozpoznania w pierwszym dniu choroby. 3% pomyłek w berlińskiej statystyce dotyczyło ciężkich przypadków, zakwalifikowanych do operacyi, tak że wogóle odsetek pomyłek jest znacznie większy.

Kryński, streszczając wynik debaty, dochodzi do wniosku, że w rozstrzygnięciu wyboru postępowania leczniczego kierować się powinniśmy tylko nasileniem objawów chorobowych, pozostawiając na uboczu tak ogólnie podnoszoną kwestyę czasu, czy długości trwania choroby. Słabsze nasilenie objawów od samego początku lub znaczne ich złagodnienie w chwili, gdy widzimy chorego, w porównaniu z natężeniem początkowem cierpienia, pozwalają na zachowanie się wyczekujące, a więc leczenie wewnętrzne; wobec przeciwnych objawów należy operować jaknajwcześniej.

Tadeusz Wilczyński.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z d. 17 grudnia 1910.

Obecnych 17 członków.

I. Dyskusya nad odczytem p. Nowaka: **O aptekarstwie.** Kol. E. Kohn sądzi, że uprzywilejowanie aptek o tyle jest pożyteczne, o ile prowadzenie ich powierza się ludziom wykształconym fachowo. W praktyce uprzewilejowanie powinno uledz znacznym ograniczeniom. Przedewszystkiem powinno być zniesione prawo dziedziczenia aptek, powtóre swoboda farmaceutów w otwieraniu aptek nie powinna być krępowana względami monopolu. — Kol. Marczewski sądzi, że uprzywilejowane stanowisko aptek tylko w teoryi gwarantuje sumienne przyrządzanie lekarstw i sprzedaż według taksy. Wolna konkurencya prędzej doprowadzić może do sumiennej pracy. Prawo otwierania aptek powinno być przyznane jednostkom, przedstawiającym pewne gwarancye umysłowe i etyczne. Dziedziczenie aptek jest szczytem nienormalnych stosunków. — Kol. Biegański przyznaje, że uprzywilejowanie aptek jest przeżytkiem, ale zniesienie go jest trudne ze względów ekonomicznych. Sprowadziłoby to materyalną ruinę dziesiątek tysięcy ludzi. W takim razie koniecznemby było wynagradzanie przez państwo aptekarzy, którzy prawnie nabyli apteki za wygórowane ceny. — Kol. Łokczewski sądzi, że zniesienie monopolu aptecznego dla rządu nie będzie przedstawiało zbyt wielkich trudności; świadczą o tem dzieje propinacyi. — P. Nowak odpowiadając dowodzi, że w razie zniesienia monopolu państwo powinno wykupić apteki, jak to było np. w Szwecyi. W zasadzie broni monopolu.

II. Kol. Stawnicki przedstawił 9-letniego chłopca **z pierwotnym zanikiem mięśni** (dystrophia musculorum). Przy badaniu zwraca uwagę charakterystyczna trudność

wyprostowania tułowia przy zmianie pozycyi siedzącej na stojącą, oraz rzekomy przerost kończyn dolnych.

III. Kol. Rozenfeld wygłosił referat **o nadwrażliwości** (anaphylaxia). Po określeniu pojęcia nadwrażliwości opisał kol. R. słynne doświadczenie Richeta, który wstrzykiwał psom do żył trującą istotę białkową pokrzyw morskich, dalej badania Arthusa i Smitha, polegające na wstrzykiwaniu surowicy końskiej królikom i świnkom morskim. Następnie przeszedł do opisu objawów chorobowych, spostrzeganych u zwierząt pod wpływem wprowadzenia do krwi białka organicznego, surowiczego i bakteryjnego. Zwrócił uwagę na ścisłą zależność odczynu od czasu i miejsca wstrzyknięcia, mówił o wstrzykiwaniach podskórnych, śródżylnych, międzyoponowych. Rozważył sposoby, przedsiębrane przez wielu badaczy w celu zmniejszenia lub usunięcia objawów nadwrażliwości u zwierząt. Przechodząc do patologii ludzkiej, zaznaczył, że z objawami nadwrażliwości spotykamy się przy wykonywaniu próby tuberkulinowej w celu rozpoznawania gruźlicy, oraz przy stosowaniu leczniczem różnych surowic. Przedstawił wyniki spostrzeżeń Hutinela, Pirqueta, Wolf-Eisnera, wreszcie opisał 2 przypadki z własnej praktyki, w których powtórne wstrzyknięcie surowicy przeciwbłoniczej spowodowało bezpośrednio po zabiegu bardzo ciężką pokrzywkę i zapad. W końcu wyłożył kol. R. hipotezy, zmierzające do wytłomaczenia zjawiska nadwrażliwości ze stanowiska biologii współczesnej.

Karol Rozenfeld.

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie z d. 12. stycznia 1911.

Obecnych członków 18, przewodniczący kol S. Trzebiński.

1) Kol. Gilewicz: **Obecny stan nauki o fosfaturyi.**

Dyskusya: Kol. Rejze zaznacza, że znana mu klasyfikacya fosfaturyi Klemperera różni się nieco od przytoczonej przez prelegenta. — Kol. Gilewicz wyjaśnia, że klasyfikacya zacytowana przez kol. Rejzego była ogłoszona w r. 1908, gdy tymczasem on trzyma się nowszej z roku 1911, zresztą w swej treści obie są prawie jednakowe. — Kol. Rejze zapytuje się o zdanie prelegenta w sprawie klasyfikacyi innych autorów. — Kol. Gilewicz odpowiada, że nie wspominał o nich, nie chcąc rozciągać swego odczytu; zresztą klasyfikacya Klemperera jest z nich wszystkich najprostszą i jednocześnie najlepiej tłómaczy wszystkie przypadki danego cierpienia. — Kol. Rejze prosi o wytłómaczenie działania gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, jakoto: tarczowego, trzustki i nadnerczy, na sprawę wydzielania fosforu z ustroju. — Kol. Gilewicz odpowiada, że sprawą tą obecnie się zajmuje i ma zamiar podzielić się z kolegami wkrótce wynikami swej pracy. — Kol. Pietkiewicz zaznacza, że przy fosfaturyi ilość fosforu w moczu nie jest wcale zwiększona, a tylko sole fosforowe daleko łatwiej wypadają z rozczynu, przyczem w sprawie klasyfikacyi podkreśla, że według jego zdania najważniejszy jest podział na 2 grupy: 1) grupę fosfaturyi bakteryalnych i 2) aseptycznych, z których pierwsza występuje dzięki warunkom zewnętrznym, t. j. dostaniu się bakteryi do pęcherza, — druga — dzięki warunkom wewnętrznym, t. j. pewnej nieprawidłowości w wymianie materyi, wskutek której sole fosforowe nie mogą utrzymać się w moczu w stanie rozpuszczalnym. Rozpoznawanie tych dwóch form ma wielkie znaczenie dla leczenia, bo w pierwszej powinniśmy działać środkami odkażającymi, więcej miejscowo, w drugiej zaś — więcej na cały ustrój dla podniesienia kwaśności moczu. — Kol. Trzebiński mówi o przypadku fosfaturyi z własnej praktyki, w którym otrzymywał dobre wyniki przy wewnętrznem podawaniu kwasu fosforowego. — Kol. Januszkiewicz mówi o chorym, który długi czas leczył się na nieżyt pęcherza środkami odkażającymi. Badanie moczu wykazywało w wielkiej ilości sole fosforowe i leukocyty do 200 w polu widzenia. Ale tego rodzaju leczenie nie dawało pomyślnych wyników; wtedy zaczął mowca podawać choremu wodę Narzan z kwasem cytrynowym z nadzwyczaj pomyślnym skutkiem: kwaśność moczu się zwiększyła, sole fosforowe znikły i jednocześnie ilość ciałek ropnych spadła do normy. Widocznie w danym przypadku obecność ciałek ropnych była zjawiskiem wtórnem, skutkiem podrażnienia śluzówki pęcherza przez sole fosforowe.

2) M. Łążyński: **Przypadek podskórnego urazowego pęknięcia tętnicy udowej.** Przypadek ten dotyczy młodego, zupełnie zdrowego, 28-letniego mężczyzny, który został przygnieciony talerzami wagonów w okolicy górnej części prawego uda. Po urazie krótkotrwała utrata przytomności, poczem stwierdzono olbrzymi wylew krwi w okolicy trójkąta skarpy prawego dołu biodrowego, prawego pośladka, okolicy lędźwiowej i moszny. Chory przybył do lecznicy prywatnej na piąty dzień po urazie z objawami dość znacznej niedokrwistości, z wylewami podskórnymi krwi, jakie opisano wyżej, z ciemno-sinem zabarwieniem skóry w obrażonej okolicy. Powłoki nie uszkodzone, złamania kości niema. Tętna nie wyczuwa się ani w tętnicy udowej, poczynając od więzadła Pouparta, ani w jej rozgałęzieniach. Czucie w kończynie zachowane; ruchy palców utrzymane; ciepłota w porównaniu z lewą nogą cokolwiek obniżona. Zalecono zupełny spokój, a wobec tego, iż krwotok podskórny już się zatrzymał, wstrzymano się od wszelkich rękoczynów. Po trzech tygodniach niewielka odleżyna na stopie. Pomimo opatrunków przeciwgnilnych i ogrzewania odleżyna wygląda atonicznie. Naraz w piątym tygodniu po urazie ciepłota podniosła się do 40°; stan ogólny bardzo ciężki. Po kilku dniach chełbotanie w mosznie. Otwarcie ropnia. Następnie zropienie na udzie. Otwarcie kilku cięciami. Zapalenie ropne stawu kolanowego. Operacya: — cięcie i sączkowanie. Zgorzel pięty, zapalenie ropne stawu skokowo-goleniowego. Zejście śmiertelne w 82 dni po urazie przy objawach wycieńczenia. Na sekcyi znaleziono przedziurawienie przedniej ściany tętnicy udowej w postaci okienka z nierównymi brzegami zaraz pod więzadłem Pouparta. Tętnica wyżej i niżej miejsca pękniętego zatkana na większej przestrzeni skrzepem.

W podanym przypadku podkreśla Łążyński niebezpieczeństwo istnienia w ustroju ogromnej ilości martwej materyi w postaci krwiaka, chociaż na ranie jałowej, lecz łatwo ulegającej zakażeniu. Niebezpieczeństwo to wobec obniżonej energii życiowej kończyny, w której obieg krwi był ogromnie upośledzony, było szczególnie groźnem. Co do samego urazu, to chyba należy on do nadzwyczaj rzadkich, gdyż w dostępnem piśmiennictwie nie znalazł Łążyński podobnego.

3) B. Kozłowski przedstawia **preparat wgłobienia jelita cienkiego.** Chłopiec 12-letni zachorował przed 2 tygodniami wśród objawów, polegających na bolach i zaburzeniach ze strony przewodu pokarmowego. Ostatnie wypróżnienia przed 4 dniami. Przyjęty do lecznicy 15. XII. Tegoż dnia operacya przy współudziale kol. Antoniewicza i Fudakowskiego. Brzuch wzdęty znacznie, ale nie »ad maximum« i mało bolesny na ucisk. Odpowiednio do przebiegu smug ścięgnistych (»inscriptiones tendineae)« dają się na nich zauważyć 4 poprzeczne wciągnięcia. Ruchów robaczkowych nigdzie nie można wykazać. Ton opukowy wszędzie bębenkowy bez stłumienia. Przy badaniu przez odbytnicę palec napotyka w zatoce Douglasa na opór, sprawiający wrażenie jakby chełbotania. Stan ogólny rozpaczliwy. Podczas operacyi nie znaleziono w jamie brzusznej wysięku. W małej miednicy uwięznięte wgłobione jelito cienkie. Wgłobienie w odległości około 36 ctm. od kiszki ślepej. Część wgłobioną jelita wyciągnięto i po nałożeniu klamer resekowano odcinek długości około 36 ctm. Jelito było tak kruche, że podczas wyciągania rozdarło się, a część wgłobiona wypadła na zewnątrz. W celu połączenia odcinka doprowadzającego z odprowadzającym, z któ-

rych pierwszy miał światło 4 razy tak szerokie, jak drugi, założono guzik Murphyego. Po zdjęciu klamer można było zauważyć przelewanie się treści jelitowej przez świeżo wytworzone przejście. W celu opróżnienia przewodu pokarmowego zrobiono niewielkie nacięcie na ścianie jednej z silnie naciągniętych pętli jelita cienkiego. Jelito grube puste. Na rany operacyjne jelit i ściany brzusznej nałożono szwy. Operowany zmarł wkrótce po operacyi. Interesującą była w tym przypadku ta okoliczność, że zaszło wgłobienie jelita cienkiego w cienkie, nie zaś w grube, oraz że wyniki badania przedoperacyjnego zdawały się przemawiać raczej za zrostami, wywołanymi przez sprawę gruźliczą, niż za wgłobieniem.

4) Kol. Kozłowski przedstawia **złóg wapienny,** wielkości laskowego orzecha, wyjęty pewnemu choremu **z okolicy skroniowej,** gdzie przebył pod samą skórą 15 lat. Chory opowiadał, że miał w dzieciństwie obrzękłe gruczoły chłonne w różnych miejscach. Większość tych gruczołów następnie uległa wessaniu, pozostała tylko właśnie ta »martwa kostka«. Wyjęcie złogu, oraz gojenie się rany pooperacyjnej odbyło się bez wszelkich powikłań.

XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.
(18—22 lipca 1911).

Zgłoszone w dalszym ciągu tematy i wykłady:

Sekcya medycyny teoretycznej:

26) J. Parnas (Strassburg): Termodynamika mięśni gładkich.

27) Doc. W. Nowicki (Lwów): O wzajemnym do siebie stosunku przysadki mózgowej, tarczycy, nadnercza i trzustki u ciężarnych i położnic.

28) Tenże: O patogenetycznym związku między pewnemi chorobami płuc a klatką piersiową (z przedstawieniem preparatów histologicznych i rentgenogramów).

29) S. Trzebiński (Kijów): Zmiany komórek nerwowych w rdzeniu pod wpływem autolizy.

Sekcya medycyny wewnętrznej:

53) Wacł. Sterling i Stef. Jermułowicz (Warszawa): Wartość lecznicza hektyny.

54) St. Jermułowicz (Warszawa): O ilościowem określaniu odczynu Wassermanna.

55) Blumenfeld (Lwów): Obecny stan leczenia kiły ze szczególnem uwzględnieniem przetworu Ehrlicha.

56) Stella Starklówna (Lwów): O działaniu adrenaliny w ostrych nieżytach żołądkowo-jelitowych u dzieci w związku ze zmianami w ich układzie chromochłonnym.

I. Zjazd lekarzy prowincyonalnych w Łodzi
w dniu 4. i 5. czerwca 1911.

Komitet organizacyjny podaje do wiadomości:

I. Wszystkich prelegentów uprasza się o bezzwłoczne nadesłanie parowierszowych streszczeń na ręce sekretarza kol. Tomaszewskiego, Łódź, Przejazd 6.

II. Z powodu dużej liczby zgłoszonych odczytów postanowiono utworzyć 3 sekcye: medycyny wewnętrznej, medycyny chirurgicznej i medycyny publicznej.

III. Koledzy, chcący zapewnić sobie mieszkanie w Łodzi, zechcą łaskawie zwrócić się do gospodarza Zjazdu kol. J. Maybauma, Andrzeja 4.

IV. Komitet kwaterunkowy będzie czynny w sobotę dnia 3. czerwca od 5 popołud. do 10 wieczór i w niedzielę dnia 4 czerwca od godz. 8 rano do 7 popoł. w lokalu zjazdowym, Spacerowa 21.

Dalszy spis zgłoszonych odczytów jest następujący: 54) S. Rotwand (Łódź): Przyczynek do patologii grasicy. 55) J. Brudziński (Warszawa): Współczesne szpitalnictwo dziecięce z demonstracyą planów nowego szpitala dla dzieci. 56) C. Stankiewicz (Warszawa): O leczeniu operacyjnem tyłozgięcia macicy. 57) Tenże: W sprawie techniki wycinania wyrostka robaczkowego. 58) J. Zawadzki (Warszawa): Rola lekarza biegłego w naszych sądach. 59) Tenże: W sprawie bytu lekarzy. Kasy przezorności i oszczędności. 60) Wągliński (Iłża): Moja metoda leczenia świeżych przypadków obłędu u ludu. 61) H. Kaczyński (Parczew): Niewystarczająca znajomość oto-laryngologii na prowincyi. 62) H. Jakubowicz (Warszawa): Nawykowe zaparcie stolca w świetle anatomii i fizyologii układu nerwowego. 63) D. Helman (Łódź): Zaburzenia uszne u niemowląt i u dzieci w wieku wczesnym. 64) Tenże: Przyczynek do kazuistyki kamieni nosowych t. z. rynolitów. 65) Schwarzwasser (Łódź): O znaczeniu biologicznem chlorków w stanach zakaźnych. 66) Tenże: O potrzebie założenia stacyi biologicznej w Łodzi. 67) Wasserman (Łódź): O znaczeniu szpitalnictwa w pracy naukowej, zwłaszcza lekarza prowinc. 68) Grosglik (Łódź): Zagadnienia syfilidologii doświadczalnej. 69) Dehnel (Sosnowiec): Rozwój i stan szpitalnictwa w Zagłębiu Dąbrowskiem w przeciągu ostatnich 25 lat oraz uwagi o szpitalach na prowincyi. 70) J. Czajkowski: (Sosnowiec): O surowicach leczniczych sztucznych, oraz uwagi o ich wartości, jako leku swoistego. 71) M. Cohn (Łódź): Assuan, jako stacya klimatyczna. 72) F. Lange (Łódź): Znaczenie metod rentgenologicznych w dyagnostyce chorób wewn. 73) J. Löwenstein (Warszawa): Appendicitis perforativa in extremis. 74) Tenże: O doszczętnem operowaniu nowotworów złośliwych sutka. 75) L. Lorentowicz (Warszawa): Etyologia i leczenie wypadnięcia macicy i pochwy w świetle ostatnich badań. 76) J. Donat Schleifstein (Warszawa): Otyatrya i laryngologia w stosunku do higieny szkolnej. 77) Tenże: Stan otyatryi i laryngologii w naszych szpitalach. 78) Tenże: Co lekarz prowincyonalny wiedzieć winien z dziedziny chorób ucha, nosa, gardła i krtani. 79) Ade Michaelis (Chełm): Kilka słów o intubacyi z praktyki własnej. 80) K. Okuszko (Pranka): Zadanie lekarza w przedsiębiorstwach wielkiego przemysłu przy obecnej organizacyi pracy lekarskiej fabrycznej. 81) Zaleski (Płock): Niektóre błędy w leczeniu gruźlicy chirurgicznej. 82) M. Silberstrom (Łódź): O biologicznem zjawisku anafilaksyi i jego znaczeniu

Wiadomości bieżące.

Kraków. W d. 10. V. b. r. odbyło się posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, na którem Prym. Dr Borzęcki przedstawił 3 chorych ze swego oddziału, leczonych salvarsanem i preparaty promienicy z przypadku, przedstawionego na poprzedniem posiedzeniu, poczem Prof. Bujwid miał zapowiedziany wykład, a Dr Eisenberg wygłosił drugą część wykładu: »O roznosicielach zarazków«.

— Krajowa Rada zdrowia odbyła w dniach 6. i 8. maja b. r. w Lwowie posiedzenia, na których przyjęto sprawozdanie o stosunkach zdrowotnych w Galicyi za rok 1908 i 1909, załatwiono sprawę regulaminu Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej i sprawę posady docenta higieny w seminaryum nauczycielskiem w Kołomyi.

— Jak się dowiadujemy, wyznaczyło ministerstwo spraw wewnętrznych 35.000 koron na budowę baraków izolacyjnych w stacyach granicznych: Brodach i Podwołoczyskach. W ten sposób stanie się zadość dawno podnoszonemu ważnemu postulatowi.

— Komisya sanitarna miejska odbyła posiedzenie d. 3. V. b. r. Załatwiono sprawę zapewnienia bezpłatnej pomocy położniczej kobietom ubogim. Fizyk miejski przedstawił sprawozdanie z przebiegu chorób zakaźnych w mieście. Komisya sanitarna uznała za potrzebne zwrócenie się do namiestnictwa i do Najwyższej Rady zdrowia celem przestrzegania ściślejszego przepisów sanitarnych na kolejach. Zwrócono uwagę na niedokładne oczyszczanie chodników w mieście, przyczem przypomniano konieczność utworzenia zawodowych stróżów domowych. Uznano potrzebę umieszczania artykułów z dziedziny hygieny w podręcznikach szkolnych. Następnie podniesiono z kilku stron rażące braki urządzeń sanitarnych w szpitalu św. Łazarza i wezwano fizykat do zbadania tych stosunków oraz przedłożenia komisyi sprawozdania.

— Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa balneologicznego odbyło się 5. V. b. r. Przyjęto sprawozdanie zarządu za r. 1910; zarząd interweniował w bardzo licznych sprawach kolejowych, pocztowych, reklamowych, ekonomicznych, sanitarnych i t. d., dotyczących zdrojowisk galicyjskich i przedłożył szereg memoryałów Sejmowi, Kołu polskiemu w Wiedniu i różnym ministerstwom. »Przegląd zdrojowo kąpielowy«, wychodzący od lat 10, stał się obecnie organem i własnością Towarzystwa, które dotąd tytułem ceny kupna zapłaciło za to pismo 4000 kor. Uchwalono drobne zmiany statutu. Dłuższą dyskusyę wywołała

sprawa wystawy balneologicznej, którą Towarzystwo zamierza urządzić z okazyi Zjazdu polskich lekarzy i przyrodników w lipcu b. r. Sprawę tę referował z ramienia wydziału Dr Zanietowski, który wniósł, aby Towarzystwo wystawę, obejmującą o ile możności wszystkie zdrojowiska polskie, urządziło samodzielnie, ewentualnie wspólnie z wystawami: aptekarską i mineralogiczną. W dyskusyi podnoszono, aby Towarzystwo wystawy swej nie łączyło z zapowiadaną na ten sam czas, a urządzaną przez prywatnego przedsiębiorcę »wystawą higieniczną«, obejmującą wystawców obcych, nie polskich. Wniosek referenta uchwalono. Przy uzupełniających wyborach wybrani zostali do Wydziału Towarzystwa: Jan hr. Potocki, Dr Lang, Dr Wąsowicz, Dr Pelczar i Dr Aronson.

— Dr Michał Ferensiewicz wybrany został marszałkiem powiatu bohorodczańskiego.

— Wzmianka nasza w Nr 16 o »Przeglądzie pedyatrycznym« wywołała uwagi »Gazety lekarskiej« (Nr 18), która podnosi, że »Przegląd pedyatryczny« — jak to zaznaczają jego wydawcy w przedmowie do świeżo rozpoczętego III tomu — »powinien i nadal pozostać łącznikiem wszystkich pedyatrów polskich«. Nie co innego właśnie mieliśmy i my także we wzmiance naszej na myśli, pragnąc gorąco, aby każde wydawnictwo nasze, bez względu na to, gdzie wychodzi, jednoczyło pod każdym względem myśl, pracę, starania i środki wszystkich Polaków, poświęcających się danej gałęzi nauki, a nie spadało na barki jednej tylko dzielnicy.

— Bratnia Pomoc Medyków Uniwersytetu Jagiellońskiego urządza celem zapoznania medyków z lat wyższych ze znaczniejszemi zdrojowiskami Galicyi wycieczkę naukową w czasie od 31 maja do 7 czerwca do następujących zdrojowisk: Żegiestów, Rymanów, Iwonicz, Krynica, Szczawnica, Rabka i Zakopane. Zarządy tych zdrojowisk przychyliły się chętnie do prośby Bratniej Pomocy o ułatwienie dokładnego poznania urządzeń zdrojowych.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 30. IV. do 6. V. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 8 † 3 (w tem obcych 4 † 1), krztuśca 5 † 1, ospy wietrznej 2 † — (2 † —), płonicy 18 † 2 (5 † 1), odry 8 † — (1 † —), duru brzusznego 1 † 1 (— † 1), gorączki połogowej 3 † 3 (1 † 1), róży 1. Dr Janiszewski.

Z różnych stron. Trzecia naukowa wycieczka lekarska odbędzie się w listopadzie r. b. i potrwa dni 31, t. j. od 5. listopada do 5 grudnia. Koszta wynoszą najmniej 1000 koron od osoby. Wycieczka ta, urządzona staraniem lekarzy praktykujących w zdrojowiskach czeskich, rozpocznie się w dniu 5 listopada wyjazdem z Genui, skąd wypłynie parowiec, znany z wytwornego urządzenia, »Thalia«, popłynie wzdłuż Riwiery włoskiej i francuskiej i zdąży do Barcelony. Przez dni 10 potrwają wycieczki lądowe po całej Hiszpanii, a w porcie Kadix wycieczkowcy znów wsiądą na okręt i zwiedzą Marokko, Algier, oazę Biskrę, Tunis z ruinami Kartaginy, potem Sycylię z nowo odbudowaną Messiną i słynną z piękności położenia pod Etną i ruin Taorminą. Wycieczkę zakończy zwiedzenie Dalmacyi i podróż do stolicy Czarnogóry Cetynii, oraz do Raguzy i wysp Bryjońskich, poczem w dniu 5. grudnia nastąpi wylądowanie w Tryeście Po bliższe szczegóły, dotyczące tej bardzo zajmującej i wygodnie urządzonej wycieczki, zgłaszać się należy najdalej do 1 sierpnia b. r. do austryackiego Lloyda w Tryeście »Passagier-Bureau-Triest. (Wycieczki lądowe urządza firma Those Coock w Wiedniu (Reisebureau), zapewniając I. klasę jazdy kolejami i całkowite utrzymanie w hotelach pierwszorzędnych). Zebrać się musi przynajmniej 100 uczestników, aby podróż mogła się odbyć. Dr Ferdynand Obtułowicz (Lwów).

— Dyrektor Instytutu lekarskiego dla kobiet w Petersburgu, Prof. Sałaskin, prosił o zwolnienie z obowiązków dyrektora; ministerstwo usunęło go także i z katedry chemii fizyologicznej. Pożegnanie usuniętego profesora z młodzieżą było nader serdeczne. S.

— Wiceprezesem Komitetu budowy szpitala polskiego w Peterburgu wybrany został jednomyślnie Dr Eugeniusz Marcinkiewicz. S.

Zmarli: Dr Władysław Wroński w 50 r. ż. w Otwocku; Dr Gustaw Unsing, lekarz okręgowy w Knihininie; Dr Metody Romanowski w 42 r. ż. w Berszadzie na Podolu; Dr Aleksander Kosiński w 84 r. ż. w Leśnowoli w pow. Grójeckim.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.

Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, lekarz zakładowy (od końca kwietnia do końca września).

Kosów.

Dr **Tarnawski**, właśc. lecz., otwart. od 1 maja do końca paźdz.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski“).
Dr **Dębicki Klemens**, ordynuje od 20 maja (pod Jeleniem).
Dr **Lewicki Stanisław**, willa pod „Trąbką“.

Kudowa (Szląsk).

Dr **Brodzki Jan**. (zimą w Helouanie w Egipcie).

Rabka.

Dr **Lang O.**, Willa „pod Luboniem“.
Dr **Supiński E.**, lekarz zakładowy.

Swoszowice.

Dr **Zanietowski**, kąpiele siarczane i mułowe radioczynne.

Szczawnica.

Dr **Kołączkowski**, ord. i prowadzi pensyonat hidropatyczny.

Truskawiec.

Dr **Gerus Kazimierz**, lekarz zakładowy, ordynuje jak dawniej od maja do końca września.
Dr **Pelczar Zenon**.
Dr **Praschil Tadeusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Abbazia.

Dr **Gorski Xawery**.

Bad Hall (w górnej Austryi).

Dr **Feuerstein Leon**, Villa „Söllradl“.

Bad Nauheim.

Dr **Lowiński Zygmunt**, Fürstenstr. 14, róg Karlstr. Tel. 271.

Cieplice Trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz Stefan**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Steinsberg Leopold**, Zakł. leczn. („Villa Dra Steinsberga“).

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski**, Radca ces. Villa „Höflinger“ IV.

Karlsbad.

Dr **Maciąg Adam**, b. asystent kliniki lekarskiej Uniw. Jag., ordynuje Alte Wiese „Dom Börse“.

Kołobrzeg.

Dr **Kramsztyk Stefan**, b. asystent berlińskiej kliniki chorób dzieci. Pensyonat Polski. Promenada 26.

Kissingen (w Bawaryi).

Dr **Chłapowski F.**, Radca san. Prinzregenterstr. 1, tamże pensyonat dyetetyczny własny.
Dr **Maciejowski J.**, kierownik i właściciel Sanatoryum „Quo vadis“, Ludwigstr. 16. Zakład otwarty od maja do października. Prospekty i wyjaśnienia odwrotnie.

Marienbad.

Dr **Eichhorn Ferdynand**, ord. jak dotychczas Dom „Mozart“.
Dr **Kwiatkowski St. Benedykt**, od 1 maja do 1 października „Haus Hamburg“ (od 1 października do 1 maja w Meranie, „Haus Venosta).
Dr **Liebeskind Józef**, ord. jak dotychczas Haus Kronprinz.

Rok L. Kraków, dnia 20. maja 1911. Nr. 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z Zakładu farmakologii doświadczalnej Prof. Dra L. Popielskiego we Lwowie.

O wpływie tłuszczów i mydeł na czynność wydzielniczą trzustki.

Podał

Dr Jan Studziński (Kijów).

Tłuszcze są stałą częścią składową naszych pokarmów i często stosowane bywają jako środek leczniczy. Pomimo to dane, istniejące w piśmiennictwie, o wpływie ich na działalność wydzielniczą gruczołów trawiennych nie mogą być uznane za dostateczne.

W piśmiennictwie spotykamy pogląd, że tłuszcze wpływają hamująco na sprawność wydzielniczą gruczołów żołądka i pobudzają sprawność wydzielniczą trzustki. Pogląd ten po części jest odbiciem teoryi o celowem przystosowywaniu się gruczołów trawiennych do rozmaitego rodzaju pokarmów, teoryi, rozwijanej i podtrzymywanej poniekąd jeszcze i teraz przez Pawłowa. Jeszcze za czasów Cl. Bernarda ustalił się pogląd, że tłuszcze w żołądku nie ulegają żadnym zmianom, a dopiero w jelitach podpadają działaniu zaczynu, który znajduje się w soku trzustkowym i który rozkłada tłuszcze na glicerynę i kwasy tłuszczowe. Zupełnie więc naturalnym wnioskiem będzie z punktu widzenia teoryi celowości, że ponieważ niema w żołądku zaczynu tłuszczowego (lipazy), więc tłuszcze nie mają tam nic do czynienia. Badania Łobasowa[1]) zdawały się potwierdzać ten wniosek; autor ten dowodził, że tłuszcze wpływają hamująco na wydzielanie soku żołądkowego, a zwłaszcza soku »psychicznego«. Nie wchodząc w szczegółowy rozbiór poglądów Łobasowa, zaznaczę tylko, że wnioski jego niezupełnie są zgodne z przytoczonemi przez niego danemi.

Co się tyczy trzustki, to zupełnie logicznem zdawało się zapatrywanie, że tłuszcze stanowią prawidłowy swoisty bodziec jej sprawy wydzielniczej (Pawłów[2]) str. 178). Podstawy do takiego zapatrywania dostarczały doświadczenia Dolińskiego[3]) i Damaskina[4]). Doliński wprowadzał tłuszcze psu do żołądka przez zgłębnik. Damaskin zaś ulepszył jego sposób, wprowadzając tłuszcze do żołądka przez przetokę zapomocą rurki gumowej (Pawłow str. 179). Jednakże ani doświadczenia Dolińskiego, ani Damaskina nie są przekonywające. Popielski[5]) jeszcze w swej rozprawie doktorskiej wskazywał na to, że znajdujące się w handlu tłuszcze, których zwykle używano do badań, posiadają dość znaczną kwaśność i że następnie sok trzustkowy, wydzielający się z niepodwiązanego przez tych autorów drugiego przewodu, rozkłada tłuszcze przechodzące do dwunastnicy na glicerynę i kwasy tłuszczowe, i już te kwasy tłuszczowe pobudzają do czynności trzustkę. W dalszych badaniach Popielski[6]) wykazał, że zwykła oliwa posiada znaczną kwaśność i wprowadzona bezpośrednio do dwunastnicy wywołuje takie same obfite wydzielanie soku trzustkowego, jak i kwas solny. Według Popielskiego rozbiór nawet najczystszej oliwy, olejku migdałowego i masła krowiego wykazuje z wszelką pewnością, że kwaśność tych tłuszczów jest zupełnie wystarczająca do wywołania wydzielania soku trzustkowego jeszcze przed nastąpieniem jakichkolwiek zmian we wprowadzonym tłuszczu. Same przez się tłuszcze są ciałami obojętnemi i wskutek tego nie mogą wywoływać wydzielania soku trzustkowego. Teraz już z wszelką pewnością dowiedziono, że w żołądku znajduje się zaczyn, rozkładający tłuszcz. Dlatego tłuszcze, wprowadzone do żołądka, ulegają tam rozkładowi, wskutek którego pojawiają się kwasy tłuszczowe, te zaś ze swej strony wywołują już wydzielanie soku trzustkowego.

Zarzuty podniesione przez Popielskiego okazały się tak przekonywające, że Babkin (z pracowni Pawłowa) porzucił myśl o pobudzającym wpływie samego tłuszczu i zaczął zastanawiać się nad pytaniem, jaka część składowa tłuszczu wpływa na wydzielanie soku trzustkowego. Składowe części tłuszczu, na które on się rozkłada, stanowią: gliceryna i kwas tłuszczowy. Babkin[7]) jednakże zatrzymuje się na glicerynie i mydłach, jako częściach składowych tłuszczu. Zdaniem jego tłuszcze pobudzają czynność trzustki za pośrednictwem odszczepiających się od nich mydeł. Pogląd Babkina należy uznać za błędny, chociażby z tego powodu, że mydła nie stanowią części składowej tłuszczów. Powstają zaś one z kwasów tłuszczowych w obecności zasad, t. j. w warunkach, które nie istnieją u psów z przewlekłą przetoką trzustkową ani w żołądku, ani w jelitach. Niezrozumiałem więc jest zupełnie, dlaczego Babkin, mówiąc o składowych częściach tłuszczu, nie spróbował wpływu na trzustkę kwasów tłuszczowych, które w obecności zaczynu tłuszczowego powstają w żołądku i jelitach pierwej, nim postaną mydła. Zaznaczę tu, że Babkin, wprowadzając znajdujące się w handlu tłuszcze do żołądka, uważał za potrzebne zobojętniać je zapomocą soku trzustkowego, którego zaczyn tłuszczowy oczywiście rozkładał tłuszcz na glicerynę i kwas tłuszczowy. W każdym razie podnieść należy, że wpływ pobudzający na czynność trzustki przypisuje Babkin już nie tłuszczom, lecz mydłom,

że zatem szkoła Pawłowa przestała uważać tłuszcz, jako po kwasie »drugi samoistny bodziec trzustki« (Pawłow [2]) str. 180). Tym sposobem poglądy szkoły Pawłowa na sprawę wydzielniczą uległy zasadniczej zmianie. Nie uważa już ona tłuszczów za »samoistny bodziec«, który działa na swoiste zakończenia nerwów czuciowych, położonych w błonie śluzowej dwunastnicy, a zatem uznała prawdziwość wniosków Popielskiego, do których doszedł on jeszcze w r. 1896 na podstawie swych doświadczeń, wykonanych w pracowni Pawłowa, a mianowicie, że tłuszcze bezwarunkowo nie pobudzają czynności wydzielniczej trzustki i że z tego powodu nie można ich uważać za samoistny bodziec swoisty.

Doświadczenia Babkina potwierdzają tylko wnioski Fleiga [8]), który w roku 1903 wykrył, że wyciąg mydlany ($1^0/_0$—$10^0/_0$) z górnego odcinka jelita cienkiego, wprowadzony do obiegu krwi, wywołuje wydzielanie soku trzustkowego. Na podstawie tego Fleig doszedł do wniosku, że pod wpływem mydeł w błonie śluzowej dwunastnicy powstaje ciało swoiste, »sapokrynina«, która wchłonięta do krwi, pobudza czynność wydzielniczą trzustki. Sapokrynina Fleiga jest ciałem pokrewnem »sekretynie« Baylissa i Starlinga [9]), która powstaje w błonie śluzowej dwunastnicy pod wpływem kwasu solnego. Później jednak okazało się, że wyciągi ze wszystkich części przewodu pokarmowego, otrzymane bądź to na rozczynach mydlanych (Sawicz [10]), bądź to alkalicznych (Popielski [11]), działają zupełnie tak samo, jak i wyciągi Fleiga. Z badań Popielskiego wynika, że wyciągi z rozmaitych narządów (trzustki, mózgu, tarczycy, łożyska, krwi) dzięki temu pobudzają czynność wydzielniczą trzustki, że wszystkie zawierają jedno i tosamo ciało — wazodylatynę. Dla wyjaśnienia sposobu wydzielania się soku trzustkowego pod wpływem mydeł użył Sawicz atropiny, która, jak dowodzą badania Baylissa i Starlinga i Popielskiego, wcale nie wpływa hamująco na wydzielanie soku trzustkowego, wywołane przez wprowadzenie do krwi wyciągów z rozmaitych narządów. Powstrzymuje ona tylko wydzielanie, wywołane przez podrażnienie nerwów wydzielniczych (Pawłow, Modrakowski [12]), położonych w nerwie błędnym. Sawicz zauważył, że po wstrzyknięciu atropiny wydzielanie, wywołane wprowadzeniem mydeł do dwunastnicy, ustaje i dlatego skłonny jest przypuszczać, że w wydzielaniu soku trzustkowego pod wpływem mydeł znaczną rolę odgrywają nerwy (str. 23). Mniemając, że wydzielanie pozostaje w zależności od nerwu współczulnego, starał się on dowieść, że atropina poraża jego zakończenia; i rzeczywiście drażniąc koniec obwodowy nerwu trzewnego po wstrzyknięciu atropiny, nie mógł on wywołać wydzielania. Tutaj pozwolę sobie zauważyć, że doświadczenia z atropiną powinny być przeprowadzane nadzwyczaj ściśle i ostrożnie. Doświadczenia Modrakowskiego (w pracowni Popielskiego) dowodzą, że małe dawki atropiny nie powstrzymują wydzielania, chyba tylko zostało ono wywołane przez podrażnienie nerwu błędnego. Wielkie zaś dawki atropiny, zaczynając od 0,005 na 1 kilogram wagi zwierzęcia, wywołują obfite wydzielanie, zależące, jak dowiodły doświadczenia, przeprowadzone w pracowni Popielskiego, od powstawania we krwi wazodylatyny wskutek rozpuszczającego działania atropiny na czerwone ciałka krwi, przyczem jednocześnie z pojawieniem się wydzielania daje się zauważyć ogromny spadek ciśnienia krwi i zmniejszenie jej krzepliwości. Jeżeli podrażnić nerw współczulny w okresie spadku ciśnienia, gdy sok przestaje już się wydzielać (co zwykle następuje po 5—6 minutach po wstrzyknięciu atropiny), to wydzielanie nie następuje wskutek niedostatecznego przypływu krwi do trzustki. Modrakowski miał już to na względzie i w doświadczeniach swych używał tylko małych dawek, o wpływie których na zwierzę przekonywał się po pojawiającem się rozszerzeniu źrenic i niewystępowaniu zwolnienia tętna przy podrażnieniu końca obwodowego nerwu błędnego. Przy doświadczeniach na zwierzętach z przeciętym rdzeniem kręgowym ciśnienie, i tak już nizkie, po wielkich dawkach atropiny spada jeszcze niżej, wywołując niedokrwienie trzustki; w tych warunkach podrażnienie nerwu współczulnego nie może wywołać wydzielania. A zatem nienastąpienie wydzielania po atropinie w takich doświadczeniach złożyć należy na karb wadliwych warunków doświadczenia, a nie na wpływ atropiny, która, jak wykazał Modrakowski, nie poraża wcale zakończeń włókien wydzielniczych nerwu współczulnego.

Rozpatrując się szczegółowo w doświadczeniach Sawicza nad wpływem mydeł na czynność wydzielniczą trzustki, znajdujemy tam dane, sprzeczne z jego wnioskami. I tak w doświadczeniu 114 (str. 22) wprowadzenie przed atropiną do dwunastnicy mydła w ilości 50,0 wywołało następujące wydzielanie soku trzustkowego: (ilość soku zapisywano co minutę w milimetrowych podziałkach rurki, połączonej z przewodem trzustkowym) 0, 0, 0, 0, 0, 2, 4, 8, 18, 20, 28, 25, 17, 24, 30, 15, 7, — 21, 29, 20, 26, 19, 20, 22, 20, 25, 17, 18, 22, 23, 23, —, 13, —, —, —, 8, 4, 6, 5, 3, 4, 5. Powtórne wprowadzenie mydła wywołało wydzielanie w daleko słabszym stopniu: 0, 0, 2, 2, 2, 6, 10, 14, 18, 12, 18. Wstrzyknięto do żyły 0,025 atropiny: 15, 11, 2, 4, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 0, 1, 1. Wlano do jelita czczego 50,0 mydła: 2, 0, 0, 1, 1, 1, 2, 2, 4, 3, 4, 3, 3, 3, 3, 2, 2, 2, 2, 2, 1, 1, 1, 1, 1.

Z tego i innych doświadczeń przedewszystkiem widać, że następne wlewania mydła wywołują wydzielanie w daleko słabszym stopniu, niż pierwsze. Fakt ten postaram się omówić potem obszerniej.

Oczywiście po atropinie wydzielanie pod wpływem mydła zmniejszyło się, ale nie ustało zupełnie. Wydzielanie pod wpływem mydeł i przed i po atropinie zaczyna się późno, po 5 minutach, i dość długo utrzymuje się na jednym i tym samym poziomie. Autor wykonał dużo doświadczeń, ale niestety przytoczył ich w swej pracy niewiele, tymczasem każde doświadczenie, nawet nieudatne, ma swoje znaczenie.

Powracając zaś do tego, że sprawa wpływu tłuszczów została przez Babkina zupełnie błędnie sprowadzona do sprawy wpływu mydeł, gdyż te nie są składową częścią tłuszczów, lecz związkami pochodnymi, muszę dodać jeszcze, że mydła z punktu widzenia chemicznego są solami o silnie wyrażonych własnościach zasadowych, a na trzustkę wywierają wpływ zupełnie taki sam, jak żrące alkalia, jak to wielokrotnie podnosił Popielski. Szkoła Pawłowa, wychodząc z założenia, że kwasy pobudzają czynność trzustki, musiała, zgodnie ze swymi poglądami na celowość pracy gruczołów trawiennych, dojść do przekonania, że zasady hamują czynność wydzielniczą trzustki. Je-

dnakowoż jeszcze w r. 1896 wykazał Popielski, że wydzielanie soku trzustkowego, wywołane przez wprowadzony do dwunastnicy kwas, zmniejsza się tylko po wprowadzeniu pierwszej dawki 0,5% rozczynu ługu sodowego. Przy następnych dawkach ług wywołuje takie samo wydzielanie soku, jak i kwas. Z tego wynika, że płyn zasadowy tylko dlatego przy pierwszem wlewaniu zmniejsza wydzielanie, że zobojętnia kwas. Ponieważ atropina nie powstrzymuje wydzielania soku po kwasie, a wydzielanie po alkaliach nosi taki sam charakter, jak i po kwasie, mało więc było prawdopodobieństwa, by atropina powstrzymywała wydzielanie po mydłach. Z tego wynika, że do rozstrzygnięcia sprawy wpływu tak tłuszczów, jak i mydeł na wydzielanie soku trzustkowego potrzebne są nowe ścisłe badania, oparte na dokładnych doświadczeniach. Tylko opierając się na danych doświadczalnych, którym żadnego zarzutu zrobić nie można, klinika będzie mogła stosować tłuszcze jako środek leczniczy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Z kazuistyki kłutych ran klatki piersiowej.

Podał

Dr Henryk Goldberg.

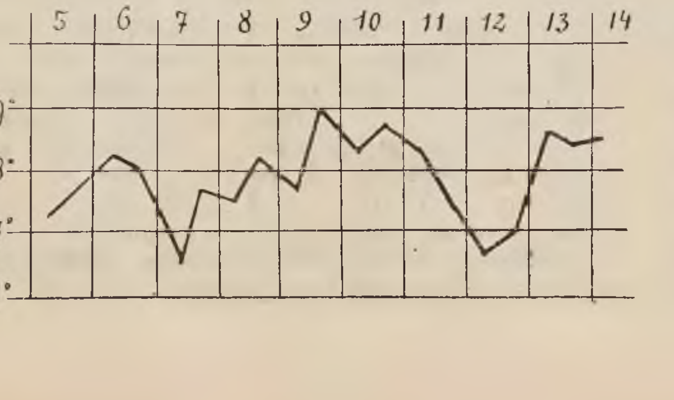
Ordynator oddziału chirurgicznego szpitala św. Aleksandra w Łodzi.

Rany kłute klatki piersiowej cechują się często powikłaniami, które wykrywa dopiero sekcya sądowa; do podobnych przypadków należy również ten, który opisać zamierzam.

W nocy 4. XII. 1910 r. do szpitala św. Aleksandra przywieziono chorego z ranami kłutemi klatki piersiowej i innych okolic ciała. Chory, B. K., 24-letni dobrze zbudowany mężczyzna, pijany do utraty świadomości, otrzymał w bójce 10 ran kłutych i ciętych, z nich 6 w okolicy klatki piersiowej, 5 z prawej i 1 z lewej strony. Nie będę opisywać szczegółowo ran, zastanowię się dłużej tylko nad lewostronną, gdyż ona właśnie była przyczyną niespodzianki sekcyjnej. Mianowicie o 1—2 ctm na lewo od 3. wyrostka kolczystego piersiowego widać było ranę koło 2 ctm, drążącą na głębokość 4—5 ctm. Ranę tę badałem zgłębnikiem, głębiej jednak zgłębnikiem nie dotarłem i nic szczególnego nie wyczułem. Z pomiędzy ran prawostronnych jedne z większem, inne zaś z mniejszem prawdopodobieństwem pozwalały przypuszczać dotarcie do jamy opłucnej, czego wyraźne dowody mieliśmy w objawach klinicznych.

Uszkodzonego widziałem nazajutrz rano; stan jego był ciężki, nie nasuwał jednak myśli o jakichś nadzwyczajnych powikłaniach. C. 37·5, tętno 140, oddech bolesny, częsty i utrudniony, z prawej strony odma podskórna, która maskuje dane opukowe, oddech wszędzie i z prawej i z lewej strony wyraźny, kaszlu ani krwioplucia niema.

Podaję poniżej krzywą ciepłoty:



7. XII. Rany czyste. Ciepłota opadła do normy. Odma podskórna trochę mniejsza. Krwioplucia niema, kaszel wilgotny.

10. XII. Chory skarży się na bole bez określonej siedziby, raz w prawym, to znów w lewym boku. Przedmiotowo: Odma prawostronna mniejsza, oddech osłabiony bez rzężeń. Krwioplucia niema, kaszel nieznaczny. Z lewej strony poniżej kąta łopatki stłumienie, oddech silnie zaostrzony, gdzieniegdzie trzeszczenia. Stan ogólny bardzo upośledzony.

11. XII. Nakłucie z lewej strony w linii pachowej dało płynną krew.

13. XII. Stan ciężki. Ciepłota dochodzi do 38,8°. Skargi na uporczywy kaszel i na bezsenność. Duszność nieznaczna. Tętno koło 100, wyraźne stłumienie lewostronne.

14. XII. W południe jeszcze rozmawiał, a w parę minut potem nagle zmarł.

Sekcya sądowa wykazała: Dwie drążące rany prawej połowy klatki piersiowej; duża ilość (koło $1^1/_2$ litra) płynnej krwi w lewej jamie opłucnej. Przy wyjmowaniu lewego płuca natrafiono na obce twarde ciało, tkwiące w tylnem śródpiersiu, po części w lewej jamie opłucnej. Był to odłam noża kuchennego, długości 12 ctm, szerokości 3 ctm, wbity w tkankę kostną lewej strony 4. kręgu piersiowego tak mocno, iż z wewnątrz usunąć go było niepodobna. Dopiero po rozszerzeniu rany w okolicy 3. wyrostka kolczystego i oddzieleniu części miękkich w głębi rany pomiędzy trzonem kręgu i kątem żebra natrafiono na podstawę odłamka. Silnemi uderzeniami młotka wydobyto utkwiony w trzonie kręgu nóż. Rysa w trzonie szła z góry i od tyłu, na dół i ku przodowi; głębokość rysy w kości wynosiła $^1/_2$—1 ctm. Nóż tkwił prawie poziomo, cokolwiek w dół, ostrzem zwrócony ku prawej stronie; kierunek noża wskazywał, iż rana została zadana z prawej strony chorego przy pochylonem ku przodowi ciele. Wobec braku objawów ze strony przełyku i braku innych ran lewej połowy klatki piersiowej, wylew krwawy do tej jamy można objaśnić tylko raną powyżej opisaną. Należy przypuścić, iż nóż tkwił w tylnem śródpiersiu, otwierając zarazem przylegający listek lewej opłucnej, co wobec szerokości noża anatomicznie jest możliwem. Wypowiadam tutaj tylko przypuszczenia, gdyż niespodzianka zaskoczyła nas już po otwarciu klatki piersiowej i wyjęciu serca i płuc, a, co za tem idzie, po zamaskowaniu granic śródpiersia.

Takie obce ciało w ciągu 10 dni nie dawało wybitnych objawów klinicznych.

Oceny i sprawozdania.

Palmirski i Karłowski: **Wodowstręt u ludzi.** Warszawa 1911.

»W 25-letnią rocznicę założenia Instytutu Pasteura w Warszawie« wydali obecni kierownicy tego zakładu, Dr Palmirski i Dr Karłowski, książkę p. t.: »Wodowstręt u ludzi oraz szczepienia zapobiegawcze według metody Pasteura«. Jest ona podobna rozmiarami i treścią do znanej książki francuskiej A. Marie p. t.: »La Rage« i pojawiła się z pewnością na czasie u nas, gdzie epidemia wścieklizny nietylko się nie zmniejsza, ale przeciwnie w latach ostatnich zwiększa się częstość wścieklizny u zwierząt i liczba pokąsań ludzi.

W 29 rozdziałach na 183 stronach (in 8-o) omawiają autorzy po kolei historyę wścieklizny, epidemiologię i teoretyczną stronę tej nauki. Potem, przechodząc do praktycznej części, podają kliniczny obraz choroby u człowieka, środki zaradcze przeciw szerzeniu się wścieklizny, a wreszcie mówią o szczepieniach sposobem Pasteura. Kończą uwagami o seroterapii i teoryi odporności we wściekliźnie,

a wreszcie podają obok spisu 191 prac w obcych językach, stare i nowsze piśmiennictwo polskie o tym przedmiocie »o ile im było dostępne« w liczbie 155 prac.

Książka ta — bez pretensyi do przedstawienia czegoś nowego w przedmiocie, o którym traktuje — jest napisana treściwie i czyta się z zajęciem. Autorzy położyli główny nacisk na doświadczenia, zebrane w warszawskim Zakładzie w ciągu jego 25-letniego istnienia. Ponieważ zaś każdy niemal taki Zakład Pasteurowski pracuje w nieco odmiennych warunkach i używa metod szczepienia nieco różnych od innych zakładów, więc sprawa przedstawia zawsze coś nowego nawet dla specyalistów.

Życzyć należy książce rozpowszechnienia wśród lekarzy i publiczności, temwięcej, że cena księgarska (75 kopiejek) jest przystępna. R. N.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Jeremitsch. **Śródżylne uśpienie hedonalowe.** (Deut. Zeitschr. f. Chir. 108. V—VI). J. na podstawie 65 przypadków zachwala bardzo uśpienie hedonalowe, jako zupełnie wolne od niebezpieczeństw, nie wywołujące podniecenia, ani powikłań pooperacyjnych. Stosuje się 0·75% roztwór hedonalu Bayera w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej, a wprowadza się rozczyn do żyły środkowej przegubu łokciowego w kierunku obwodowym ze średnią szybkością 70 cm³ w minucie. Zwykle zużywa się od 300 do 1100 cm³ rozczynu. K.

Burckhardt. **O uśpieniu śródżylnem.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 15). B. na podstawie 250 uśpień śródżylnych staje w obronie tego sposobu usypiania. Nie rozkłada ono wcale krwi, nie działa szkodliwie na nerki (a przynajmniej nie więcej, niż każde inne śródżylne wlewanie), ani też przy umiejętnej technice (ciągłe wlewanie) nie wywołuje zakrzepów. Tak samo zupełnie bezpodstawne są i inne zarzuty, jak to, że ciepłota wlewanego płynu (n. p. eteru 28°) jest za nizka i ochładza ustrój. Schlimpert twierdzi, że przy tym sposobie uśpienia naczynia krwawią więcej i tkanki pęcznieją, tracąc na przejrzystości; B. tego nie spostrzegał. Natomiast unikać należy uśpienia śródżylnego przy ciężkich powikłaniach sercowych, przy żółtaczce, zastoinach i t. p.; wskazane ono jest zaś przy powikłaniach płucnych, przy operacyach na głowie i szyi u wyniszczonych, przy zapadach i t. p. B. próbował też używać do wlewań uretanu (wywołuje za długie uśpienie), hedonalu (szkodzi nerkom), wodnika chloralu i sopralu. Z tych jedynie sopral, zwłaszcza w kombinacyi z eterem (zaczyna się eterem aż do okresu tolerancyi), daje bardzo dobre, głębokie a spokojne uśpienia, przy niewielkich dawkach. K.

Martin. **Ustawiczne wlewania soli kuchennej do odbytnicy — lewatywa kroplowa — pod nadzorem oka.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 18). M. zaleca bardzo stosowanie wlewań soli kuchennej zapomocą lewatywy t. zw. kroplowej, t. j. stałego wprowadzania płynu do kiszki w ilościach minimalnych, poleconego przez Katzensteina i Murphyego. Udaje się w ten sposób wprowadzić nieraz do 4 litrów płynu. Wlewania te wprawdzie działają wolniej, niż śródżylne lub podskórne, ale nie są dla chorych uciążliwe, nie potrzeba wielkich zachodów, niema obawy powikłań, a co najważniejsza, nie przeciążają one serca, ani naczyń, bo nadmiar płynu odchodzi na zewnątrz i ustrój sam niejako określa ilość potrzebnego płynu. Do kontrolowania okiem ilości płynu poleca autor odpowiednią kulę, którą umieszcza się między irygatorem, a rurką wsadzaną do kiszki (Nelaton Nr 20 z otworami bocznymi). M. stosuje te wlewania prócz zwykłych wskazań, także przed większemi operacyami, celem zapobieżenia wstrząsowi. K.

Stumpf. **Opatrunek z glinki (bolus), nowy jałowy sposób opatrywania.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 11). S. przypomina znowu poleconą przez siebie w r. 1898 glinkę (bolus) do opatrywania ran, zwłaszcza że obecnie powiodło się wytworzyć zupełnie jałowe odpowiednie opatrunki, w postaci okładów i rurek. Leczenie i opatrywanie glinką nadaje się zwłaszcza przy ranach miażdżonych, nawet już w okresie silnego zakażenia i ropienia, celem właśnie uśmierzania objawów i korzystnego wpływania na przebieg sprawy. Również nadaje się to opatrywanie przy przeszczepianiach skóry. Dodać tu wreszcie należy, że glinka jest zupełnie nieszkodliwym dla ustroju środkiem. Ten opatrunek nadaje się także do ran niezakażonych (operacyjnych). A. M.

Prof. Czerny i Caan. **Doświadczenia z salvarsanem przy nowotworach złośliwych.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 17). Fakt, że salvarsan działa prócz kiły korzystnie i przy wielu innych cierpieniach, jakoteż to, że często przy nowotworach spotykamy dodatni odczyn Wassermanna, nakłoniły autorów do prób leczenia salvarsanem nowotworów, nie nadających się już do operacyi. Z góry już przypuszczać można było, że nie będzie wyleczeń; zresztą wyniki są wcale pomyślne. Tak n. p. przy mięsakach tam, gdzie odczyn Wassermanna był dodatni, osiągnięto znaczną poprawę. W innych zaś przypadkach, zwłaszcza raków, osiągnięto nieraz zmniejszanie się guza, a co główne, znaczne złagodzenie bolów, czego niczem innem nie udało się osiągnąć. — Już więc choćby ten wzgląd zachęca do stosowania salvarsanu przy nowotworach złośliwych, nie nadających się do operacyi. Leczenie to jednak wymaga obserwacyi zakładowej, a wstrzykiwać należy nie raz, lecz kilkakrotnie, i to miejscowo w guz i śródżylnie. K.

Sudeck. **O chirurgicznem leczeniu choroby Basedowa.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 16). S. jest gorącym zwolennikiem operacyjnego leczenia choroby Basedowa; stosował je u 34 chorych, przyczem osiągnął w 88% wyleczenia. Wole przy chorobie B. bywa niewielkie, miękkie, miąższowe i obficie unaczynione. Operować powinno się o ile możności wczas, gdy serce dobrze jeszcze działa, w znieczuleniu miejscowem; wtedy niema żadnego niebezpieczeństwa. Po operacyi zwykle występuje chwilowe pogorszenie, poczem wybitny skutek, zwłaszcza co do serca, objawów nerwowych, a nieraz i wysadzenia gałek ocznych. Usuwać należy dużo tkanki, niektórzy radzą nawet $^9/_{10}$. To pewna, że przy usuwaniu n. p. z jednej strony połowy gruczołu, a podwiązaniu naczyń, z drugiej osięga się wyniki najlepsze (80% wyleczeń). Zmiany we krwi, opisane przez Kochera, są dość stałe i w razie jeżeli znikną po operacyi, dowodzą niezbicie trwałego wyleczenia. Serce, zwykle powiększone, szybko po operacyi wraca do granic prawidłowych. K.

Böhme. **O kamieniach pęcherzowych.** (Tow. lek. Drezno II. 1911). W tak zwanych okolicach »kamieni« (zwykle górskich) zjawiają się kamienie nieraz już i u dzieci, a przeważnie u biednych włościan. Co do składu kamieni, to równie często występują złogi moczanowe, fosforanowe i szczawianowe. U osób starszych z zamożniejszych sfer występują zwykle kamienie moczanowe. Dolegliwości nie zależą od wielkości kamienia, a nawet kamyki mniejsze sprawiają nieraz większe bole, krwotoki i przeszkody w moczeniu, niż kamienie większe. Przy kamieniu bardzo groźnem powikłaniem jest zakażenie, pociągające zwykle za sobą wstępujące zakażenie dróg moczowych. Racyonalne leczenie kamieni może być tylko operacyjne. Oprócz usunięcia kamienia pamiętać trzeba o leczeniu następowem i zapobieganiu tworzeniu się nowych złogów. Co do zapobiegania, to procedury balneologiczne, urecydyna, cytaryna, nieraz oddać mogą cenne usługi, przyczem od czasu do czasu należy chorych cystoskopować, by nie dopuścić do wytworzenia się większych złogów. K.

Lexer. **Plastyka mięśni przy porażeniu twarzy.** (Tow. lek. Jena. II. 1911). Plastyki nerwów przy porażeniu nerwu twarzowego dawały dotąd wyniki wątpliwe, a nadto nieraz nerw twarzowy jest tak zmieniony, że poprostu szyć go nie można; napięcie bywa w nerwach użytych (podjęzykowy lub dodatkowy) za duże. Dlatego też L. poleca na mocy swego bardzo korzystnego doświadczenia plastykę mięśni, która jest technicznie łatwa i daje niemal odrazu wynik. Do uruchomienia kąta ust używa L. części żwacza, a do uruchomienia powieki górnej mięśnia skroniowego. Chory, operowany przez L., ma obecnie twarz symetryczną, uśmiecha się wcale dobrze i oko domyka aż do 2 mm. K.

Neumann. **Stan płuc przy skrzywieniu kręgosłupa.** (Beitr. zur Tuberkul. XVIII. 3). O ile przy garbie tylnym gruźlica płuc jest rzadka, o tyle przy wygięciach bocznych kręgosłupa nie należy ona do rzadkości. Przy skrzywieniach kręgosłupa spotykamy zwykle 4 miejsca stłumionego odgłosu opukowego: 1) na najwyższej wypukłości od tyłu, 2) na podobnej wypukłości od przodu, 3) w dolnych częściach płuc po stronie przeciwnej największej wypukłości, a wreszcie 4) w dolnych częściach płuc od przodu po stronie największego wypuklenia. Te typowe siedziby stłumienia dozwalają odróżnić zagęszczenia zwykłe od gruźliczych. A.

Oettinger. **Uwagi w sprawie wskazania, techniki i leczenia następowego amputacyi liniowej (Kauscha).** (Berl. klin. Wochs. 1911, Nr 17). Przy silnych sprawach zakaźnych, cukrzycy, ciężkich zranieniach i t. p. zaleca autor odjęcie kończyny w jednej linii, proponowane swego czasu przez Kauscha. Wprawdzie wymaga ono leczenia następowego, mianowicie obciągania kurczących się części miękkich poza kikut kości zapomocą wyciągu, ale za to zapewnia szybkie gojenie się bez obumierania tkanek, co zwłaszcza przy cukrzycy jest ważne. Do odkażania pola operacyjnego zaleca O. bardzo mastisol, wywołujący mechaniczne zatrzymanie drobnoustrojów w skórze. A.

Dermatologia i syfilidologia.

Prochorow. **Kakodylan sodowy w leczeniu przymiotu.** (Ruskij Wracz Nr 15, 1911). Stosując przetwór ten w ilości 0·1 gr. na 1 kg. wagi człowieka w rozczynach nasyconych, w odstępach 5-dniowych, otrzymał autor doskonałe wyniki. Ze zjawisk ubocznych stwierdził tylko w niektórych przypadkach wysypkę na skórze. Odczyn miejscowy był zawsze nieznaczny. Wstrzyknięty pod skórę wchłaniał się kakodylan sodowy szybko. Poprawa następowała mniej-więcej po 11 dniach. Tę metodę leczniczą radzi autor stosować obok rtęci, kiedy ona działać przestaje.

Z. Gilewicz.

Grünfeld. **O leczeniu wczesnem kiły.** (Archiv. f. Derm. u. S. T. 105). Po wycięciu wrzodu pierwotnego, jeżeli ten znajduje się w miejscu do tego zabiegu dogodnem, stosuje G. odrazu rtęć albo w postaci salicylanu, albo oliwy rtęciowej 40%. Leczenie powtarza następnie mniej-więcej co 3 miesiące. Zdaniem G. leczenie kiły poronne jest daleko racyonalniejsze, aniżeli wyczekiwanie zmian drugorzędnych i leczenie następowe. Zdanie to opiera G. na 46 przypadkach, leczonych w powyższy sposób, z których 9 przez przeciąg od 1—3 lat nie okazywało żadnych zmian kiłowych drugorzędnych, próba zaś Wassermanna wypadała w nich zawsze ujemnie; u reszty chorych pojawiały się wprawdzie zmiany drugorzędne, prawie zawsze spóźnione, ale albo tylko w postaci pojedynczych kłykcin, albo wysypki ogólnej, jednakże z przebiegiem łagodnym i szybko po podaniu nowych dawek rtęci ustępującej.

H. L. Weber.

Fural. **O kilakowych zmianach w gruczołach limfatycznych szyi.** (Archiv. f. Derm. u. S. T. 103). Autor opisuje 4 przez siebie spostrzegane przypadki zmian kilakowych gruczołów limfatycznych szyjnych, z których w dwóch zmiana pierwotna powstała w jamie ustnej, w dwu innych właśnie na błonach śluzowych jamy ust występowały nader często nawroty choroby w postaci kłykcin języka, podniebienia, migdałków i t. p. Zdaniem autora w przypadkach tych istnieje jakaś łączność między zmianami kilakowemi, usadowionemi w gruczołach limfatycznych szyi, a poprzedniemi zmianami w jamie ust. H. L. Weber.

Hoffmann. **Leczenie kiły zapomocą wstrzykiwań.** (Archiv. f. Derm. u. S. T. 105). H. radzi przy leczeniu kiły zaczynać wstrzykiwania solami rtęciowemi rozpuszczalnemi, gdyż te na jad zadziałają szybko, a kończyć leczenie przetworami nierozpuszczalnymi, te bowiem, w przeciwieństwie do pierwszych, ustrój powoli opuszczają. Jako przetwory nierozpuszczalne poleca H. octan tymolortęciowy (hydrargyrum thymolo-aceticum) i oliwę rtęciową.

H. L. Weber.

Hoffmann. **Jododerma tuberosum bullosum.** (Archiv. f. Derm. u. S. T. 103). H. opisuje przypadek szczególnej wrażliwości na jod, gdyż już po jednorazowem wtarciu w skórę rozcieńczonej nalewki jodowej wystąpił u chorego cały szereg pęcherzy i guzów na tle silnie zaczerwienionej skóry. H. L. Weber.

Kreibich. **Lupus pernio.** (Archiv. f. Derm. u. S. T. 102). Na podstawie szeregu własnych dociekań i badań twierdzi K., że t. zw. »lupus pernio« nie ma nic wspólnego z liszajem żrącym, a tem mniej z gruźlicą skóry. Sprawa chorobowa polega na procesie granulacyjnym, dlatego też najodpowiedniejszą dla tych zmian nazwą byłoby »lymphogranuloma pernio«. H. L. Weber.

Położnictwo i ginekologia.

N. Gorizontow. **Przyczynek do nauki o gruźlicy wtórnej kobiecych narządów płciowych.** (Russkij Wracz. 1911 Nr 13). Gruźlica narządów płciowych u kobiet stanowi 1 do 8% ogólnej ilości chorób ginekologicznych. Gruźlicę wtórną napotyka się znacznie częściej, niż pierwotną. Na zasadzie danych, zebranych z piśmiennictwa, własnych badań anatomo-patologicznych, oraz doświadczeń na zwierzętach, dochodzi G. do następujących wniosków: Narządy płciowe u kobiet podlegają dosyć często wtórnemu zakażeniu gruźliczemu. W sprawie wtórnego zakażenia narządów płciowych ważną rolę odgrywa gruźlica jamy brzusznej. Zmiany gruźlicze wtórne mogą rozwijać się we wszystkich tkankach i warstwach narządów płciowych; w pochwie, jajowodach i macicy przeważnie na błonie śluzowej, w jajnikach zaś przedewszystkiem w warstwie korowej (u królików i świnek morskich także i w pęcherzyku jajkowym). Wtórne zmiany gruźlicze zjawiają się zwykle w rozmiarach nieznacznych i mogą być rozpoznane przeważnie tylko zapomocą drobnowidu. Pod względem histologicznym przedstawiają się one jako niewielkie ogniska komórek drobnych i nabłonkowatych, rzadko zawierające komórki olbrzymie typu Langhansa; również rzadko znajdowano serowatą miazgę rozpadową. Prątki gruźlicze znajdują się zwykle w komórkach nabłonkowatych, rzadko zaś w wydzielinie pochwowej i w przestworach międzytkankowych i limfatycznych; można je jednak napotkać w komórkach nabłonkowych gruczołów macicznych, w ciałach żółtych, a także w komórkach jajowych i nabłonku pęcherzykowym. Dosyć często napotykał G. u zwierząt, chorych na gruźlicę, prątki gruźlicze także i w narządach płciowych, chociaż tam nie było swoistych zmian anatomicznych. M. Pietkiewicz.

Prof. I. Grammatikati. **Cięcie cesarskie przy zaniedbanych położeniach poprzecznych.** (Russkij Wracz. 1911 Nr. 13). Zaniedbane położenie poprzeczne bywało bardzo rzadko wskazaniem do wykonania cięcia cesarskiego. Z piśmiennictwa znane były dotychczas zaledwie 3 przypadki tego rodzaju (Hoedemaker, Calderini). G. opisuje 2 przypadki zaniedbanego położenia poprzecznego płodu u wieloródek z miednicą prawidłową, u których zarówno obrotu,

jako też poćwiertowania płodu niepodobna było wykonać bez oczywistego niebezpieczeństwa rozdarcia macicy. Płody były zgniłe, wydzieliny cuchnące, pępowina oderwana w czasie wielokrotnych prób rozwiązania, dokonywanych przez babki wiejskie. G. operował w obu przypadkach zapomocą cięcia cesarskiego, pozostawiając macicę po dokładnem odkażeniu (1%/₀ rozczynem lizolu) i wyskrobaniu jej wnętrza. Obie położnice wyzdrowiały. G. dochodzi do następujących wniosków: 1. Przy zaniedbanem położeniu poprzecznem płodu całkiem nieruchomego i grożącem niebezpieczeństwie pęknięcia macicy należy zaniechać zamiaru dokonania embryotomii i oddać pierwszeństwo klasycznemu cięciu cesarskiemu. 2. Im więcej jest powikłań przy zaniedbanem położeniu poprzecznem (wydzieliny posokowate, zapalenie śluzówki macicy, ogólne zakażenie i t. d.), tem więcej jest powodów do wykonania cięcia cesarskiego; w czasie operacyi powinno się zdecydować, czy należy wyciąć macicę, czy też można ograniczyć się do dokładnego odkażenia ewent. wyskrobania jej wnętrza. M. Pietkiewicz.

W. Iwanow. **O zeszyciu ścian brzusznych po laparotomiach zapomocą usuwalnego szwu materacowego według Prof. A. Lebiediewa.** (Russkij Wracz 1911 Nr 13). Prof. A. Lebiediew zeszywa jedwabiem powięź, mięśnie i otrzewnę zapomocą jednego ciągłego szwu materacowego w taki sposób, iż brzegi tkanek jednorodnych stykają się ze sobą ściśle i bezpośrednio. Obydwa końce szwu umocowuje się, jeden u górnego, a drugi u dolnego rogu rany, zapomocą guzików kościanych. Na ranę skórną nakłada się szereg agrafek Michela. Na 6. dzień zdejmuje się agrafki a na 11. usuwa się szew zapuszczany. W taki sposób zeszyto rany brzuszne w 129 przypadkach. Na zasadzie 4-letniej obserwacyi klinicznej, badania histologicznego wyciętych blizn, oraz doświadczeń na zwierzętach dochodzi I. do wniosku, iż zeszycie ran według sposobu Lebiediewa jest racyonalniejsze, nie pozostawia bowiem w ranie brzusznej ciała obcego, zabezpiecza od powikłań i przyczynia się znakomicie do wytworzenia się trwałych blizn w każdej warstwie tkanek jednorodnych. Przepukliny nie spostrzegano ani razu. M. Pietkiewicz.

Prof. W. Gruzdiew. **Przyczynek do patologii i leczenia raka macicy.** (Russkij Wracz 1911 Nr 13). Nizki poziom kultury wśród mieszkańców Rosyi wschodniej, olbrzymie obszary, złe drogi i t. d. przyczyniają się do tego, iż G. w działalności swej klinicznej w Kazaniu spotyka się przeważnie z przypadkami raka zaniedbanymi i często beznadziejnymi. W ciągu ostatnich lat 10 spostrzegał G. 596 przypadków raka macicy (564 p. raka szyjki i 32 p. trzonu macicy). Najczęściej chorowały kobiety w wieku od 40 do 49 lat. W etyologii raka macicy grają wielką rolę porody i wogóle życie płciowe. Każda chora przebyła średnio po 6,3 ciąży. (Na ogólną ilość chorych były zaledwie 2 »virgines intactae«). Również ważne znaczenie mają sprawy zapalne narządów płciowych, przedewszystkiem zapalenie błony śluzowej macicy (53,5%/₀). Co się tyczy dziedziczności, to wpływ jej stwierdził G. tylko w 2 przypadkach. W 62%/₀ przyp. chore uskarżały się na krwawienia, przeważnie nietypowe; w 20%/₀ były dolegliwości przy oddawaniu moczu, w 13,5%/₀ objawy ze strony odbytnicy. Z ogólnej liczby chorych przyjęto do kliniki, ze względu na możność operowania, 134 t. j. 22,5%/₀, a mianowicie 115 przypadków (20,4%/₀) raka szyjki i 19 p. (59,4%/₀) raka trzonu macicy. Jako środek leczniczy uśmierzający w zaniedbanych przypadkach raka szyjki stosowano z dobrym wynikiem węglik wapniowy (calciumcarbid). Operacyę doszczętną wykonano w 94 przyp., w tej liczbie były 43 przyp. zaniedbane (45,7%/₀). Sposobem pochwowym operowano 56 chorych (59,6); wyzdrowiały 44, u 5 chorych pozostały przetoki moczowe, u 1 niemożność zatrzymania moczu i kału; zmarło 6 (10,7%/₀). Zapomocą cięcia brzusznego lub sposobem skombinowanym operowano 38 chorych (40,4%/₀); wyzdrowiały 22; u 5 pozostały przetoki moczowe, u 1 przetoka moczowa i kałowa (z tej liczby u 3 chorych przetoki były później operowane z wynikiem pomyślnym). Zmarło wkrótce po operacyi 10 chorych (26,3%/₀). M. Pietkiewicz.

J. Prudnikow. **Przypadek śledziony wędrującej po porodach często powtarzających się. Wycięcie śledziony.** (Russkij Wracz 1911 Nr 13). Śledzionę wędrującą napotykano prawie wyłącznie u kobiet. Stierlin zebrał 32 przypadki, z których 31 dotyczyło kobiet. P. opisuje przypadek śledziony wędrującej u kobiety 46-letniej, przysłanej przez lekarza z rozpoznaniem torbieli jajnika lewego. Chora niedokrwista z brzuchem obwisłym i dużą przepukliną w linii białej. Rodziła 9 razy; przerwy pomiędzy porodami trwały najwyżej $1^1/_2$ roku; raz bliźnięta. 16 lat temu, po 7. porodzie, zauważyła w podbrzuszu guz z lewej strony. Od tego czasu zaczęła chudnąć. Przy obmacywaniu brzucha znaleziono w tem miejscu twardy, ruchomy guz wielkości główki dziecka donoszonego, z charakterystyczną wnęką i tętniącemi naczyniami. Badanie krwi: hemoglobiny 45%/₀, erytrocytów 4,300.000; leukocytów 11.800, wielojądrzastych 69%/₀, form przejściowych 8%/₀, limfocytów 18%/₀, eozynofilów 5%/₀, śród erytrocytów znajdują się poikilocyty, mikro- i makrocyty oraz pojedyncze erytroblasty. Rozpoznanie: śledziona wędrująca, białaczka rzekoma; przepuklina w linii białej. Wykonano wycięcie śledziony i herniotomię (Prof. A. Lebiediew). Śledziona ważyła 550 grm; rozmiary jej 18×10×4 cm. Przebieg okresu pooperacyjnego w ciągu pierwszych dni był pomyślny; na 10. dzień przy ciepłocie 37° C pogorszyło się napięcie tętna; na 11. dzień chora zmarła przy objawach stale wzmagającego się osłabienia serca. Wymiotów nie było. Sekcya wykazała zakrzep żyły śledzionowej i wrotnej. M. Pietkiewicz.

N. Nurik. **O stosowaniu suchego natrysku gorącem powietrzem w ginekologii.** (Russkij Wracz 1911 Nr 13). W celu leczenia przewlekłych spraw zapalnych przydatków macicznych zapomocą ogrzewania połączył N. przyrząd t. zw. »Fön« (Heissluftdouche »Fön«) zapomocą rurki gumowej z wziernikiem drewnianym (z drzewa korelskiego). Wziernik, wprowadzony do pochwy, zamknięty był u wylotu zewnętrznego korkiem, zawierającym oprócz rurki doprowadzającej powietrze gorące, cienką rureczkę do odprowadzenia powietrza zużytego. Ciepłota we wzierniku dochodziła do 140° C. Posiedzenia trwały 17 minut, czasem dłużej. Leczono w ten sposób 14 chorych z wynikiem pomyślnym. N. jest tego zdania, iż przyrząd »Fön« ze względu na taniość, łatwość stosowania i t. d. powinien znaleźć szerokie zastosowanie; ma on jedną tylko wadę, iż nie nadaje się do ścisłego regulowania ciepłoty prądu powietrznego. M. Pietkiewicz.

M. Wołkowa. **W sprawie zachowawczego leczenia chorób kobiecych.** (Ruskij Wracz 1911 Nr 13). W przypadkach zgięcia macicy ku tyłowi ze zrostami oraz innych chorób narządów płciowych, w których zwykły sposób miesienia ginekologicznego nie daje wyników pomyślnych, stosuje W. od 2 lat t. zw. »miesienie pneumatyczne«. Sposób ten polega na powolnem, stopniowo zwiększającem się uciskaniu końcami palców i również stopniowem powolnem osłabieniu ucisku. Rękoczyn taki jakby wygniata krew i limfę, napełniające naczynia krwionośne i chłonne, a następnie, po osłabieniu ucisku, wywołuje — wskutek wytwarzania się w naczyniach ciśnienia ujemnego — energiczny przypływ cieczy. W. rozpoczyna miesienie w okolicy podżebrowej i nadpępkowej i obniża je stopniowo po linii prostej aż do kości łonowych. Miesienie wykonywa się nie dłużej nad 5 minut, 2 razy tygodniowo. Rękoczyny te są nieraz dosyć bolesne i wymagają wielkiej ostrożności. Pod wpływem miesienia macica dosyć rychło zmniejsza się, przybiera położenie prawidłowsze, zrosty stają się jakby soczystsze i podatniejsze. W. stosowała miesienie pneumatyczne z wynikiem bardzo pomyślnym przy nieprawidłowych położeniach macicy, wysiękach, przewlekłych zapaleniach jajowodów i jajników (oczywiście z wyjątkiem ropnego zapalenia jajowodów). M. Pietkiewicz.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Nowości techniczne: 1) Przyrząd wyciągowy Hebbego, zastępujący wszelkie przyrządy do wyciągania zapomocą ciężarów i dający się zastosować do każdego łóżka. 2) Rama do podnoszenia chorego na łóżku (patent »Wyssa«) (Mediz. Klinik Nr 11). 3) Nóż Hasselmanna do szybkiego rozcinania opatrunków gipsowych (Münch. med. Wochenschr. Nr 10). 4) Podkładka Strübego, pomocna przy wprowadzaniu zgłębników żołądkowych (Münch. med. Wochenschr. Nr 10). 5) Tubus do leczenia śniegiem bezwodnika węglowego, podany przez Kunitzkyego (Münch. med. Wochenschr. Nr 10). 6) Nici (Zwirn) do szwów i podwiązek zamiast cienkiego jedwabiu, polecane przez Madlenera (przechowuje się je w sublimacie). 7) Zeozon, środek pochodny od aeskuliny, zalecany przez Unnę przeciw drażnieniu skóry przez słońce, absorbujący promienie pozafiołkowe. K.

Do odkażania rąk i pola operacyjnego w miejsce jod-benzyny i nalewki jodowej poleca Matasek metajodkarbon, t. j. połączenie jodu z różnymi związkami węgla, środek niezapalny, a znakomicie odkażający. (Med. Klin. Nr 13). A.

Karbenzym, t. j. trypsynę związaną z węglem, poleca bardzo Prof. Sticker przy ropniach, zwłaszcza zimnych, a wewnętrznie przy wzdęciach pooperacyjnych, biegunkach na tle wrzodów gruźliczych i t. p. (Med. Klin Nr 13). A.

Po wycięciu nerek jednemu ze zwierząt, parabiotycznie połączonych, spostrzega się mimo wydzielania moczu przez drugie zwierzę, objawy zatrucia, a w końcu śmierć obu, co dowodzi podług Birkelbacha, że nerki prócz wydzielania moczu spełniają także pewną czynność wydzielania wewnętrznego. Mocz w tych przypadkach jest bardzo trujący. (Zeitschr. f. exp. Path. u. Ther. VIII. 2). A.

W napadzie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego odgrywają podług Sorgego pierwszorzędną rolę głównie wpływy mechaniczne, a zakażenie zwykle jest następowem. Na fakt ten za mało zwracają uwagi chirurgowie, a patolog widzi już wyrostek wycięty, a nie »in situ«. (Med. Klinik Nr 13). A.

Położenie na czworakach zaleca Fellenberg jako środek leczniczy przy opadnięciu trzew. (Korresp. f. Schw. Aerzte. 7). A.

Przy toczniu (lupus) zaleca bardzo Nagelschmidt leczenie diathermią. (Zeitschr. f. Fortbl. 1910, Nr 24). A.

Zarazek płonicy powiodło się Bernhardtowi przenieść z ludzi na małpy niższorzędne. W doświadczeniach swoich, wykonanych w berlińskim zakładzie badania chorób zakaźnych, używał on do szczepień nalotów z języka i soku z gruczołów limfatycznych chorych na płonicę i sztucznie zakażonych małp. Zakażenie małp można wywołać także przez jamę ustną bez uszkodzenia skóry. (Deutsche med. Wochenschr. 1911, Nr 19).

Maskę ochronną do oddychania z osobnymi wentylami dla wdechu i wydechu, nadającą się dla robotników i chorych na płuca, wyrabia Firma Cloetta-Müller, Stuttgart. (Med. Klin. Nr 15). A.

Nadmierna skłonność do snu i długie spanie występuje podług Salmona przy następujących cierpieniach, 1) Zaburzenia gruczołów płciowych w sensie ujemnym: 2) choroby przysadki, 3) menopauza, 4) zatrucia, 5) nadmierna otyłość, 6) cukrzyca, 7) influenza, 8) cierpienia mózgu, 9) porażenie słoneczne, dalej 10) u górników pracujących pod wielkiem ciśnieniem, 11) w świdrowicy, 12) ze starości, 13) przy chorobach nosa i t. p. (Rev. d. med. IX. 1911). A.

Pot ludzki podług Kittsteinera wydziela się najwięcej z twarzy, potem rąk i nóg, i zarazem w tym samym porządku zawiera najwięcej soli. Im więcej soli pobiera się w pokarmach, tem więcej ukazuje się jej w pocie. Im człowiek więcej się poci, tem pot zawiera więcej soli. Pot zwykle oddziałuje kwaśno, (najwięcej pod pachą). (A. f. Hyg. 3. III.). A.

Rozczyny protargolu (2—8 pro mille) zaleca bardzo Cantani do płukań żołądka (płyn pozostawia się 5—10 minut) przy przewlekłych nieżytach z rozszerzeniem żołądka, przy sokotoku, a w lewatywach przy czerwonce, biegunkach, wrzodach gruźliczych, durze i t. p. U dzieci ewentualnie wewnętrznie łyżeczkami rozczyn 0,1 na 50,0 wody. (Gaz. d. osp. Nr 138). A.

Bezmocz odruchowy, trwający 88 godzin, spostrzegał Hörder u osobnika, który nadużywszy alkoholu, wpadł nagle do zimnej wody. (Deutsche mediz. Wochs. 10). A.

Skutecznym środkiem cucącym (pobudzającym akcyę serca), używanym w Japonii, ma być podług Abramsa uderzanie pięścią w okolicę VII. kręgu szyjnego. (Med. Rec. T. 78, 1910). A.

Akromegalia wystąpić może podług Perla także pod wpływem strachu. (Berl. klin. Wochs. 1911, Nr 12). A.

Urotropinę w durze i w ostrych zakażeniach dróg żółciowych zaleca Chauffard (Sem. médic. 1911. 10.) w dawce 2 gr. na dzień dla dorosłych Urotropina bowiem wydziela się po podaniu rychło z żółcią i nie traci swego antyseptycznego działania po opuszczeniu wątroby. Stahr.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 26 kwietnia 1911.

Przewodniczący kol. Prof. Cybulski.

1) Kol. Borzęcki przedstawia chorą lat 20, przyjętą d. 25 kwietnia do oddziału chorób skórnych, która podaje, że cierpienie skóry na policzku rozpoczęło się przed 2 miesiącami jako obrzęk. Zmiana chorobowa zajmuje policzek lewy na przestrzeni wielkości dłoni małego dziecka. Skóra na tej przestrzeni zaczerwieniona, lekko obrzękła, nad kością szczęki górnej nie przesuwalna. W obrębie tak zmienionej skóry znajduje się kilka wyniosłości od wielkości soczewicy do wielkości dużego grochu, które przy bliższem badaniu okazują się jako guzy miękkie, chełboczące, wypełnione cieczą ropno-surowiczą. Gruczoły przyuszne i podszczękowe nie powiększone. Obraz zmian opisanych przemawia za **promienicą.** Dalsze badania bakteryologiczne wykażą czy rozpoznanie to jest słuszne. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Kol. Kader rozpoznaje raczej gruźlicę, opierając się na dużym materyale z szeregu lat.— Kol. Bujwid przychyla się do rozpoznania promienicy; radzi jednak zbadać bakteryologicznie, względnie wstrzyknąć tuberkulinę, celem upewnienia się w rozpoznaniu. — Kol. Borzęcki zwraca jeszcze raz uwagę na krótkość trwania a rozległość zmian, na cały obraz charakterystyczny dla promienicy, a nie gruźlicy, względnie tocznia, jakoteż na brak powiększenia gruczołów chłonnych w sąsiedztwie.

2) Kol. Kader przedstawia chorych, leczonych w klinice chirurgicznej. a) Mężczyznę 64-l. po operacyi **wycięcia olbrzymiego wodonercza.** Chory obecnie zupełnie zdrów. Mowca pokazuje również preparat owego wodonercza.

b) Poraz wtóry mężczyznę, któremu po wydłutowaniu panewki stawu biodrowego i odcięciu górnej części kości udowej wraz z główką **wszczepił część kości ze zwłok** w 11 godzin po śmierci innego chorego. Obecnie upłynęło 11 miesięcy od wszczepienia. Chory wykonuje już ruchy w stawie biodrowym, w małym oczywiście zakresie.

c) Chłopca w gipsowym opatrunku, dotkniętego porażeniem pewnych grup mięśni w dolnych kończynach wskutek porażenia rdzeniowego. Porażone mięśnie zastąpiono innymi zdrowymi zapomocą **plastyki mięśni.**

d) Dziewczynkę z podobną chorobą i zmianami, chodzącą na przyrządach z trzewikami, zastosowanych do kończyn. K. zamierza wykonać tu również plastykę i pragnie przedstawić chorą w swoim czasie po zabiegu operacyjnym, skoro uzyska polepszenie co do chodu.

3) Kol. E i s e n b e r g: **O roznosicielach zarazków.** (Rzecz do druku).

Sekretarz doroczny: Dr G. Grzybowski.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z d. 21 stycznia 1911 r

Obecnych 17 członków.

I. Kol. B i e g a ń s k i poświęcił kilka słów pamięci zmarłego kol. Wasserthala. Scharakteryzował go jako wybitnego, zdolnego i bardzo oczytanego lekarza, interesującego się nauką mimo dużej, wyczerpującej praktyki i sędziwego wieku. Pamięć kol. Wasserthala uczczono przez powstanie.

II. Kol. W a c ł a w K o h n przedstawił dziecko sześciomiesięczne **z tarnią dwudzielną** (spina bifida), porażeniem kończyn dolnych i wodogłowiem.

III. Kol. W r z e ś n i o w s k i przedstawił preparat **macicy wyłuszczonej z włókniakomięśniakiem** wychodzącym z jej tylnej ściany. Guz, wielkości główki dziecka, składał się z trzech guzów większych i kilku mniejszych. Wobec zwyrodnienia jajników usunięto je wraz z macicą.

IV. Sekretarz kol. R o z e n f e l d odczytał **sprawozdanie roczne** z działalności naukowej Towarzystwa. Na początku roku sprawozdawczego liczyło Towarzystwo 33 członków rzeczywistych. W ciągu roku ubył jeden, przybył kol. Kędzierski. Prócz tego Towarzystwo liczyło 4 członków korespondentów, 2 ofiarodawców i 3 honorowych. Posiedzeń było 10. W posiedzeniach brało udział od 16 do 25 członków. Odczyty i prace były następujące:

A) Pokazy preparatów: Kol. Wacław Kohn: Hodowle drobnoustrojów twardzieli, laseczniki duru i okrężnicy na podłożu Drigalskiego, preparat glistnicy robaczkowej.

B) Pokazy chorych: 1) Kol. Batawia: Przypadek owrzodzenia kiłowego gardła. 2) Tenże: 2 chorych po częściowem podśluzowem wyłuszczeniu przegrody nosowej. 3) Kol. Biegański: Przypadek twardzieli nosa. 4) Tenże: Przypadek tężyczki. 5) Kol. Łokczewski: Noworodek z niedorozwojem kończyn górnych. 6) Kol. Marczewski: Chorzy po operacyi Panasa. 7) Tenże: Przypadek obustronnej zastoiny nerwów wzrokowych. 8) Kol. Stawnicki: Przypadek pierwotnego zaniku mięśni. 9) Kol. Wasilewski: Przypadek mięsaka limfatycznego śródpiersia. 10) Kol. Wrześniowski: Chorzy po zeszyciu naczyń biodrowych.

C) Kazuistyka: 1) Kol. Łokczewski: Przypadek tężca. 2) Kol. Batawia i Rozenfeld: Przypadek choroby Ménièra. 3) Kol. Rozenfeld: Nagła śmierć po błonicy. 4) Tenże: Rzadki przypadek skurczu głośni. 5) Kol. Wrześniowski: Przypadek rany postrzałowej głowy. 6) Tenże: Przypadek wycięcia wyrostka robaczkowego.

D) Medycyna teoretyczna: Kol. Rozenfeld: O nadwrażliwości.

E) Medycyna praktyczna: 1) Kol. Batawia: O porażeniu nerwu krtaniowego zwrotnego w następstwie chorób serca. 2) Kol. Bellon: Leczenie kiły salvarsanem (606). 3) Kol. Biegański: Z nowszej literatury lekarskiej. 4) Tenże: O rozpoznawaniu dżumy. 5) Kol. Wacław Kohn: O praktycznej modyfikacyi odczynu Wassermanna. 6) Kol. Stefan Kohn: O wczesnem wstawaniu położnic. 7) Kol. Michałowicz: O mylnem rozpoznawaniu dławca u dzieci z gruźlicą gruczołów oskrzelowych. 8) Kol. Rozenfeld: O samozatruciach. 9) Tenże: Stwardnienie tętnic jako skutek zatrucia. 10) Kol. Pasierbiński: O wpływie ciąży na ustrój kobiety.

F. Sprawy ogólne: 1) Apt. Nowak: O aptekarstwie. 2) Kol. Biegański: O Rob. Kochu. 3) Tenże: Wzmianki z powodu jubileuszu Prof. Pareńskiego i Dra Dobrzyckiego.

V. Skarbnik kol. R e j m a n odczytał sprawozdanie kasowe. Przychód: Składki członków rb. 193·—, za lokal od Tow. Krajoznawczego rb. 25·—, remanent z r. 1909 rb. 134·93. Razem rb. 352·93. Rozchód: Lokal, opał, światło, usługa rb. 199·50, książki i pisma rb. 114·55, oprawa książek rb. 6·40, wydatki kancelaryjne rb. 4·99, ubezpieczenie rb. 5·10. Razem rb. 330·54. Remanent na r. 1911 rb. 22·39.

VI. Kol. W a c ł a w K o h n odczytał sprawozdanie ze stanu biblioteki. W dyskusyi uchwalono zaprenumerować: Przegląd chirurgiczny, pedyatryczny, neurologiczny, chorób skórnych i wenerycznych, Postęp okulistyczny.

VII. Kol. B i e g a ń s k i odczytał list Tow. lekarskiego łódzkiego w sprawie Zjazdu lekarzy prowincyonalnych w Łodzi. Do podkomitetu wybrano kol. Batawię, Biegańskiego i Rozenfelda.

VIII. Do Zarządu Towarzystwa wybrani zostali: prezesem kol. Biegański, wiceprezesem kol. Wrześniowski, sekretarzem kol. Rozenfeld, skarbnikiem kol. Rejman, bibliotekarzem kol. Wacław Kohn, członkami Zarządu kol. Łokczewski i Rudzki. Do komisyi rewizyjnej wybrani kol. Marczewski, Batawia, Pietrasiewicz.

Karol Rozenfeld.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

XVI. Ogólne doroczne naukowo-administracyjne posiedzenie w dniu 11. (24) lutego 1911 r.

Obecnych osób — członków 40, gości 29. Przewodniczy prezes Prof. Czeczott.

Otwierając posiedzenie podaje prezes do wiadomości, iż »Związek« poniósł nową stratę, przez śmierć swego członka Dr barona Alfreda Szyllinga i wzywa obecnych, by uczcili pamięć zgasłego przez powstanie.

Protokół z ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Nastąpiło odczytanie sprawozdań dorocznych:

a) Sprawozdanie sekretarza działu naukowego o g ó l n y c h p o s i e d z e ń »Związku« i W y d z i a ł u l e k a r s k i e g o, Doc. S o w i ń s k i e g o:

»Rok ubiegły był trzecim rokiem istnienia »Związku«, a dziesiątym wogóle od początku naszego Towarzystwa. Posiedzeń naukowych ogólnych i lekarskich było razem 9, z nich 1 doroczne naukowo-administracyjne, 4 przypada na Wydział lekarski, 1 uroczyste naukowo-administracyjne, poświęcone rodakom przybyłym na V. międzynarodowy Zjazd ginekologów, a 3 pozostałe ogólne naukowo-administracyjne. Średnio uczęszczało na posiedzenia administracyjne 74, na posiedzenia Wydziału lekarskiego 28. Liczby te w roku zeszłym wynosiły 41 i 40. W dyskusyach nad odczytami brało udział tak, jak w roku ubiegłym, 20 osób.

Wygłoszono 16 odczytów, o 1 mniej niż w roku 1909, z tych na posiedzenia ogólne przypada 9, na posiedzenia Wydziału lekarskiego 7. Odczyty w chronologicznym porządku przedstawiają się, jak następuje: 1) P. Hornowski: O solach kwasu cellulozo-ksantogenowego i praktycznem ich zastosowaniu (z pokazami). 2) Prof Ziemacki: Przypadek wycięcia wrzodu okrągłego żołądka z plastyczną operacyą odźwiernika. 3) Dr Messing: Gorączka w napadach bolów strzelających w przebiegu wiądu rdzenia. 4) Prof. Zaleski: O promieniotwórczości wód mineralnych (z pokazami przyrządów). 5) Inż. Peretiatkowicz: O planowaniu miast. 6) Dr Fr Neugebauer (gość z Warszawy): O równoczesnej ciąży macicznej i pozamacicznej. 7) Prof. Ziemacki: Hipoteza o powstawaniu ropni opadowych przy gruźlicy chirurgicznej. 8) Prof. Ziemacki: Sprawozdanie z XV Zjazdu chirurgów

polskich w Warszawie 6, 7. i 8. października 1910 roku. 9) Dr Wilamowski: Wąglik rzekomy (przypadek kliniczny). 10) Prof. Zaleski: Biały Krzyż i jego działalność w walce z zafałszowaniami. 11) Prof. Zaleski: Zasługi naukowe i społeczno-obywatelskie Prof. Dra Napoleona Cybulskiego wobec 25-lecia jego działalności profesorskiej na Wszechnicy Jagiellońskiej. 12) Prof. W. Orłowski: Drogowskazy współczesnej dyagnostyki chorób trzustki. 13) Inż. S. Dzierzgowski: Odporność czynna przeciwko błonicy u zwierząt i człowieka. 14) Doc. K. Noiszewski: Człowiek chory w życiu, nauce i sztuce. 15) Dr Michałowicz: Odrębność przebiegu gruźlicy u dzieci, rozpoznawanie jej, oraz zabiegi lecznicze. 16) Doc. Noiszewski: O czuciu gruczołowem (adenaesthesia).

»Związek« wskutek zaproszeń komitetów gospodarczych brał udział w 3 Zjazdach: na XI Zjeździe im. Pirogowa byli przedstawicielami »Związku«: Prof. Zaleski i inż. jener. Kątkowski; na XV. Zjeździe chirurgów polskich w Warszawie — Prof. Ziemacki; na II. Zjeździe terapeutów rosyjskich: Doc. Orłowski, Dr Wilamowski i Dr Zakrzewski. Prócz tego brał »Związek« udział w uroczystościach Grunwaldzkich (inż. Berkiewicz), w obchodzie 25-letniego jubileuszu działalności Towarzystwa lekarzy chorób dzieci w Petersburgu (Dr Ostrowski, Dr Hattowski i Dr Grzybowski) i w obchodzie z okazyi 100-lecia urodzin Pirogowa (Prof. Czeczott). W czerwcu »Związek« wziął udział w uroczystości 35-letniego jubileuszu zawodowej pracy Prof. Dra St. Pareńskiego na stanowisku prymaryusza oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie, zaś w początkach grudnia st. st. w 25-letnim jubileuszu Prof. Napoleona Cybulskiego na katedrze fizyologii Uniwersytetu Jagiellońskiego, którego wobec niespożytych zasług na polu naukowem zaliczył w poczet swych członków honorowych.

Rok ubiegły nie zaznaczył się w historyi naszego Związku jakimiś wybitnymi wypadkami, jednak żywotność swą stwierdził całym szeregiem odczytów z różnych dziedzin wiedzy lekarskiej wogóle, jakoteż z dziedziny przyrodoznawstwa stosowanego. Nasi nowi, a prawie że najmłodsi koledzy — mam na myśli Wydział techniczny — już zaznaczyli swą żywotność o tyle, że śmiało przepowiedzieć można spotężnienie działalności »Związku«. Niech każdy z członków i przyjaciół niesie najmniejszy swój dorobek naukowy, a przyszłość nasza i rozkwit będą zapewnione«.

b) Sprawozdanie sekretarza działu administracyjnego »Związku« i Wydziału lekarskiego Dra W i l a m o w s k i e g o:

Posiedzeń »Rady« w roku ubiegłym było 3, na których uchwalono co następuje: 1) Wypracować regulamin czyli instrukcyę. W tym celu obrano komisyę z Prof. J. Ziemackiego, jako wnioskodawcy i sekretarza naukowego Doc. Z. Sowińskiego. Inni członkowie komisyi mają być wybrani na poszczególnych wydziałach. 2) Dla kierowania sprawami wydziałów postanowiono utworzyć przy każdym wydziale komitet doradczy. 3) Uchwalono, aby poszczególne wydziały »Związku« obrały odpowiednie organy specyalne dla drukowania prac i sprawozdań z posiedzeń naukowych. 4) Powstał nowy wydział techniczny, pod kierownictwem inż. jener. E. Kątkowskiego. Pierwsze posiedzenie odbyło się 24. marca i zostało otwarte przez prezesa »Związku« Prof. Dr O. Czeczotta. 5) Uchwalono, iż »Opieka lekarska« przy rzym. kat. Towarzystwie Dobr. na ten rok ma się składać z następujących osób: prezes »Opieki« Prof. Dr O. Czeczott, wiceprezes Prof. Dr I. Ziemacki, sekretarze: Doc. Z. Sowiński i Dr B. Wilamowski, skarbnik Dr H. Uliński i opiekunowie: Prof. Dr St. Zaleski, Dr Ur. Wierciński, Dr L. Jastrzębski, Dr A. Karnicki i Doc. Z. Orłowski.

Posiedzeń lekarskich było 4, technicznych 4, farmaceutycznych 3, przyrodniczych 1, ogólnych 5, a razem 17. Wydział odontologiczny nie odbył żadnego posiedzenia.

»Związek« brał udział w rozmaitych obchodach jubileuszowych i zjazdach naukowych. Z powodu śmierci hr. Tołstoja przesłano rodzinie telegram kondolencyjny. W dniu 25-lecia pracy zawodowej lekarskiej członka »Związku« Dra Idy Poznańskiej wysłano telegram gratulacyjny. Z powodu 25-letniej działalności naukowo-społecznej Prof. Dra Napoleona Cybulskiego, »Związek« jednomyślnie obrał go swym członkiem honorowym.

»Związek« otrzymał w darze za pośrednictwem Prof. Dr Czeczotta od osoby, która pragnie być niewymienioną, $4^1/_2\%$ storublową oblig. miejsk. kredytow. Towarzystwa na rzecz budowy szpitala polskiego w Petersburgu. Również otrzymano w darze dla biblioteki »Związku« cenny zbiór książek po ś. p. Dr Adamie Sapacz-Sapaczyńskim, byłym członku »Związku«.

»Związek« poniósł nieodżałowaną stratę w osobach zmarłych swych członków: Drów Franciszka v. Groera, Adama Sapacz-Sapaczyńskiego i prowizora Aleksandra Lipińskiego.

W ciągu roku wybrano nowych członków: 1 honorowego, 12 rzeczywistych i 1 korespondenta. Zatem »Związek« liczył w r. 1910 ogółem 430 członków, z tej liczby na lekarzy przypada 131, przyrodników 42, farmaceutów 17, techników 222 i na lekarzy dentystów 18. W ogólnej liczbie 430 członków było korespondentów 10.

c) Sprawozdanie sekretarza Wydziału p r z y r o d n i c z e g o p. H o n o w s k i e g o: Działalność Wydziału przyrodniczego za rok ubiegły była skierowana przeważnie ku prawidłowej organizacyi odczytów, których w ubiegłych latach nie można było doprowadzić do skutku wobec niedostatecznej liczby czynnych członków sekcyi, jak również wskutek różnorodnego charakteru nauk przyrodniczych, co powstrzymywało oddzielnych członków Wydziału od wygłaszania odczytów z zakresu ich własnej specyalnej działalności naukowej. W maju roku ubiegłego zwołał Wydział posiedzenie, na którem przyjęto postanowienia co do treści i charakteru odczytów, jakie mają być wygłaszane na posiedzeniach Wydziału. Kilku z obecnych na posiedzeniu członków zgłosiło szereg odczytów, które mają się odbyć obecnie. Pierwszy odczyt »O fosfatydach«, wygłoszony przez Doc. Smoleńskiego, odbył się na posiedzeniu w d. 5. listopada 1910 r. — Wydział przyrodniczy w ubiegłym roku liczył 42 członków.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Sprawozdanie z VII. Zjazdu rentgenologów niemieckich

(23. i 24. kwietnia 1911 w Berlinie).

Podał

Dr Zygmunt Steuermark.

Niemieckie Towarzystwo rentgenologiczne należy niewątpliwie do najruchliwszych Towarzystw naukowych; świadczy o tem najlepiej stale z roku na rok zwiększająca się liczba członków, oraz powodzenie, jakiem cieszą się doroczne Zjazdy, odbywające się bezpośrednio po Zjeździe chirurgów w Berlinie. W roku bieżącym zarząd Zjazdu zmuszony już był znieść karty uczestnictwa dla gości, ażeby przedewszystkiem członkom Towarzystwa zapewnić możność korzystania z obrad; olbrzymia sala domu Langenbecka wypełniona była szczelnie po brzegi niezwykle pilnymi słuchaczami, którzy rzęsistymi oklaskami darzyli każdy ciekawy odczyt i niejednokrotnie brali w obronę mówcę przed energicznym przewodniczącym, surowo przestrzegającym wyznaczonego regulaminem na każdy wykład czasu. Swiadczyło to o wielkiem zainteresowaniu słuchaczy, do czego przyczynia się, być może, w pierwszej linii wielki rozmach rentgenologii, a może i różnorodność słuchaczy. Jakkolwiek bowiem Towarzystwo oficyalnie jest Towarzystwem niemieckiem, to jednak należą do niego w znacznej liczbie rentgenolodzy wszystkich prawie narodowości europejskich i wybitniejsi amerykańscy; nadto do Towarzystwa należą nietylko lekarze, ale i fizycy i inżynie-

rowie (t. zw. Röntgenphysiker i Röntgentechniker). W roku bieżącym prezesem Zjazdu był nawet fizyk, prof. Walter z Hamburga, który na polu budowy induktorów, przyrządów mierniczych i t. d. położył wielkie zasługi.

Cały materyał — przeszło 70 wykładów — podzielono na 3 części: część dyagnostyczną, którą przeważnie wypełniły zagadnienia rozpoznawcze z zakresu chorób przewodu pokarmowego, drugą część leczniczą, której głównym tematem były ogólnie stwierdzone świetne i trwałe wyniki na polu rentgenoterapii ginekologicznej oraz nowe drogi leczenia nowotworów złośliwych, wreszcie część trzecią techniczną, w której ogólne zainteresowanie obudziły najnowsze zdobycze na polu ulepszeń przyrządów.

W części pierwszej dyagnostycznej rzucano na ekran wspaniałe diapozytywy z zakresu fizyologii i patologii trawienia; w jasny i treściwy sposób przedstawiali prelegenci, jak wielkie znaczenie ma prześwietlanie dla różniczkowego rozpoznania chorób jamy brzusznej; wystarczy wspomnieć o odczynie i obrazach Levy-Dorna, który między innymi zapomocą rentgenoskopii rozpoznał wrzód żołądka,.... chirurg podczas operacyl nie mógł potem wrzodu odszukać, sekcya dopiero potwierdziła rozpoznanie; był to wrzód przebijający do wątroby. Drugi bardzo pouczający obraz zwężenia dwunastnicy, stwierdzony później operacyą, dotyczył chorego, u którego interniści długie lata rozpoznawali neurastenię. Haudek z Wiednia i Max Cohn z Berlina przedstawili na obrazach wrzodów i raków żołądka ciekawe szczegóły z zakresu dyagnostyki różniczkowej tych chorób, Schwarz i Haenisch zaś obrazy ruchów jelita grubego po wprowadzeniu przez odbytnicę papki bizmutowej.

Sprawa rozpoznania gruźlicy płuc, która przed dwoma laty była szeroko omawiana, zeszła tym razem na plan drugi; z pracowni Holzknechta pokazywano tylko ciekawy obraz gruźlicy prosówkowej płuc, przyczem Dietlen z Strassburga opowiadał, że prześwietlaniem zdołał stwierdzić gruźlicę prosówkową płuc już na 4 tygodnie przed wystąpieniem guzków na naczyniówce i wyraźnych zmian w płucach. — Z powyższych już zestawień widać, jak ważnym środkiem rozpoznawczym jest stosowanie promieni Röntgena, (o czem niestety jeszcze u nas zbyt mało wiadomo); dalszą tego ilustracyą jest referat Immelmanna, który na 2800 rentgenofotografii nerek znalazł 354 kamienie nerkowe, 112 kamieni w moczowodzie, a tylko 1% miał mylnych rozpoznań, t. j. kamień znalazł się podczas operacyi, chociaż rentgenogram go nie wykazał.

O innych wykładach, jako zbyt specyalnych, jak np. o obrazach choroby Barlowa, obrazach z zakresu patologii krtani i t. d. nie wspominam, przechodzę natomiast do drugiej grupy, t. j. do rentgenoterapii. Jak to już na wstępie wspomniałem, wszyscy mówcy, zarówno rentgenolodzy, jak i wybitniejsi ginekolodzy, jednomyślnie podnosili korzystny wpływ promieni Röntgena na olbrzymie nawet włókniaki macicy, oraz na zaburzenia okresu przekwitania. Chore, wyniszczone długoletnimi krwotokami, z ciężką w następstwie niedokrwistością i zmianami w mięśniu sercowym (cor myomatosum), wracały napowrót do zdrowia, odzyskiwały siły i ochotę do życia po stosunkowo krótkim czasie dzięki leczeniu, które jest przytem niebolesne, wygodne dla chorej, a co do skutków — jak twierdzą niektórzy ginekologowie — pewniejsze, niż zabieg operacyjny. Sprawa leczenia nowotworów złośliwych, szczególnie usadowionych w głębi narządów, była również przedmiotem obrad. Opinia świata lekarskiego poruszona została w ostatnich latach świetnymi wynikami, ogłoszonymi przez bawarskiego lekarza Christopha Müllera w Immenstadt, potwierdzonymi przez tak krytycznego badacza, jakim jest Klemperer. Chr. Müller uzyskał mianowicie wyleczenie w kilku przypadkach nie nadającego się już do operacyi raka i mięsaka, stosując obok naświetlań promieniami x t. zw. prądy Tesli, czyli arsonwalizacyę. Zakład badania raka prof. Czernego w Heidelbergu podjął również te próby Müllera. Rzecz prawdopodobnie ma się tak, że prądy powyższe przez skurcz naczyń krwionośnych wywołują niedokrwienie tkanek, dzięki czemu można stosować 2 i 3 razy większą dawkę promieni Röntgena bez obawy oparzenia skóry; zdaniem innych badaczy, którzy podjęli próby kontrolne, rzecz się ma właśnie odwrotnie: przez przekrwienie tkanek zostają one uczulone na działanie promieni Röntgena, których i mniejsza ilość wystarcza wtedy dla osiągnięcia pożądanego wyniku. Oprócz tego sposobu uczulania na promienie Röntgena stosują w klinice prof. Krausa w Berlinie przegrzewanie tkanek zapomocą t. zw. diatermii.

Wreszcie prof. Krause z Bonn przedstawił ciekawe fotografie i mulaże oparzeń skóry promieniami Röntgena; straszne te spustoszenia świadczą najlepiej, że tylko ci lekarze, (i wogóle tylko lekarze), mogą zajmować się rentgenologią, którzy długotrwałemi i poważnemi studyami nabyli należytej wprawy i znajomości obchodzenia się z tą bądźcobądź obosieczną bronią.

Z części trzeciej, technicznej, obchodzącej już raczej tylko rentgenologów, zaznaczam jako »curiosum«, że przedstawiono automobil elektryczny, który jest zarazem przenośnym aparatem Röntgena; automobil ten zajeżdża przed dom chorego, długie kable zarzuca się przez okno do pokoju chorego i wykonuje się zdjęcia, leczenie i t. d.

Jak z powyższego sprawozdania widać, dorobek pracy naukowej był tego roku nie mniejszy, niż w latach poprzednich; nic też dziwnego, że ze wszystkich stron zjeżdżają się rentgenolodzy corocznie na Zjazd, znajdując w nim podniete do dalszej pracy, a często i zadowolenie z własnych wyników.

Wiadomości bieżące.

Zmiany organizacyi międzynarodowych Zjazdów lekarskich uchwaliła stała Komisya Zjazdów na posiedzeniu, odbytem w Londynie 21 kwietnia pod przewodnictwem Dr Pavy; sprawozdanie z tego posiedzenia nadesłało nam obecnie Biuro komisyi, urzędujące stale w Hadze, z prośbą o ogłoszenie.

Pierwszy punkt tego sprawozdania obchodzi nas bezpośrednio. Brzmi on dosłownie, jak następuje:

»Sur les requêtes réclamant pour le Canada et pour les Polonais le droit de désigner des délégués a la Commission permanente, on etait d'accord que le Comité exécutif témoignerait tous les honneurs aux Comités de ces deux pays, mais qu'on ne pourrait s'écarter du principe de la représentation exclusive des Etats dans la Commission«.

Jednem słowem, odmówiono komitetom kanadyjskim i polskim dla Zjazdów międzynarodowych równouprawnienia z innymi komitetami »narodowymi«, a raczej »państwowymi«, jakby

je obecnie według określenia, użytego w nowym regulaminie Zjazdów międzynarodowych (»Comité national d'Etat«) nazwać należało. Niepowodzenie to jest utrwaleniem stanu dotychczasowego. Nie znalazłszy i tym razem w komisyi międzynarodowej zadośćuczynienia naszym usprawiedliwionym postulatom, to tylko przyznać jej można, że okazała nam pewne względy przez samo rozpatrywanie sprawy i publiczne ogłoszenie wyniku narad, bez przemilczenia imienia »Polaków« — bo i tak już bywało.

W słowach uchwały mieści się pośrednio uznanie komitetów kanadyjskiego i polskiego, jako komitetów samoistnych, odrębnych, chociaż z komitetami państwowymi niezupełnie równouprawnionych; natomiast w uchwalonym współcześnie przez komisyę nowym regulaminie Zjazdów o takich nie »państwowych« komitetach niema wogóle wzmianki (§ 5. »Il existe dans chaque Etat un Comité national... composé d'après le principe de la représentation des organisations médicales scientifiques du pays«). Organizacya tych komitetów »państwowych« jest według nowego regulaminu o tyle lepsza od dawnej, że opiera się na zasadzie przedstawicielstwa instytucyi i towarzystw naukowych. Mianowicie (§ 6 regulaminu) komitety państwowe odnawiać się będą na wezwanie stałej międzynarodowej komisyi Zjazdów, zapraszając naczelne władze danego państwa, zajmujące się sprawami lekarskiemi (np. ministerstwo oświaty i spraw wewnętrznych), akademie i wydziały lekarskie, naukowe towarzystwa lekarskie (ogólne i specyalistyczne), oraz związek narodowy prasy lekarskiej, by wybrały do komitetu swych przedstawicieli. W ten sposób w organizacyi komitetów państwowych zmniejszono wpływ czynników politycznych na rzecz korporacyi naukowych. Z innych szczegółów nowego regulaminu Zjazdów międzynarodowych wspomnieć należy, że zarówno do stałej komisyi Zjazdów, jakoteż do jej Biura (Wydziału wykonawczego) należy każdorazowy prezes międzynarodowego Związku prasy lekarskiej.

Oprócz uchwalenia nowego regulaminu i przytoczonej na początku uchwały, do nas się odnoszącej, uchwaliła komisya stała: 1) odrzucić żądanie dopuszczenia języka hiszpańskiego i esperanto, jako urzędowych języków na Zjazdach, 2) utrzymać — wbrew żądaniu międzynarodowego Związku dentystów — zasadę, że tylko dyplomowani lekarze mogą uczestniczyć w Zjazdach, 3) odrzucić żądanie lekarzy dolnoaustryackich w sprawie utworzenia na Zjazdach sekcyi spraw zawodowych, 4) zmienić w niektórych szczegółach podział i nazwy sekcyi Zjazdów (np. dodać do sekcyi chirurgicznej podsekcye ortopedyczną i dla sprawy znieczulania, utworzyć osobną — XXII — sekcyę radyologii lekarskiej i t. p.), 5) termin Zjazdu w Londynie oznaczyć na 6—12 sierpnia 1913. Prezesem Zjazdu będzie sir Thomas Barlow, sekretarzem generalnym Dr W. P. Herringham (40 Wimpole street, London W.), skarbnikami sir Dyce Duckworth i G. H. Makins. Wszelkie życzenia i wnioski w sprawie organizacyi Zjazdu można adresować na ręce sekretarza gener. Komisyi stałej, prof. H. Burgera (Vondelstraat 1, Amsterdam), lub do Biura tej komisyi (Hugo de Grootstraat 10, La Haye). Komitety narodowe (Comités nationaux) mogą się zwracać wprost do komitetu wykonawczego w Londynie.

Kraków. Dyrektorem Zakładu krynickiego i lekarzem zakładowym mianowany został lekarz powiatowy Dr A. Biesiadzki. Mianowanie to jest oznaką reform, zaprowadzanych w Krynicy (będącej własnością rządu), a zmierzających do uzyskania w zarządzie tego zdrojowiska większej jednolitości i sprężystości.

— Towarzystwo kolonii leczniczych dla izraelickiej dziatwy szkolnej postanowiło wysłać w r. b. do swej kolonii w Rabce 100 dzieci, liczbę znacznie większą, niż kiedykolwiek przedtem. A jednak i ta liczba stanowi tylko siódmą część tych dzieci, które się w tym roku zgłosiły, ale dla braku miejsca i funduszów nie mogą być do kolonii przyjęte.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 7. V. do 13. V. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † 3 (w tem obcych 2 † 2), krztuśca 2, ospy wietrznej 3, płonicy 10 † 1 (4 † —), odry 6 † — (1 † —), duru brzusznego 1 † —, gorączki połogowej 1 † 1 (1 † 1), róży 2, tężca 1 † 1 (1 † 1). Dr Janiszewski.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Wiktor Dąbrowski z Saratowa, Aleksander Hall i Stefan Pieńkowski z Warszawy.

Warszawa. Na posiedzeniu Wydziału III. Towarzystwa naukowego warszawskiego w d. 4. V. przedstawili m. i. 1) P. J. Tur: »Potworniaki ektodermalne w rozwoju ptaków«. 2) P. J. Tur (w imieniu własnem i p. W. Zarembianki-Cieleckiej): »Nowe przypadki potworności wielozaczątkowych w zarodkach ptasich«. 3) P. J. Sosnowski: »Obserwacye nad okresem podrażnienia utajonego«.

— Na urządzenie Instytutu biologicznego Towarzystwa naukowego ofiarował Zarząd warszawskiego Towarzystwa kopalń węgla i zakładów hutniczych 2400 rb., Dr Ignacy Landstein 200 rb.

Z różnych stron. Państwowy Związek organizacyi lekarskich austryackich wydał i rozesłał korporacyom i towarzystwom lekarskim w całej Austryi memoryał, zawierający zestawienie i uzasadnienie żądań lekarzy, skierowanych do czynników ustawodawczych. Żądania te dotyczą: 1) Ubezpieczenia społecznego, 2) ordynacyi lekarskiej, 3) projektu nowej ustawy karnej, 4) państwowej ustawy sanitarnej i przeciwepidemicznej. Co do ubezpieczenia społecznego żądają lekarze, aby przymus należenia do kasy chorych z prawem do bezpłatnej pomocy lekarskiej w kasie odnosił się tylko do tych, których dochód roczny nie przekracza 2400 k., aby nie było wolno należeć do kas chorych tego typu członkom dobrowolnym (t. j. nie mającym obowiązku należenia do kasy), aby w kasach chorych był możliwy wolny wybór lekarzy, aby dla zawierania umów i rozstrzygania sporów istniały ustawowo utworzone komisye, aby ubezpieczenie w t. zw. pomocniczych kasach zarejestrowanych zostało uregulowane i wreszcie, aby w sprawozdaniach kas chorych nie podawano razem kosztów pomocy lekarskiej i kontroli chorych, lecz osobno. Co do ordynacyi lekarskiej, to lekarze domagają się jej wydania, by raz zostały jasno określone prawa i obowiązki stanu lekarskiego. O żądaniach w sprawie ustawy karnej pisaliśmy niedawno obszerniej, jak również o stanowisku lekarzy co do ustaw sanitarnych.

— Rosyjskie ministerstwo spraw wewn. zatwierdziło przepisy o organizacyi t. zw. posterunków sanitarnych. Posterunki te, podlegające bezpośrednio radom miejskim i ziemstwom, składać się mają najmniej z jednego lekarza i 2 przedstawicieli samorządu.

— W pruskiej Izbie panów domagał się hr. Hutten-Czapski, by miejsca naczelne w departamentach sanitarnych obsadzane były nie prawnikami, lecz lekarzami, a dalej, by państwo energicznie popierało szczepienia ochronne, zwłaszcza ospy. X.

— Prof. Jaensch z Berlina naznaczył 1000 marek nagrody za opracowanie zagadnienie, który rodzaj druku jest dla oka najzdrowszy. X.

Mianowani: Dr Daels profesorem ginekologii w Gandawie, Doc. Erlandsen dyrektorem zakładu higienicznego w Kopenhadze.

Zmarli: ginekolog Prof. Cauwenberghe w Gandawie, okulista Prof. Bull w N. Yorku.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung. 1911. Zeszyt V. (Monachium, J. F. Lehmann). Cena 2·75 Mk., za cały rocznik 16 Mk.

Majowy zeszyt »Kursów«, przeznaczony stale na psychia-

trye i neurologię, zawiera w tym roku 4 rozprawy. Prof. Vogt omawia psychologiczne podstawy nerwowości. Prof. Edinger daje artykuł o leczeniu nerwowo chorych, omawiając w kilku rozdziałach zaburzenia snu, bole głowy, psychastenię, leczenie zmian ogniskowych, chorób nerwowych pochodzenia toksycznego i zakaźnego i t. d. Prof. Binswanger streszcza ogólne zasady psychiatryi. Wreszcie Prof. Berger roztrząsa sprawę psychoz organicznych i toksycznych. Z.

Redakcya otrzymała: Reichmann: Die Behandlung des Magengeschwürs in Polen. »Intern. Beiträge zur Path. u. Ther. der Ernährungsstörungen« 1911. — Skórczewski: Die Wirkung der Kohlensäurebäder auf Blutcirkulation und Herzarbeit. »Zeitschrift f. experim. Pathologie und Ther.« 1911.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dn. 10. maja 1911 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Dr Nowaczyński: Odczyn Calmetta z jadem kobry w surowicy ludzkiej, a wartość jego rozpoznawcza u gruźliczych

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.

Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, lekarz zakładowy (od końca kwietnia do końca września).

Kosów.

Dr **Tarnawski**, właśc. lecz., otwart. od 1 maja do końca paźdz.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").
Dr **Dębicki Klemens**, ordynuje od 20 maja (pod Jeleniem).
Dr **Lewicki Stanisław**, willa pod „Trąbką".

Kudowa (Szląsk).

Dr **Brodzki Jan**, (zimą w Helouanie w Egipcie).

Rabka.

Dr **Lang O.**, Willa „pod Luboniem".
Dr **Supiński E.**, lekarz zakładowy.

Swoszowice.

Dr **Zaniętowski**, kąpiele siarczane i mułowe radioczynne.

Szczawnica.

Dr **Kołączkowski**, ord. i prowadzi pensyonat hidropatyczny.

Truskawiec.

Dr **Gerus Kazimierz**, lekarz zakładowy, ordynuje jak dawniej od maja do końca września.
Dr **Pelczar Zenon**.
Dr **Praschil Tadeusz**.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Abbazia.

Dr **Gorski Xawery**.

Bad Hall (w górnej Austryi).

Dr **Feuerstein Leon**, Villa „Söllradl".

Bad Nauheim.

Dr **Lowiński Zygmunt**, Fürstenstr. 14, róg Karlstr. Tel. 271.

Cieplice Trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz Stefan**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Steinsberg Leopold**, Zakł. leczn. („Villa Dra Steinsberga")
Dr **Zeitner Józef**, Kirchenstr. Villa „Stadt Paris".

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski**, Radca ces. Villa „Höflinger" IV.

Karlsbad.

Dr **Maciąg Adam**, b. asystent kliniki lekarskiej Uniw. Jag., ordynuje Alte Wiese „Dom Börse".

Kołobrzeg.

Dr **Kramsztyk Stefan**, b. asystent berlińskiej kliniki chorób dzieci. Pensyonat Polski. Promenada 26.

Kissingen (w Bawaryi).

Dr **Chłapowski F.**, Radca san. Prinzregenterstr. 1, tamże pensyonat dyetetyczny własny.
Dr **Maciejowski J.**, kierownik i właściciel Sanatoryum „Quo vadis", Ludwigstr. 16. Zakład otwarty od maja do października. Prospekty i wyjaśnienia odwrotnie.
Doc. Dr **Modrakowski**, willa „Elsa".

Marienbad.

Dr **Eichhorn Ferdynand**, ord. jak dotychczas Dom „Mozart".
Dr **Kwiatkowski St. Benedykt**, od 1 maja do 1 października „Haus Hamburg" (od 1 października do 1 maja w Meranie, „Haus Venosta).
Dr **Liebeskind Józef**, ord. jak dotychczas Haus Kronprinz

Rok L. Kraków, dnia 27. maja 1911. Nr. 21.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z Zakładu farmakologii doświadczalnej Prof. Dra L. Popielskiego we Lwowie.

O wpływie tłuszczów i mydeł na czynność wydzielniczą trzustki.

Podał

Dr Jan Studziński (Kijów).

(Ciąg dalszy).

Do doświadczeń tego rodzaju musi się używać zwierząt, którymby można wprowadzić do jelit tłuszcze, mydła i inne ciała z ominięciem żołądka, usunąwszy jednocześnie możność przedostania się treści żołądkowej do jelit. W tym celu obok przetoki trzustkowej robiłem jeszcze przetokę dwunastnicy w bezpośredniem pobliżu odźwiernika.

Gdy zwierzę po operacyi zupełnie przyszło do zdrowia, wprowadzałem przez tę drugą przetokę w kierunku odźwiernika cienki gumowy balonik. Rozdymając ten balonik, przerywałem przedostawanie się treści żołądkowej do jelita. Wtedy po pewnym przeciągu czasu wprowadzałem do dwunastnicy ciało, którego wpływ na wydzielanie zamierzałem badać. Przetokę trzustkową zakładałem sposobem Haidenhaina-Pawłowa. Czysty sok trzustkowy, jak wykazują badania Popielskiego, Baylissa i Starlinga i innych, nie zawiera czynnego zaczynu białkowego. Jednakże protrypsyna przy zetknięciu się z najmniejszą cząstką błony śluzowej jelita przechodzi w trypsynę, która trawi skórę zwierzęcia. Dlatego ja zeskrobywałem błonę śluzową w 3—4 dni po operacyi w sposób, jaki wskazał jeszcze w roku 1901 Popielski*); na 7. dzień mogłem już przystępować do doświadczeń. Na jednym i tym samym psie nie można było zrobić wielu doświadczeń, gdyż po 2—3 tygodniach zwierzę zaczynało chorować: nie przyjmowało pokarmu, sok trzustkowy wydzielał się obficie, zwierzę szybko chudło i ginęło. Przyczyny chudnięcia i śmierci zwierzęcia szukać należy w utracie soków, a nie w samej operacyi, gdyż w razie zarośnięcia przetoki trzustkowej zwierzę nie przedstawiało żadnych zboczeń.

Przed każdem doświadczeniem dostawało zwierzę pokarm ostatni raz dnia poprzedniego o godzinie 6 wieczorem. Na czas doświadczenia układano zwierzę na boku i przywiązywano do deski przyrządu. W celu przyzwyczajenia go do tego położenia, przywiązywano je poprzednio 2—3 razy dziennie na $^1/_2$—1 godziny. Wskutek tego zwierzę zachowywało się w czasie doświadczenia całkiem spokojnie nawet w ciągu dłuższego czasu. W takiem ułożeniu bardzo łatwo wstawić do przetoki kaniulę. Z kaniulą połączona jest długa szklanna rurka z podziałkami milimetrowemi, ustawiona poziomo. Ilość wydzielającego się soku oznaczano w milimetrach co minutę (100 podziałek milimetrów = 1 ctm. sz.). Podczas doświadczenia w takich warunkach można było śledzić wydzielanie w najdrobniejszych szczegółach, a ponieważ brano zwierzęta, które nie przedstawiały żadnych zboczeń, więc otrzymane wyniki służyć mogą za wzór sposobu, w jaki odbywa się czynność wydzielnicza trzustki w ustroju zdrowym.

Wykonałem 32 doświadczenia na 17 psach; doświadczenia te można podzielić na 3 grupy. Do grupy pierwszej należą badania nad tłuszczami chemicznie czystymi, do grupy drugiej — tłuszcze kupne, do trzeciej — mydła. Żeby otrzymać odpowiedź na pytanie, jak działają tłuszcze na wydzielanie soku trzustkowego, potrzeba było oprócz wyżej wspomnianych warunków stosować tylko czyste chemicznie, obojętne tłuszcze. Rzecz jasna, że badanie oddziaływania zapomocą papieru lakmusowego było niedostateczne. Najczystsze, najświeższe, tylko co otrzymane tłuszcze kupne, pomimo, że oddziałują przy próbie papierem lakmusowym obojętnie, zawierają jeszcze dość znaczną ilość kwasów, jak tego dowiodły ściśle badania Popielskiego. Czysta oliwa posiada zdaniem jego kwaśność 3,75°, najlepsza nawet 2,75° (według Burstyna). Wobec tego najlepszą oliwę kupną mieszałem z nadmiarem nasyconego gorącego rozczynu wodzianu baru. Po wielokrotnem wstrząsaniu mieszaninę zostawiałem na noc. Rano można w niej było zauważyć 3 warstwy: górną przeźroczystą żółtawą, składającą się z czystego tłuszczu, średnią stanowiły mydła, dolną — ług barowy. Górną warstwę ostrożnie zlewałem na sączek, a przesączony tłuszcz dla usunięcia kwasu węglowego ogrzewałem na łaźni wodnej do 38°—40° C. w ciągu $^1/_2$ godziny. W początkach moich doświadczeń wyciągałem otrzymany w ten sposób tłuszcz eterem etylowym w przyrządzie Soxhleta; eter usuwałem, a dla usunięcia nawet śladów jego umieszczałem tłuszcz w cieplarce na $^1/_2$ godziny w ciepłocie 100° C. Okazało się jednak, że i przed umieszczeniem do przyrządu Soxhleta tłuszcz, badany sposobem Burstyna, oddziaływał już obojętnie. Sposób Burstyna polega na tem, że do oznaczonej ilości płynnego tłuszczu dodaje się równą ilość

*) Niewiadomo, na jakiej podstawie Babkin, używając tego sposobu w r. 1904, nazywa go swoim.

eteru i tyleż 95⁰ wyskoku etylowego. Wszystko to razem wstrząsa się dokładnie i następnie miareczkuje $^{n}/_{10}$ — rozczynem ługu sodowego (wskaźnik-fenolftaleina). Stopień kwaśności określa ilość ctm. sz. normalnego rozczynu ługu sodowego, zużytych do zobojętnienia 100 ctm. sz. tłuszczu. Z ilości tej odciąga się ilość ługu, konieczną do zobojętnienia eteru i alkoholu, które często same oddziałują kwaśno.

Chociaż w doświadczeniach wprowadzałem tłuszcze bezpośrednio do dwunastnicy z ominięciem żołądka, jednakowoż trzeba było liczyć się jeszcze z pewną okolicznością, która mogła wpływać na ogólny wynik doświadczeń, a mianowicie z tem, że do jelita wlewał się sok z drugiego przewodu trzustkowego, znajdującego się tuż obok przewodu żółciowego. Wydzielający się sok trzustkowy, działając na tłuszcze swym zaczynem, rozkładał je na glicerynę i kwasy tłuszczowe, a te mogły wywierać swój wpływ. Na tę okoliczność zwrócił uwagę Popielski jeszcze w r. 1896.

Dlatego w doświadczeniach z tłuszczami już z góry można było oczekiwać, że po pewnym przeciągu czasu, gdy rozszczepianie tłuszczów zajdzie dość daleko, nastąpi i wydzielanie soku trzustkowego, jako skutek wpływu kwasów tłuszczowych.

Grupa I. Tłuszcze obojętne, chemicznie czyste.

Doświadczenie I. 21. XI. 1909. Pies »Biały« wagi 10·5 kilo. Operowany 12. XI. 1909. przyczem założono 2 przetoki: trzustkową i dwunastnicy. Wydzielanie soku zapisuje się co minutę w milimetrach rurki szklannej, połączonej poziomo z kaniulą, wprowadzoną do przetoki trzustkowej. Pies leży na boku, jak podano wyżej (tabl. I.).

Doświadczenie powyższe jest bardzo pouczające. Ogromna ilość wydzielającego się soku zmniejszyła się w trójnasób po wprowadzeniu i rozdęciu balonika. Wynika z tego, że wydzielanie wywołane było i podtrzymywane przez kwaśną treść, przechodzącą z żołądka. Po wprowadzeniu tłuszczu ilość soku zmniejszyła się jeszcze w czwórnasób, z 311 spadła do 78 we 20 minut, i w 16 minucie równała się 0. Począwszy od 30 minuty ilość soku zwiększyła się do 90 w 5 minut. Po zdjęciu balonika wydzielanie trwało dalej w tych samych mniejwięcej ilościach. Zwiększenie się wydzielania zapisane w 30 minucie po wprowadzeniu tłuszczu mogło zależeć albo od tego, że balonik zwiotczał i pewna ilość kwaśnej treści żołądka przeszła do dwunastnicy, albo od tego, że pod wpływem trypsyny soku trzustkowego, wylewającego się z małego nie podwiązanego przewodu gruczołowego, tłuszcz rozkładał się na glicerynę i kwas tłuszczowy, a ten wywołał obfitsze wydzielanie soku. W każdym razie z doświadczenia tego widać jasno, że chemicznie czysty tłuszcz wywołał zmniejszenie się wydzielania prawie do zupełnego przerwania. A to dowodzi, że wydzielanie w danym przypadku wywołane było ze strony dwunastnicy przez jej treść. Wprowadzony tłuszcz pokrył widocznie cieniutką warstewką błonę śluzową jelita i przerwał wzajemne stykanie się błony śluzowej i treści jelita.

Następne doświadczenie przeprowadzono w takich warunkach, że sok pierwotnie wydzielał się bardzo skąpo.

Doświadczenie II. 4. XII. 1909. Pies »Buldog« wagi 14 kilo, operowany 26. XI. 1909. Do dwunastnicy wprowadzono i rozdęto balonik (tabl. II.).

TABLICA I.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	
6 h. 22′	—	
„ 23′	70	
„ 24′	55	
„ 25′	43	250
„ 26′	42	
„ 27′	40	
„ 28′	35	
„ 29′	35	
„ 30′	30	161
„ 31′	32	
„ 32′	29	
„ 33′	29	
„ 34′	40	
„ 35′	40	196
„ 36′	40	
„ 37′	47	
„ 38′	38	
Od 38′ do 43′ wprowadzono w kierunku odźwiernika i rozdęto balonik		
6 h. 44′	—	
„ 45′	10	
„ 46′	26	
„ 47′	10	67
„ 48′	10	
„ 49′	11	
„ 50′	23	
„ 51′	15	
„ 52′	17	87
„ 53′	17	
„ 54′	15	
„ 55′	16	
„ 56′	16	
„ 57′	17	92
„ 58′	22	
„ 59′	21	
7 h. —	21	
„ 1′	15	
„ 2′	13	65
„ 3′	8	
„ 4′	8	
od 4′ do 7′	wprowadzono do dwunastnicy 35 cm sz. czystego tłuszczu (kwaśność 0⁰)	
7 h. 8′	1	
„ 9′	10	
„ 10′	4	27
„ 11′	5	
„ 12′	7	
„ 13′	5	
„ 14′	4	
„ 15′	5	18
„ 16′	3	
„ 17′	1	
„ 18′	2	
„ 19′	2	
„ 20′	5	23
„ 21′	9	
„ 22′	5	
„ 23′	3	
„ 24′	1	
„ 25′	0	5
„ 26′	0	
„ 27′	1	
„ 28′	4	
„ 29′	5	
„ 30′	6	27
„ 31′	4	
„ 32′	8	
7 h. 33′	5	
„ 34′	6	
„ 35′	4	31
„ 36′	5	
„ 37′	11	
„ 38′	13	
„ 39′	15	
„ 40′	15	81
„ 41′	20	
„ 42′	18	
„ 43′	24	
„ 44′	11	
„ 45′	21	83
„ 46′	17	
„ 47′	10	
„ 48′	17	
„ 49′	12	
„ 50′	16	90
„ 51′	25	
„ 52′	20	
„ 53′	20	
„ 54′	21	
„ 55′	19	89
„ 56′	15	
„ 57′	14	
„ 58′	9	
„ 59′	13	
8 h. —	17	55
„ 1′	13	
„ 2′	3	
Od 8 h. 2′ do 8 h. 10′ wyjęto balonik		
8 h. 11′	—	
„ 12′	21	
„ 13′	22	
„ 14′	21	95
„ 15′	16	
„ 16′	15	
„ 17′	23	
„ 18′	20	
„ 19′	21	94
„ 20′	16	
„ 21′	14	
„ 22′	7	
„ 23′	9	
„ 24′	22	61
„ 25′	11	
„ 26′	12	
„ 27′	14	
„ 28′	22	
„ 29′	20	88
„ 30′	17	
„ 31′	15	
„ 32′	14	
„ 33′	15	
„ 34′	13	68
„ 35′	13	
„ 36′	13	
„ 37′	13	
„ 38′	13	
„ 39′	12	65
„ 40′	14	
„ 41′	13	

Doświadczenie zakończono.

Jak widać z doświadczenia wydzielanie do chwili wprowadzenia tłuszczu było bardzo nieznaczne (33—34 podziałki w 5 minut). Wyniki są nadzwyczaj ciekawe. Gdy wydzielanie jest nieznaczne lub nie ma go wcale, to tłuszcz jako

TABLICA II.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	Suma	Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	Suma
5 h. 54′	—		6 h. 15′	6	
,, 55′	8		,, 16′	4	
,, 56′	7		,, 17′	5	31
,, 57′	6	34	,, 18′	8	
,, 58′	7		,, 19′	8	
,, 59′	6		,, 20′	5	
6 h. —	6		,, 21′	8	
,, 1′	7		,, 22′	7	30
,, 2′	6	33	,, 23′	5	
,, 3′	7		,, 24′	5	
,, 4′	7		,, 25′	6	
Od 6 h. 4′ do 6 h. 6′ wprowadzono do dwunastnicy 30 cm sz. czystego tłuszczu			,, 26′	5	
6 h. 5′	8		,, 27′	5	25
,, 6′	5		,, 28′	6	
,, 7′	7	31	,, 29′	3	
,, 8′	5		,, 30′	5	
,, 9′	6		,, 31′	5	
,, 10′	5		,, 32′	6	29
,, 11′	5		,, 33′	7	
,, 12′	6	29	,, 34′	6	
,, 13′	6				
,, 14′	7		Doświadczenie zakończono.		

ciało obojętne nie może wpływać ani pobudzająco, ani hamująco. Doświadczenie to stwierdza słuszność wniosku, wysnutego z doświadczenia poprzedniego, że tłuszcz może zmniejszyć wydzielanie przez to, iż pokrywając szczelnie błonę śluzową tamuje dostęp treści jelita do niej. A zatem spostrzegane nieznaczne wydzielanie soku przed i po wprowadzeniu tłuszczu zależy nie od treści dwunastnicy i sąsiednich części jelita, ale od treści dalszych jego części.

Takie same wyniki osiągnąłem w 2 doświadczeniach na psie »Łysym« i 1 na psie «Czarnym«. U »Czarnego« do wprowadzenia tłuszczu do dwunastnicy, sok trzustkowy wydzielał się w ilości 191 podziałek w 20 min. Po wprowadzeniu tłuszczu, ilość jego cokolwiek spadła, do 184 160, 190, 160 na każde następne 20 min. Ponieważ w doświadczeniach na »Buldogu«, »Łysym« i »Czarnym« nie można było zauważyć zwiększenia wydzielania nawet i w $1^1/_2$ godziny po wprowadzeniu tłuszczu, to musi się dojść do przekonania, że zwiększenie spostrzeżone u »Białego« w 30 minucie (doświadczenie I.) po wprowadzeniu tłuszczu było wywołane przejściem kwaśnej treści żołądka do dwunastnicy wskutek osłabnięcia napięcia balonika. Dlatego w doświadczeniach następnych zwracaliśmy pilną uwagę, żeby balonik zamykał szczelnie. Tym sposobem dochodzimy do niezbitego wniosku, że tłuszcze obojętne nie wywołują wydzielania soku trzustkowego.

Jeżeli Doliński i Damaskin spostrzegali zwiększenie wydzielania, to przyczyną było to, że używali oni tłuszczów kupnych, które posiadają dość znaczną kwaśność i że wprowadzali je do żołądka, gdzie w obecności zaczynu tłuszczowego rozszczepiały się one na glicerynę i kwasy tłuszczowe; te zaś kwasy pobudzały wydzielanie soku trzustkowego. Tłuszcze obojętne zasadniczo różnią się od kupnych: w tłuszczach kupnych znajdujemy kwasy tłuszczowe obojętne. Z tego względu ciekawą bardzo było rzeczą zbadać, jaki wpływ wywierają na wydzielanie najlepsze gatunki oliwy kupnej, posiadające kwaśność niewielką. Już z góry można było przypuszczać, że wywołają one wydzielanie, chociaż być może w stopniu niewielkim. Przypuszczenie to najzupełniej sprawdziło się; za dowód służą doświadczenia II. grupy.

Grupa II. (Tłuszcze kupne).

Doświadczenie VI. 7. XII. 1909. Pies »Białeńki« wagi 11·5 kilo. Operowany 29. XI. 1909. Do dwunastnicy wprowadzono i rozdęto balonik (tabl. III.).

TABLICA III.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	Suma	Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	Suma
12 h. 17′	—		1 h. 6′	12	
,, 18′	7		,, 7′	11	
,, 19′	5		,, 8′	13	57
,, 20′	0	18	,, 9′	10	
,, 21′	2		,, 10′	11	
,, 22′	4		,, 11′	9	
,, 23′	1		,, 12′	10	
,, 24′	0		,, 13′	9	43
,, 25′	2	19	,, 14′	6	
,, 26′	5		,, 15′	9	
,, 27′	11		,, 16′	9	
37 podziałek w 10 minut.			,, 17′	9	
12 h. 28′	4		,, 18′	13	42
,, 29′	9		,, 19′	7	
,, 30′	4	22	,, 20′	4	
,, 31′	3		142 podziałki w 15 minut.		
,, 32′	2		1 h. 21′	10	
,, 33′	1		,, 22′	0	
,, 34′	1		,, 23′	1	31
,, 35′	5	10	,, 24′	11	
,, 36′	2		,, 25′	9	
,, 37′	1		,, 26′	10	
,, 38′	3		,, 27′	8	
,, 39′	1		,, 28′	6	41
,, 40′	8	28	,, 29′	9	
,, 41′	7		,, 30′	8	
,, 42′	9		,, 31′	7	
60 podziałek w 15 minut.			,, 32′	7	
Od 12 h. 42′ do 12 h. 50′ wprowadzono do dwunastnicy 50 cm sz. najlepszej oliwy (kwaśność 5·6⁰).			,, 33′	8	40
12 h. 50′	—		,, 34′	9	
,, 51′	4		,, 35′	9	
,, 52′	1		112 podziałek w 15 minut.		
,, 53′	9	33	1 h. 36′	7	
,, 54′	17		,, 37′	8	
,, 55′	2		,, 38′	7	37
,, 56′	21		,, 39′	7	
,, 57′	11		,, 40′	8	
,, 58′	10	60	,, 41′	3	
,, 59′	5		,, 42′	3	
1 h. —	13		,, 43′	6	22
,, 1′	9		,, 44′	5	
,, [illegible]	12		,, 45′	5	
,, 3′	12	59	,, 46′	0	
,, 4′	11		,, 47′	6	
,, 5′	15		,, 48′	6	30
152 podziałki w 15 minut.			,, 49′	6	
			,, 50′	6	
			89 podziałek w 15 minut.		
			Doświadczenie zakończono.		

Doświadczenie to pokazuje, że tłuszcz kupny o kwaśności 5·6⁰ zwiększa wydzielanie wprawdzie w niewielkim stopniu ale zupełnie wyraźnie. Do wprowadzenia tłuszczu wydzielało się 60 podziałek w 15 min.; po wprowadzeniu ilość ta zwiększyła się do 152, 142, 112, 89 na każde następne 15 minut. Rola wolnych kwasów tłuszczowych w sprawie wydzielania soku trzustkowego zupełnie jasno uwidocznia się w następnem doświadczeniu, w któ-

rem dla przyspieszenia rozszczepiania wprowadzono razem z tłuszczem i pewną ilość soku trzustkowego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

W sprawie odpowiedzi Prof. W. Orłowskiego [1]) słów kilka.

Napisał

Dr Marcin Selzer.

W odpowiedzi na wzmiankę moją w Nrze 15. »Przeglądu lekarskiego« o nieuwzględnieniu literatury polskiej w pracy o schorzeniach trzustki, przyznaje wprawdzie Prof. W. Orłowski, że pracę kol. Kostrzewskiego pominął z umysłu, stosując swój system selekcyjny, i że byłby moją pracę o odczynie Cammidgea niewątpliwie uwzględnił, gdyż »należę do tych pierwszych badaczy, którzy drukiem w czasopiśmie ogłosili, że odczyn Cammidgea może wystąpić dodatnio i u zdrowych«; uważa jednak równocześnie za wskazane pracę moją poddać krytycznej ocenie. Sądziłem, że przez ową wzmiankę i ewentualną odpowiedź, przyznającą jej słuszność, wyczerpie się dyskusya na ten temat. Jednakże szereg zarzutów, podniesionych przez Prof. Orłowskiego, zniewala mnie stanąć w obronie mojej pracy.

1) Dużo bardzo miejsca w obszernej odpowiedzi Prof. Orłowskiego zajmuje wyjaśnienie, że to nie Prof. W. Orłowski, tylko docent Z. Orłowski ową przytoczoną przezemnie pracę napisał. Za wyjaśnienie to jestem wdzięczny, bo nie znając języka rosyjskiego, nie mogłem tej pracy w oryginale przeczytać, a treść jej krótką zawdzięczam uprzejmości Prof. P. Cóż więc dziwnego, że nazwisko (imienia nie znałem) autora artykułu przeniosłem na znanego mi już z piśmiennictwa Prof. Orłowskiego.

2) Ustęp odpowiedzi Prof. Orłowskiego, w którym kwestyonuje on moje prawo pierwszeństwa co do wykrycia odczynu dodatniego u ludzi zdrowych, byłby niezawodnie odpadł, gdyby nie było uszło uwagi Prof. Orłowskiego, że wyraźnie przytaczam Rotha, Orłowskiego i autorów angielskich, którzy już przedemną odczyn dodatni znaleźli u zdrowych; zresztą ustęp odpowiedni mojej pracy zdaje mi się nie dopuszcza innego tłómaczenia.

3) Na zarzut skąpego materyału tylko tyle odpowiem: Wykonałem odczyn 6 razy u zdrowych, a 14 razy u chorych, z których tylko 5 okazywało objawy kliniczne, pozwalające przypuszczać jakąś sprawę chorobową trzustki, a mimoto z wyjątkiem jedynego wyniku ujemnego odczyn był zawsze (19 razy na 20 prób) dodatni. To wystarczyło mi do nabrania przekonania o nieswoistości odczynu Cammidgea, przekonania, potwierdzonego zresztą szeregiem prac późniejszych z tego zakresu. Gdyby mi wogóle chodziło o jakiekolwiek pierwszeństwo, byłbym pracę swoją zaraz po ukończeniu (początek 1909) ogłosił w języku niemieckim gwoli dostania się łatwiejszego do literatury nawet polskiej.

A teraz jeszcze jedno pytanie. Dlaczego Prof. Orłowski nie miał także tyle szkopułów umieszczenia licznych prac w swoim spisie literatury, które to prace oparte są również na małym materyale, że wspomnę tylko dla przykładu właśnie przez niego dla porównania przytoczoną pracę Rotha z Budapesztu, mającego materyał wcale nie obfity.

4) Wreszcie celem odparcia zarzutu nieumieszczenia przezemnie pracy polskiej kol. Kostrzewskiego tyle tylko powiem. W spisie literatury nieuwzględniłem wogóle żadnych prac, które się pojawiły po czerwcu 1909 i ten temat omawiały, a temsamem i pracy wyżej wspomnianej. Sprawa ta była dla mnie już wtedy zakończona. To widocznie uszło uwagi Prof. Orłowskiego.

[1]) Ob. Nr 19 »Przegl. lek.« r. b.

Oceny i sprawozdania.

Kilka słów o podręcznikach położnictwa dla położnych z powodu książeczki Prof. Dr Adama Sołowija: **»Nauka położnictwa dla położnych«.** (Lwów, nakładem Altenberga. Mała ósemka, 74 stronic druku, 8 rycin).

Sprawą u nas dość piekącą jest zawsze podręcznik do nauki położnictwa dla położnych. Niepodobieństwo bowiem napisać coś dobrego, gdy się wie, jak nizki jest poziom uczenic naszych szkół krajowych i tak długo nie pojawi się prawdziwie dobra książka, jak długo ten poziom będzie takim, jakim jest. Bo co tu pisać dla kobiet, które przedewszystkiem nie potrafią zrozumieć języka ludzi oświeconych i nie potrafią bez trudności wogóle czytać, a cóż dopiero pisać.

W pierwszym rzędzie należy ten poziom uczynić wyższym, przyjmując do szkoły jedynie uczennice, które ukończyły szkołę wydziałową lub conajmniej 4-klasową, które czytają biegle i piszą dość poprawnie. W ten sposób dzisiejszy materyał z rzeczywistem dobrem dla nauki zarazby się zmniejszył, jak przypuszczam o 60%. Przez rozpatrzenie się w nim przez pierwsze trzy miesiące, możnaby jeszcze niezdolne uczenice od nauki usunąć, a pozostałe odniosłyby korzyść z dobrego podręcznika.

W Prusiech uchwaliła komisya, powołana przez ministerstwo oświaty, wydać normalną książkę dla akuszerek, którą opracował Runge (Hebammen-Lehrbuch). W przedmowie do niej znajduje się taki ustęp znamienny: »In der Abfassung des Lehrbuches sollte die Absicht der königl. Staatsregierung, allmälich besser vorgebildete Elemente dem Hebammenstande zuzuführen, berücksichtigt werden«. A przecież i książka Piskačka: »Lehrbuch für Schülerinnen des Hebammenkurses«, z której się uczą uczennice austryackie, jest dobrym podręcznikiem, ale rozumie się dla wyższego poziomu uczenic.

Tymczasem Prof. Sołowij postanowił sobie wydać broszurkę, zastosowaną do najniższego poziomu uczenic, będącą mało czemś więcej, niż spisem rzeczy. Pomimo to ma ona, według słów przedmowy, być poradnikiem, który w każdej chwili ma udzielić położnej wskazówek co do postępowania. I rzeczywiście trzeba wszelkiemu dążeniu do czegoś lepszego nałożyć silny hamulec, trzeba w sobie stłumić wszystko, coby się powiedzieć chciało dla rozszerzenia czyjegoś pojęcia, aby się uciec do takiego wyciągu z wyciągów. Można się zgodzić z autorem, że »wartość położnej zawisła głównie od praktycznego wykształcenia w szkole«, ale musielibyśmy dojść, postępując za nim, do zupełnej negacyi potrzeby książki, którąby położnej w wyczerpujący dla niej sposób dała wszystko, którąby była każdej chwili pogłębieniem jej wiedzy i prawdziwą radą. Jeżeli zaś autor tej książeczki chciał sobie ułatwić pracę śród najgorszego materyału i dla najniższego poziomu ją przeznaczył, to mogła ona w postaci litograficznego zeszytu służyć do użytku czysto domowego, nie wychodząc po za mury szkoły pod szumnym tytułem »nauki położnictwa«. Jako repetitorium jest ona tem minimum, jakiego można wymagać, i byłoby pożądane, aby zła uczennica przynajmniej to na pamięć umiała.

Pomimo takiego skrócenia posiada broszura, jak na 74 stronic druku, dość liczne błędy i wady.

Najgłówniejsza część i dziś najważniejsza, aseptyka, jest traktowana, jak cała reszta, niedostatecznie nawet dla

najskromniejszych wymagań. O sublimacie, że jest najdzielniejszym środkiem po oczyszczeniu rąk mechanicznem i po alkoholu, niema mowy, naturalnie jako o środku, który dotychczas w Austryi nie mógł się stać urzędowym, pomimo że nim jest dawno w Niemczech. U nas zaś ma być używany »jedynie na wyraźne zlecenie lekarza«. O sodzie, której dodatek jest konieczny do wygotowywania szczotek, nożyczek i tasiemeczek, niema ani słówka, ale zato jest ustęp taki, że te przedmioty należy wygotować lub je poddać dłuższemu działaniu pary gorącej(!), co położna wykona zapewne nad garnkiem. Do braków aseptyki należy także pominięcie tej przestrogi, aby nie odprowadzać do macicy pępowiny, wypadniętej na zewnątrz przed części rodne.

Dowiadujemy się też z tej »nauki położnictwa«, że przez kość krzyżową przebiega kanał, w którym się mieści rdzeń (!) pacierzowy; że się poszczególne części miednicy ze sobą zrastają w panewce stawu biodrowego (tylko); że miednica mała przedstawia się jako pierścień od przodu wklęsły, od tyłu wypukły; że łożysko zapomocą pępowiny doprowadza krew do płodu, zupełnie tak, jakby ono było narzędziem, nadającem ruch krwi.

Jako części badania zewnętrznego żąda autor mierzenia obwodu miednicy, jako jedynego jej badania, podając, że każdym 5 cm obwodu zmniejszonego odpowiada 1 cm skrócenia sprzężnej wchodu. Musi autor sam temu wierzyć razem z Piskačkiem. Może się zatem obecnie, gdy ma wielki materyał, którym rozporządza, sam przekonać, że mierzenie obwodu miednicy może być uzupełnieniem zupełnie wyczerpanego innego mierzenia, że jednakowoż samo dla siebie niema żadnej wartości. Nieprawdą jest także, aby przy prawidłowym porodzie czaszkowym poprzedzało ciemiączko małe. Przodowanie tego ciemiączka świadczy o miednicy ogólnie ścieśnionej (ale może tak wypadało powiedzieć dla krótkości).

Polecaniem, aby położna w trzecim okresie porodowym kontrolowała, czy dno macicy nie posuwa się ku górze, cofamy się w czasy panowania szkoły K. Brauna, której ten okres tyle zawdzięcza złego. Trzeba przecie powiedzieć, że macica m u s i dnem wznosić się w górę w miarę obniżania się łożyska przez szyję do pochwy i że bez kropli krwi może dnem dosięgnąć do podżebrza, zwykle prawego. Ale trzeba podać cechy stanu prawidłowego, któremu nie należy przeszkadzać.

Dyetę płynną poleca autor przez 5 dni połogu, czem się również w dawniejsze czasy cofa, tak, że braknie chyba ziółek, złożonych ze ślazu, perzu i lukrecyi.

Lewatywek tuż po porodzie nie poleca u noworodków, i słusznie, ale znajduje miejsce na taką wycieczkę teoretyczną, że »smółka pozostała może mieć poniekąd wartość odżywczą dla płodu«.

Silne krwawienia po porodzie mają częściej pochodzić z pęknięcia pochwy (sic), niż z przedarcia szyi macicznej. Bardzo natomiast słusznym jest zakaz wymywania ust noworodków.

Język nie wszędzie poprawny, a już najlepiej się udał zwrot: »zapach odchodów połogowych nie powinien być cuchnący«. Często po przeczeniu używany biernik, zamiast dopełniacza. Słowo »w regule« zamiast »zawsze« lub »zwykle«, rozpanoszone, łożysko się »odrywa«, nie »odkleja«, i wiele innych podobnych.

Kończę, obawiając się, aby krytyka rozmiarami swymi nie przewyższyła krytykowanego dzieła, dodając, że wydawnictwem tem autor zupełnie się nie przysłużył nauce położnictwa dla położnych, przeciwnie przyczynił się dzielnie do obniżenia jej poziomu, co chyba nie powinno być jego zadaniem.

W. Bylicki.

M. H. F i s c h e r: **Obrzęk** (Das Oedem). Tłómaczenie z angielskiego na język niemiecki K. Schorra i W. Ostwalda, str. VIII. 223, 53 rycin. Nakład Th. Steinkopffa. Drezno 1910, cena 6 marek.

Praca profesora fizyologii w uniwersytecie w Cincinati, nagrodzona przez »College of Physicans« w Filadelfii. Tytuł jej »Obrzęk« oddaje tylko cząstkę omawianego przedmiotu; treścią jej bowiem jest sprawa wiązania wody przez komórkę tak roślinną, jak zwierzęcą; przedmiot pierwszorzędnej wagi w biologii, znaczenia ogólnego, dlatego interesujący zarówno biologa, fizyologa, patologa, jak i lekarza. Wynik bardzo licznych badań na materyale nieuorganizowanym i uorganizowanym opiewa: Przyczyna obrzęku leży w tkankach; tkanki przy powstawaniu obrzęku zachowują się czynnie, nie biernie; mechanizm powstawania obrzęku i mechanizm wiązania wody przez komórkę jest ten sam. — Ilość wody, którą komórka posiada, zależy prawie wyłącznie od jakości i postaci kolloidów komórki. Dowodem tego zupełna zgodność pod względem wiązania wody między takimi kolloidami, jak włóknik, żelatyna z jednej strony, a mięśnie, gałka oczna i inne narządy z drugiej.

Wiązanie wody przebiega według następujących praw: 1) Kolloidy (więc i narządy) pęcznieją w kwasach lub zasadach silniej, niż w wodzie przekroplonej; równowartościowe rozczyny różnych kwasów, względnie zasad, mają różny wpływ na chłonienie wody; stopień pęcznienia kolloidów zależy od zgęszczenia kwasów, względnie zasad. 2) Obecność soli w rozczynie kwasu lub zasady zmniejsza zdolność pęcznienia kolloidów: to działanie różnych soli jest różne, zawsze jednak wprost proporcyonalne do stężenia soli. 3) Pochłoniętą wodę kolloidy oddają łatwo. 4) Nieelektrolity nie mają tego wpływu na pęcznienie kolloidów, co elektrolity.

Jakość, ilość i stosunek wzajemny wymienionych czynników stanowi o zachowaniu się kolloidów względem wody. Obrzęk następuje zawsze wtedy, jeśli zdolność chłonienia wody przez kolloidy komórki wzrośnie ponad stopień chłonienia, który określany bywa jako prawidłowy. Główną przyczyną wzmożonego zapotrzebowania wody przez kolloidy komórki jest nagromadzenie się kwasów w tkankach. Liczne badania wykazują, że takie nagromadzenie się kwasów zachodzi we wszystkich tych stanach ustroju, którym towarzyszą obrzęki; obrzęki, występujące we wszystkich schorzeniach, klinicznie od siebie zupełnie różnych, mają jedną i tę samą przyczynę: zmniejszenie zasadowości soków i tkanek ustroju, względnie nagromadzenie się w nich kwasów. — Jakość krążenia ma znaczenie podrzędne, o tyle tylko, o ile wpływa na chemizm tkanek i stanowi źródło wody, z którego tkanki ją czerpią.

Patogenezę obrzęku płuc omawia autor w osobnym rozdziale, — tylko dlatego, że ogólnie przyjęto, iż obrzęk płuc jest wyrazem niestosunku siły roboczej między prawą, a lewą komorą. Jak niesłuszne jest tłómaczenie, że obrzęki są następstwem wzmożonego ciśnienia śródnaczyniowego, — tego dowodzi codzienne doświadczenie kliniczne: obrzęki z powodu niedomogi serca pod wpływem naparstnicy ustępują, — naparstnica zaś zwiększa ciśnienie śródnaczyniowe. Jaskra powstaje nie dlatego, jakoby płyn z naczyń krwionośnych był wyciskany do tkanek gałki ocznej, ale przeciwnie dlatego, że tkanki z powodu zmienionego chemizmu więcej wody chłonąć są zdolne. — Wpływ soli na wiązanie wody, wymieniony pod 2) i własności kolloidów, wymienione pod 3), tłómaczą skuteczne stosowanie okładów z rozczynów różnych soli w przypadkach obrzęków miejscowych, dalej tłómaczą działanie moczopędne soli. (Moczopędne działanie soli objaśnia autor w doświadczeniach na modelu, naśladującym nerkę). Powyższe własności soli były myślą przewodnią autora przy stosowaniu około 4·5% rozczynu cytrynianu sodowego w postaci wstrzykiwań podspojówkowych (w ilości 5—15 kropel) w przypadkach jaskry; napięcie gałki ocznej ustępuje w 10 minut po wstrzyknięciu zupełnie, co więcej opada nieraz poniżej poziomu prawidłowego, objawy podmiotowe ustępują, a stan taki utrzymuje się 3—6 dni. Stosowanie wstrzykiwań cytrynianu sodowego w przypadkach

iaskry uważa autor w doraźnem działaniu za środek o wiele skuteczniejszy, niż wszelkie inne dotychczas w tym celu stosowane. Ten sam środek w postaci wstrzykiwań stosował autor z dobrym skutkiem w przypadkach zapaleń stawu kolanowego; — ból i obrzęk ustępowały wkrótce po wstrzyknięciu, a stan taki utrzymywał się kilka dni.

Własnościami kolloidów tłómaczy autor chłonienie wody w przewodzie pokarmowym, wydzielanie jej przez nerki, objawy wzrostu ustrojów, zachowanie się krwinek i innych komórek w płynach tak zwanych »izotonicznych«. Ciśnienie osmotyczne nie tłómaczy tych zjawisk; wszelkie pojmowanie komórki jako systemu osmotycznego, z otoczką przepuszczającą tylko wodę, czy też wodę i niektóre ciała, czy wreszcie z otoczką o charakterze lipoidów, nie tłómaczy ani odżywiania się komórki, ani wydzielania z niej produktów przemiany materyi; ciśnienie zaś osmotyczne, jakie przedstawiają sole komórki, ani w przybliżeniu nie wystarcza do utrzymania tej ilości wody, którą komórka posiada. Badania wykazały, że rozczyny różnych ciał »izotoniczne«, tak zwane z powodu ich zachowania się wobec komórek, ze stanowiska fizyki izotonicznymi nie są. Hemolizę, (wywołaną nie przez ciała swoiste), tłómaczy autor tak: w wodzie krwinki pęcznieją i oddają barwik, obecność soli w wodzie, zależnie od jakości i stężenia soli, przeszkadza pęcznieniu krwinek, przy pewnem zgęszczeniu krwinki wody nie chłoną i nie oddają barwika — i to jest tak zwany rozczyn »izotoniczny«; więc nie dlatego, jakoby przedstawiał to samo ciśnienie osmotyczne, które ma mieć komórka, ale dlatego, ponieważ zawiera tyle soli, ile wystarcza, by nie pozwolić kolloidom komórki wodę chłonąć. Pojmowanie komórki jako kolloidu wyjaśnia wszystkie te zagadnienia, których ciśnienie osmotyczne nie tłómaczy; więc i ilość wody związanej przez komórkę (kolloidy wody kilkanaście razy więcej chłoną, niż same ważą); i różnicę między izotonią fizyologiczną, a fizyczną (wpływ soli na kolloidy zależy nietylko od ich stężenia, ale i od ich jakości), dalej zachowanie się komórek wobec kwasów, zasad, zachowanie się tak bardzo różne od praw osmotycznych. Ciśnienie osmotyczne, zdaniem autora, w zjawiskach biologicznych wcale niema tego znaczenia, jakie się mu przypisuje, — kolloidy natomiast odgrywają w nich rolę pierwszorzędną. Kostrzewski.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Ebstein. **Niedomoga mięśnia sercowego przy przewlekłem zaparciu stolca oraz kilka uwag o towarzyszącym temu cierpieniu białkomoczu.** (Münch. med. Woch. 1911 Nr 12). Autor miał sposobność spostrzegać kilka przypadków, w których wskutek przewlekłego zaparcia stolca powstała przewlekła niedomoga mięśnia sercowego, objawiająca się zwiększeniem granic stłumienia serca, dusznością, obrzękami, powiększeniem wątroby i t. p. Bezpośrednią przyczyną tej niedomogi było przesunięcie i ucisk serca, wskutek wyparcia ku górze przepony przez nagromadzone w przewodzie pokarmowym gazy. W kilku innych przypadkach zauważył autor przy zaparciu stolca pojawienie się białka i wałeczków w moczu, które znikały po usunięciu tego cierpienia. Przy zwiększeniu tedy granic serca stwierdzić należy, czy nie zostało ono wywołane przez przesunięcie serca skutkiem ucisku wypartej ku górze przepony, gdyż w tym przypadku łatwo uwolnić można chorego od przykrych objawów ze strony serca, usuwając przyczyny, wywołujące wysoki stan przepony, do których w wielu przypadkach należy zaparcie stolca. Zanim zaczniemy niepomyślnie rokować stwierdziwszy białko i wałeczki w moczu, trzeba przedewszystkiem usunąć istniejące równocześnie zaparcie stolca, gdyż po jego usunięciu zniknąć również mogą objawy ze strony nerek. Zaparcie stolca leczy E. systematycznie lawatywami z oliwy, po których w 3—4 godzin stosuje lawatywę ze 100 gr. wody lekko słonej. Sokołowski.

Doc. Hoke. **Elektrokardyogram w przypadku zupełnego odwrotnego ułożenia trzew.** (Münch. med. Woch. 1911 Nr 15). Wiadomą jest rzeczą, że zmiany w położeniu serca wywierają wpływ na krzywą elektrokardyograficzną. Stwierdzono to doświadczalnie na zwierzętach i u ludzi w przypadkach przesunięcia serca skutkiem wysięku opłucnego przy dekstrokardyi. Autor miał sposobność w przypadku zupełnego odwrotnego ułożenia trzew potwierdzić spostrzeżenie poprzedników, którzy na podstawie otrzymanej krzywej doszli do wniosku, że w przypadkach takich także i przebieg podniet w mięśniu sercowym odwrotny ma kierunek. Elektrokardyogram taki jest do pewnego stopnia odbiciem w lustrze krzywej prawidłowego serca; wszystkie trzy główne załamki zwrócone są ku dołowi, zamiast ku górze. Sokołowski.

Laser. **O objawach tyreotoksycznych i leczeniu ich antytyreoidyną.** (Münch. med. Woch. 1911 Nr 13). Przy t. zw. objawach tyoreotoksycznych uzyskał autor w kilku przypadkach bardzo dobre wyniki przez stosowanie antytyreoidyny Mercka. Poprawiał się przytem wybitnie stan podmiotowy, serce uspokajało się, a nawet obwód szyi się zmniejszał. Antytyreoidyna działa w podobnych przypadkach znakomicie, a jedynie wysoka jej cena (10 gr. kosztuje 6 marek) stoi jeszcze na przeszkodzie szerszemu jej rozpowszechnieniu. A. M.

Bardacher. **Technika wydymania żołądka.** (Münch. med. Woch. 1911 Nr 12). Celem oznaczenia granic żołądka posługujemy się dwiema metodami, albo metodą wydęcia żołądka bezwodnikiem kwasu węglowego, lub też wydymamy żołądek zapomocą zgłębnika. Autor jest przeciwnikiem metody pierwszej i opisuje dwa przypadki, gdzie po podaniu choremu mieszaniny sody i kwasu winnego nastąpił raz silny krwotok żołądkowy, a w drugim przypadku zatrważające objawy ze strony serca. Autor poleca natomiast wydymanie żołądka zapomocą zgłębnika, gdyż w tym przypadku ilości wdmuchiwanego powietrza można dowolnie dawkować. Ponieważ jednakże przy tym sposobie wydymania powstaje często u chorych zrywanie na wymioty, przyczem cząstki pokarmów dostają się do balonu i zanieczyszczają go, autor poleca więc, celem zapobieżenia temu, użycie specyalnej rury szklanej, którą się wstawia pomiędzy sondę żołądkową a balon. Sokołowski.

Rolly. **Paratyfus.** (Münch. med. Woch. 1911 Nr 11 i 12). Autor dzieli przypadki zakażenia prątkami paratyfusu B na dwie grupy, stosownie do przebiegu klinicznego; obraz chorobowy jednej jest prawie zupełnie podobny do duru brzusznego, druga grupa przypadków przebiega pod postacią ostrego zapalenia jelit lub cholery swojskiej (wiele tego rodzaju epidemii opisano w ostatnich czasach). Opierając się na ostatniej przez siebie spostrzeganej epidemii, sądzi R., że objawy tej formy wywołane są nie przez same prątki, lecz przez ich toksyny. O wiele rzadszą jest forma, wywołana nie przez toksyny, lecz już przez same prątki, przebiegająca pod postacią duru. R. przeprowadzając porównanie, na podstawie własnych spostrzeżeń, między durem a durowatą formą paratyfusu, stara się odpowiedzieć na pytanie, czy odróżnienie tych dwu spraw, jako osobnych jednostek chorobowych, jest słuszne. Czas wylęgania zdaje się być krótszy przy paratyfusie. Chorobę tę rozpoczynają objawy podobne do durowych, jak dreszczyki, gorączka, brak apetytu, ból głowy, ból w krzyżach, nadzwyczaj rzadko wymioty, częściej już biegunka, z reguły jednakże chorzy mają stolec prawidłowy lub też zaparty. Gorączka wznosi się nieco szybciej, niż przy durze i trwa nieco krócej. We wszystkich prawie przypadkach, spostrzeganych przez autora, występowało zwolnienie tętna; zwolnienie to było jednakże wybitniejsze, niż przy durze. Co do wysypki, to ta była częściowo taka sama, częściowo znaczniejsza, w kilku przy-

padkach pojawiła się wcześniej, bo już w trzecim dniu choroby. Wyjątkowo zauważył R. w samym początku choroby opryszczki na wargach. Zmiany w przewodzie pokarmowym wybitnych różnic nie przedstawiały, język tak samo suchy, obłożony, często w początku nieżytowe zapalenie gardła i krtani, wzdęcie, biegunki lub zaparcie stolca, powiększenie śledziony. Białkomocz gorączkowy R. stwierdzał rzadko, częściej już indykan w moczu. Odczyn dwuazowy Ehrlicha wypadł tylko w ciężkich przypadkach dodatnio. Leukopenia była regułą, jednakże stwierdzał R. także prawidłową ilość ciałek białych we krwi. Surowica chorych na paratyfus aglutynowała w bardzo znacznem rozcieńczeniu prątki paratyfusu B, natomiast prątków paratyfusowych A i durowych nie aglutynowała prawie zupełnie. Ta właściwość surowicy chorych na paratyfus jest bardzo różną od właściwości surowicy, chorych na dur, która często, bardzo nawet silnie, aglutynuje prątki paratyfusu B. Objawy ze strony układu nerwowego, jak senność, apatya, majaczenie, zjawiały się bardzo rzadko. Pod względem anatomo-patologicznym różnicy prawie niema, można tylko powiedzieć, że przy paratyfusie narząd limfatyczny przewodu pokarmowego rzadziej bywa zajęty. Porównując tedy objawy kliniczne i zmiany anatomiczne przy durze i paratyfusie, dochodzi R. do przekonania, że wprawdzie paratyfus posiada wiele cech odmiennych, jednakże wszystkie te odmienne własności przydarzyć się również mogą i przy durze, autor zatem sądzi, że niema zupełnie podstaw oddzielania zakażenia paratyfusowego od durowego. Sokołowski.

Lüdke i Sturm. **Białkomocz ortotyczny przy gruźlicy.** (Münch. med. Woch. 1911 Nr 19). Wiadomo obecnie, że często wystąpić może białkomocz bez wykazalnych zmian w nerkach, np. przy dłuższej postawie wyprostowanej. Przyczyn dopatrywano się tutaj różnych; między innemi niektórzy uważają białkomocz za objaw toksyczny, występujący po przebyciu chorób zakaźnych, a także przy gruźlicy. Co do tej ostatniej sprawy przeprowadzili autorzy badania i stwierdzają, że w wielkiej liczbie przypadków gruźlicy, nawet utajonej w początkach (na 140 badań w 104), zjawia się po godzinnem staniu w kilka godzin białko (euglobuloza) w ilości 0·2—1·0 pro mille, (a nawet czasem i prątki), tak, że objaw ten naodwrót budzi podejrzenie istnienia gruźlicy w ustroju. Nawet u osób zdrowych (na 10 przypadków w 4) zjawia się białkomocz po wstrzyknięciu zawiesiny prątków gruźliczych, co dowodzi toksycznego pochodzenia białka. K.

Schade. **W sprawie tworzenia się złogów.** (Münch. med. Woch. 1911. Nr 14). Do tworzenia się złogów i kamieni potrzebne są prócz soli także substancye kolloidalne (t. j. jak białko, śluz, pozornie zupełnie rozpuszczające się w wodzie), wywołujące właśnie warstwową budowę kamieni. Budowa promienista w kamieniu dowodzi już zmian drugorzędnych, lub też znamionuje kamienie cholestearynowe, t. j. powstające ze skrystalizowania się zawiesiny cholestearynowej. Główną przyczyną tworzenia się kamieni są zwykle sprawy zapalne lub nieżytowe, wywołujące właśnie zwiększone wydzielanie kolloidów, np. śluzu. By kamień się rozpuścił, nie dość jest rozpuścić sole, trzeba także rozpuścić szkielet kolloidowy. Poza ustrojem łatwo to osiągnąć antyforminą, rozpuszczającą kolloidy. W mniejszym stopniu działają podobnie kwasy, alkalia, ew. zaczyny, co czasem spostrzegamy także w ustroju, np. nadżerki kamieni w ropie, ew. rozpuszczanie się kamieni bilirubinowych pod wpływem fermentów w jelitach. Jednakże w ustroju dotąd nie udaje się wpływać sztucznie na rozpuszczanie kamieni, a jedynie tylko można przez odpowiednie środki (zwłaszcza balneologiczne) zapobiegać powiększaniu się kamieni i tworzeniu się nowych. Sposoby, zapobiegające tworzeniu się włóknika, będą zarazem zapobiegały tworzeniu się kamieni. (Że naturalne rozpuszczanie jest możebne, dowodzi napewno fakt, spostrzegany u raka (astacus fluviatilis). U raka tworzą się w bocznych jamach żołądka złogi wapniowe (racze oczy), które w razie zmiany skorupy zwierzęcia dostają się do właściwego żołądka, tu rozpuszczają się zupełnie, ulegają wessaniu i dostarczają materyału na nową skorupę). K.

Izabolinskij. **Ujemne własności antyforminy.** (Wraczebn. Gaz. 1911 Nr 17). Iz. twierdzi na zasadzie swoich doświadczeń, że nie wszystkie rodzaje laseczników gruźliczych są odporne na działanie 15—20% rozczynu antyforminy w ciągu 5—6 godzin. Laseczniki gruźlicze, które przy zabarwieniu według Ziehla mają postać cieniutkich, słabo zabarwionych, złożonych z osobnych ziarenek laseczek, nie wytrzymują działania antyforminy i rozpuszczają się doszczętnie. Plwocina taka po zastosowaniu antyforminy zawiera zazwyczaj mniej laseczników, niż przed jej zastosowaniem. Autor gorąco poleca przed zastosowaniem antyforminy przyrządzać preparaty zwykłym sposobem, uważnie wybierając stosowne części plwociny. A. Modrzewski.

Skaczewskij. **Wartość kliniczna odczynu Weinberga dla rozpoznawania bąblowca.** (Russkij Wracz. 1911 Nr 17). Skaczewskij, zestawiając dane z literatury, a także ze swoich własnych 6 przypadków, dochodzi do następujących wniosków: 1) Surowica chorych na bąblowca prawie zawsze zawiera dostateczną dla ich wykrycia ilość swoistych niweczników. 2) Płyn mózgowo-rdzeniowy niweczników nie zawiera, prócz tych przypadków, gdzie bąblowiec umiejscowiony jest w mózgu. 3) Odczyn Weinberga jest bardzo swoisty, t. j. udaje się tylko z jego antygenem. 4) Jednokomorowy i wielokomorowy bąblowiec daje się wykryć zapomocą jednego i tegosamego antygenu. 5) Odczyn Weinberga jest ściślejszym i stalszym, niż odczyny precypitacyjne Fleisa i Lisburnea. 6) Eozynofilia nie daje dostatecznej podstawy do rozpoznawania bąblowca. 7) Ilość procentowa eozynofilów i odczyn Weinberga nie są równoległe. 8) Zamieranie bąblowca, zropienie torbieli i choroby gorączkowe nie wpływają na ilość niweczników. 9) Po operacyi, jeżeli torbiel nie została doszczętnie usunięta, to ilość niweczników wzrasta; po zupełnem usunięciu torbieli niweczniki wykrywa się jeszcze bardzo długo. A. Modrzewski.

Chirurgia.

Prof. Wołkowicz. **O pewnem zjawisku przy ponawiającem się zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (Russkij Wracz 1911 Nr 14). Ostatnimi czasy, badając chorych na nawracające zapalenie wyrostka, zwrócił Wołkowicz uwagę na zmiany w szerokich mięśniach prawej strony brzucha. W porównaniu ze stroną lewą są one zwiotczałe, a ściana brzuszna wogóle większa i podatniejsza; palcami wyczuwa się jakby jej włóknistość. Spostrzegamy zatem objaw przeciwny temu, jaki widzimy przy ostrem zapaleniu wyrostka. W zapaleniu ostrem występuje odruchowy skurcz mięśni. Gdy się to powtarza wielokrotnie, odżywianie mięśni szwankuje i sprawa się kończy mniej lub więcej wybitnym zanikiem tkanki mięsnej. Ową zmianę w mięśniach spostrzega się według W. w każdem bez wyjątku nawracającem zapaleniu wyrostka. Dążąc do ścisłego określenia różnicy w napięciu mięśni, W. w swych badaniach posiłkował się przyrządem Exnera i Tandlera. M. Łążyński.

Prof. Wołkowicz. **Przyczynek do leczenia przetok prącia.** (Russk. Wracz. 1911 Nr 16). Leczenie przetok cewki moczowej w jej części jamistej należy i dzisiaj jeszcze do trudnych zadań chirurgii. Sposób, rokujący najlepsze wyniki, polega zdaniem W. na wyodrębnieniu cewki moczowej, wycięciu (resectio) części z przetoką i zeszyciu końców. W. stosuje wpochwienie końca odśrodkowego do obwodowego po poprzedniem usunięciu z końca obwodowego błony śluzowej na pewnej przestrzeni. W. przytacza kilka przypadków przez siebie operowanych z dobrym wynikiem. M. Łążyński.

Położnictwo i ginekologia.

S. Zarieckij. **Glikogen łożyska krążkowatego. Rola błony doczesnej i łożyska w odżywianiu płodu wę-**

glowodanami. (Żurnał akusz. i żens. bol. 1911 kwiecień). Na zasadzie badań, dokonanych w klinice położniczej Tarniera w Paryżu, dochodzi Z. do następujących wniosków: Tworzenie się łożyska krążkowatego (u człowieka, gryzoniów) odbywa się na podstawie pierwotnej tkanki doczesnej. Tkanka doczesna posiada zdolność wytwarzania glikogenu. Czynność doczesnej w tym kierunku przejawia się w sposób podobny do sprawy wydzielania wewnętrznego. Glikogen, wytworzony zapomocą tkanki doczesnej, bywa pochłaniany w sposób energiczny przez plazmodyum zewnątrzłożyskowe, gdzie się nagromadza i tworzy większe lub mniejsze zbiorniki zapasowe. W miarę potrzeby plazmodyum zewnątrzłożyskowe dostarcza płodowi niezbędnej ilości węglowodanów w postaci glikogenu. Plazmodyum łożyska krążkowatego pochłania prawdopodobnie glikogen nietylko z tkanek błony doczesnej, lecz także ze krwi macierzystej, która otrzymuje glikogen, krążąc w błonie doczesnej. Mechanizm tworzenia się zbiorników zapasowych w plazmodyum u różnych zwierząt nie jest jednakowy i zależy oczywiście od warunków miejscowych krążenia krwi. W łożysku np. świnki morskiej plazmodyum tworzy odrębny narząd, który Z. proponuje nazwać »placenta glycogenica«. U kobiety glikogen doczesnej zostaje pochłonięty przez plazmodyum, które wydziela kosmki, wgłobiające się w tkankę doczesnej.

M. Pietkiewicz.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z d. 18 lutego 1911 r.

Obecnych 16 członków.

I. Kol. Broniatowski wygłosił odczyt p. t.: **Appenditis gangraenosa sub partu.** (Druk. w Nr 2 Nowin lekarskich w 1911 r.).

W dyskusyi zwraca kol. Biegański uwagę na trudności rozpoznawcze zapalenia wyrostka u położnic. Obraz kliniczny tej choroby i prawostronnego zapalenia przydatków macicy jest prawie jednakowy. W początkach choroby niema ani jednego objawu, któryby mógł rozstrzygać o sprawie.— Kol. Broniatowski odpowiada, że pewne usługi w takich razach oddaje badanie przez pochwę. Występowanie bólu przy ruchach wahadłowych macicy świadczy o zajęciu przydatków, brak bólu — o zapaleniu wyrostka. — Zdaniem kol. Wrześniowskiego objaw ten jest niepewny wobec zajęcia otrzewnej w jednej i drugiej sprawie chorobowej. Jedynem kryteryum w razach wątpliwych może być tylko cięcie brzuszne.

II. Kol. Biegański mówił **o działaniu adrenaliny.** Po przytoczeniu starych doświadczeń Brown-Sequarda, polegających na wycinaniu zwierzętom obu nadnerczy, kol. B. mówi o czynności i znaczeniu tego narządu dla ustroju człowieka i zwierząt, opisuje doświadczenia Cybulskiego i Szymonowicza, którzy stosowali śródżylne wstrzykiwania wyciągu z nadnerczy, przedstawia działanie fizyologiczne otrzymanej z wyciągu adrenaliny, opisuje wpływ jej na naczynia krwionośne i ciśnienie krwi, na rozszerzenie źrenicy i występowanie cukromoczu, w końcu omawia najważniejsze wskazania lecznicze. Oprócz krwotoków z nosa i gardła stosowano adrenalinę w miękn ieniu kości (osteomalacia) i krzywicy, w zapadzie podczas różnych spraw brzusznych, w krwotokach atonicznych poporodowych.

W dyskusyi zabierali głos: koł. Wrześniowski i pan Nowak.

Sekretarz: Rozenfeld.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

XVI. Ogólne doroczne naukowo - administracyjne posiedzenie w dniu 11. (24) lutego 1911 r.

(Ciąg dalszy).

d) Sprawozdanie z działalności Wydziału farmaceutycznego przedstawił sekretarz p. Boharewicz:

W roku ubiegłym, 1910, odbyły się 3 posiedzenia, poświęcone przeważnie sprawom zawodowym. Dwa z nich odbyły się w mieszkaniu p. Edmunda Chrzanowskiego, deputata do Rady Medycznej, ostatnie zaś w sali »Ogniska Polskiego«. Wygłoszono szereg odczytów, mianowicie: 1) o środkach patentowanych zagranicznych, 2) o kasie emerytalnej farmaceutycznej, 3) o nowej ustawie farmaceutycznej, 4) o kodeksie karnym za przewinienia zawodowe farmaceutyczne, 5) o ostatniem wydaniu farmakopei austryackiej w opracowaniu docentów Uniwersytetu Jagiellońskiego Drów Ignacego Lembergera i Stanisława Droby w związku z farmakopeą rosyjską, wydaną w 1910 r. i Brukselską Konferencyą międzynarodową o czynnej sile (standaryzacyi) lekarstw. W r. 1910 było w Wydziale farmaceutycznym czynnych członków 17. Na pierwszem posiedzeniu było 14, na drugiem 12, przy 3 gościach, na trzeciem, 10 i 4 gości. Z liczby członków sekcya utraciła ogólnie znanego i poważanego ś. p. Aleksandra Lipińskiego, zmarłego d. 4. grudnia 1910 roku. Wielka to strata dla naszego stowarzyszenia, które miało w Nim zawsze zacnego, uczynnego i oddanego pracownika, jak i dla kolonii polskiej w Petersburgu, która straciła działacza na polu społecznem i dobroczynnem. Zgasłemu przedwcześnie koledze Związek złożył wieniec na trumnie, a na ogólnem posiedzeniu Związku przewodniczący Sekcyi p. Edmund Chrzanowski wygłosił słowo pośmiertne z wyliczeniem zasług zmarłego.

e) Sprawozdanie sekretarza Wydziału technicznego, inż. Kotarskiego:

Wydział techniczny »Związku« został utworzony w marcu roku ubiegłego. Na zebraniu organizacyjnem zostali wybrani do Zarządu inżynierowie: Kątkowski, Peretiatkowicz, Korsak i Kotarski. Członków liczy Wydział obecnie około 220. Wydział odbył 4 posiedzenia, na których zostały wygłoszone następujące odczyty: 1) Inż. Jaczewski: »O azbeście w kraju Minusińskim«. 2) Inż. Byszewski: »O budowie mostu Ochteńskiego«. 3) Inż. Peretiatkowicz: »O planowaniu miast«. 4) Inż. Czarnocki: »O nafcie majkopskiej«. 5) Inż. Dybowski: »O budowie pancerników«. 6) Inż. Jarkowski: »O ciekłem powietrzu«. Odczyty zazwyczaj były ilustrowane rysunkami, fotografiami, pokazami, a doświadczenia, wykonane przez kol. Jarkowskiego w czasie odczytu o ciekłem powietrzu, wywołały ogólne zaciekawienie innych wydziałów, osobliwie lekarskiego. Ilość obecnych na odczytach wahała się od 25 do 50 osób.

Poza tem Wydział techniczny zorganizował następujące wycieczki: 1) Pod kierunkiem inż. Bykowskiego obejrzeliśmy budowę mostu Ochteńskiego. 2) Pod kierunkiem inż. Polkowskiego widzieliśmy budowę meczetu. 3) Inż. Dybowski pokazał nam warsztaty budowy okrętów i pancernik »Andrej Pierwozwannyj«. 4) Pod kierunkiem inż. Nebelskiego zwiedziliśmy nową filtroozonową stacyę w Petersburgu. Ilość obecnych na wycieczkach wahała się około 20.

f) Sprawozdanie skarbnika Komitetu budowy szpitala polskiego w Petersburgu, Dra Hattowskiego:

1) Gotówki w kasie 19·34 rs. 2) Kapitał umieszczony w rękach prywatn. w papierach i gotówce 4066·52 rs. 3) W Petersb. Oddziale Warsz. Banku handlowego w papierach i gotówce 1444·84 rs. 4) Premiówka Banku szlacheckiego 314·85 rs. Na sumę tę złożyły się A, I. Kapitał »Opieki lekarskiej« 1054·48 rs. II. Dochód z przedstawień (netto) 3425·86 rs. Razem 5845·55 rs. III. Ofiary 834·85 rs. IV. Procenty netto 280·84 rs. B. Dochody w roku 1910 a) obl. $4^1/_2$% Mikoł. Tow. Kredytowego miejskiego 72 rs. b) Procent na kapitał w ręku prywatn. 161·29 rs. c) Procent z Banku Warsz. 16·23 rs. Razem 5845·55 rs.

Rachunek ten nie daje obrazu całegu ruchu kapitału za rok cały, tylko od d. 4 marca 1910 do 1 stycznia 1911 r. Nie uwzględniono różnicy kursu papierów, jakkolwiek różnica ta jest znaczną, bo stanowi 369·50 rs. na korzyść komitetu; w ten sposób po zrealizowaniu dzisiaj naszych papierów mielibyśmy gotówki więcej o tę sumę. Różnica ta nie została wpisana do ksiąg rachunkowych. Wobec tego, że bank daje obecnie 4%, przeto część kapitału w celach zwiększenia dochodu umieszczono w ręku prywatnym, jak to miałem zaszczyt podać do wiadomości Walnego Zgromadzenia w roku zeszłym. Wobec tego, że wyraźnych wskazówek w tej sprawie nie odebrałem, przeto dotąd nie wycofałem kapitału z rąk prywatnych, co dawało 8%. Prosze Zgromadzenie o wypowiedzenie swego zdania tak w sprawie powyższej, jakoteż co do premiówki, nabytej z rozporządzenia Komitetu. Co do tej ostatniej, to asekuracya wynosi rocznie 10·40 rs.; % daje 4·75 rs. Kapitał zaś, umieszczony chociażby na 4%, dałby 13·44 rs. czyli że mamy straty rocznie 19·9 rs.

Co do dochodów w roku ubiegłym, to stanowią one sumę 202·64 rs., która się złożyła z % od naszych kapitałów i ofiary Dra I. Soroczyńskiego (z Antopola) 10 rs. W roku ubiegłym Komitet nie mógł, jak w latach poprzednich, urządzić żadnego przedstawienia i tylko odsetki stanowiły nasze zyski. Wobec tego, że praca dla sprawy społecznej zabiera dużo energii i czasu, więc zmiana pracowników byłaby pożądana dla naszej sprawy; zresztą jest to moje zdanie osobiste i do rozkazu Zgromadzenia zastosuję się najzupełniej.

g) Sprawozdanie skarbnika »Związku« Dra K. Ulińskiego: Czystej pozostałości do 1910 r. (czyli za dwa lata istnienia) w kasie było 1739·85 rs. za 1909 r. otrzymano składki od 12 członków; za 1910 rok od 75 członków. Składkę dożywotnią otrzymano od jednego członka, Dra medycyny Michała Boczkowskiego. Cały kapitał »Związku«, znajdujący się w Rosyjskim Banku dla zewnętrznego handlu został w roku ubiegłym przelany do Peters. Oddziału warszawskiego Banku handlowego. Ze sprzedaży sprawozdań z posiedzeń »Związku« za 1908 i 1909 r. uzyskano 35 rs. Odsetki z kapitału »Związku« wynosiły za rok 1910 44·97 rs. W roku ubiegłym wydrukowano spis członków »Związku« według pięciu wydziałów, co stanowi największy rozchód za 1910 r. 93·50 rs. Ogólny dochód za 1911 r. wynosił 2336·82 rs., rozchód 169·69 rs., a zatem czysta pozostałość na r. 1911 wynosi 2167.13 rs.

h) Sprawozdanie bibliotekarza, Dr Jastrzębskiego: W r. 1910 biblioteka znacznie się powiększyła, gdyż wpłynęły do niej: dar spadkobierców po ś. p. Drze Kaczanowskim i dar wdowy po Drze Adamie Sapacz-Sapoczyńskim. Księgozbiór ś. p. Dr Kaczanowskiego wynosi 150 tomów, oprócz znacznej ilości pism lekarskich z dziedziny chirurgii i ginekologii, przeważnie w językach niemieckim i francuskim. Lekarsko-przyrodnicza biblioteka ś. p. Dr Sapacz-Sapoczyńskiego zawiera dużo cennych podręczników lekarskich i przyrodniczych i oprócz tego całą realną encyklopedyę Eulenburga. Razem tomów 160. Dr Władysław Janowski nadesłał pracę p. t.: »Współczesne badania serca«. Dr Józef Jaworski z Warszawy ofiarował do biblioteki 57 swych prac naukowych. Biblioteka w roku ubiegłym otrzymywała następujące pisma lekarskie: »Przegląd lekarski«, »Nowiny lekarskie«, »Medycyna i Kronika lekarska«, »Lwowski Tygodnik lekarski«, »Gazeta lekarska«, »Przegląd chorób skórnych i wenerycznych«. Obecnie biblioteka zawiera 568 tomów.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Sekretarz: Doc. Sowiński.

40. Zjazd niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego.

(Berlin, 19—22. kwietnia 1911).

Podał

Dr A. Klęsk.

I. Temat główny.

Küttner (Wrocław): **Odkażanie rąk i pola operacyjnego.** Chemiczne odkażanie skóry jest, jak dotąd, nieosiągniętym ideałem. Mechaniczne sposoby mycia mają na celu zatrzymać drobnoustroje w skórze i dlatego za najlepsze uważa K. odkażanie alkoholem, ew. podane przez Herra odkażanie tetrachlorspirytusem mydlanym. Najlepszym sposobem odkażania pola operacyjnego jest użycie jodyny. Rękawiczki gumowe są dobre, ale mogą przedrzeć się przy operacyi. Jodowej nalewki używać należy świeżej i tylko 5%, a po operacyi zmywać ją ze skóry.

Noetzel (Saarbrücken): **O leczeniu ran.** Przy ranach zakażonych środki przeciwgnilne, t. j. leczenie chemiczne, nic nie pomaga, a jedynie sposoby mechaniczne nieco pomagają; potrzeba wynalezienia dobrego i skutecznego leku przeciwgnilnego, o ile to możebne, jest piekącą.

Dyskusya: Kocher nie jest zwolennikiem odkażania nalewką jodową, podobnie Lauenstein.— Oettinger zaleca mastisol do pokrywania skóry.— Heinecke zachwala jodynę, unikać tylko należy przy laparotomiach zetknięcia się jej z jelitami, bo wywołuje to wielkie zrosty następowe.— Heusner poleca nowe sączki z aluminiowych wężownic (spirali).— König zamiast jodyny poleca silnie działający alkohol z tymolem.— Hoffmann przy ropnych sprawach brzucha używa właśnie jodyny, bez obawy zrostów następowych.

II. Temat główny.

T. Kocher (Berno): **Choroba Basedowa.** We wszystkich przypadkach choroby Basedowa da się wykazać nadmierna czynność tarczycy i wzmożone wydzielanie jodu. Udaje się też u zwierząt wywołać chorobę Basedowa sztucznie przez wstrzykiwania soku gruczołu tarczowego lub jodo-tyreoidyny, a u człowieka spostrzegano powstawanie choroby Basedowa po podawaniu jodu. Cechującem jest przy chorobie Basedowa zachowanie się obrazu krwi (leukopenia, mononukleoza i adrenalinemia). Objawy kliniczne zależą od tego, czy ulega podrażnieniu więcej nerw współczulny (wysadzenie oczu, szybka akcya serca, cukromocz), czy też błędny. Z czynników etyologicznych wymienia K. następujące: 1) wpływy psychiczne, 2) jod, 3) choroby zakaźne, 4) nadmierną czynność wydzielniczą gruczołów płciowych (porody — menstruacya). Wyniki operacyjne są obecnie bardzo dobre, a stoją w prostym stosunku do wyciętej ilości gruczołu. K. wykonał u 535 chorych 721 operacyi; 17 zgonów (3·1%), i to 3 z uśpienia, trzy z powodu choroby nerek, 3 status thymicus, dwa zatory, 6 zapaleń płuc. Obraz krwi zmienia się zaraz w razie operacyi skutecznej.

A. Kocher (Berno): **Nowe badania tarczycy.** W związku z obrazami klinicznymi pozostaje nieraz budowa i skład chemiczny gruczołu.

Klose (Frankfurt n. M.). **Doświadczalne badania nad chorobą Basedowa.** U psów udaje się sztucznie wywołać chorobę B. przez wstrzykiwanie soku, wyciśniętego z tarczycy odpowiedniego chorego. Występuje przytem gorączka, nieregularne tętno, drżenie, poty, białkomocz i cukromocz, a nawet czasem wysadzenie oczu i zmiany krwi. Trwa to zwykle do 8 dni. Oddziaływanie to ustroju na sok z tarczycy chorych uważa K. za tak typowe, że mogłoby ono służyć do rozpoznawania różniczkowego wola zwykłego i wola przy chorobie Basedowa, bo przy wstrzykiwaniu soku zwykłego wola występuje tylko odczyn na obce białko. Chorobę Basedowa uważa K. za utracenie, lub

zmniejszenie zdolności odtruwania ustroju z jodu i nie za hypertyreozę, lecz za dystyreozę.

Garrè. **O wycinaniu grasicy przy chorobie Basedowa.** G. uważa również chorobę Basedowa za dystyreozę. W 95% śmierci wskutek operacyi wykazano grasicę przetrwałą. Sam G. operował 65 przypadków; dwa przypadki śmierci były właśnie skutkiem przetrwania grasicy. Dwa razy usunął G. grasicę, raz samą, a raz razem z tarczycą i spostrzegał potem wybitną poprawę stanu ogólnego i obrazu krwi, choć wysadzenie oczu i wole pozostały bez zmiany.

Dyskusya: Bircher wywoływał u zwierząt objawy choroby Basedowa przez zaszczepianie grasicy. Nie zgadza się on ze zdaniem Kochera, by wynik operacyi był tem większy, im więcej gruczołu się usunie. — Halstead jest zdania Kochera i wycina dużo gruczołu na kilka zawodów, ochraniając gruczoły przytarczyczne. — Hildebrand radzi zawsze badać elektrokardyogramy chorych przed operacyą. — Eiselsberg miał bardzo korzystne wyniki lecznicze, choć na 71 operacyi 6 zgonów. — Küttner podaje statystykę kliniki wrocławskiej co do choroby Basedowa. Jest ona następująca: Z operowanych: 32·2% wyleczeń, 36% polepszeń wielkich, 16·6% polepszeń nieznacznych, 13% nie wyleczonych, 17% śmiertelności. Z nieoperowanych: 0 wyleczeń, 35% śmiertelności. — Schultze z kliniki Biera wykazał na 20 badanych przypadków w 18 grasicę przetrwałą.

Wörner (S. Gmunden) pokazuje barwne zdjęcia fotograficzne w zastosowaniu do chirurgii.

Katzenstein (Berlin): **Możliwość krążenia ubocznego w nerce i operacyjne leczenie zapalenia nerek.** Podług doświadczeń K. jest w nerce możliwe zupełnie wytworzenie się krążenia ubocznego, n. p. po podwiązaniu tętnicy nerkowej. (Demonstracye zdjęć rentgenowskich i preparatów).

Bauer (Wrocław): **Prześwietlanie rentgenowskie bez ekranu.** Prześwietlanie przez ekran ma liczne wady: zaciera bowiem lokalizacyę, zmienia obraz kształtów danej części ciała, nie dozwala wyników utrwalać i wymaga wreszcie, n. p., przy odprowadzaniu zwichnięć lub składaniu kości, osobnej ręki do trzymania ekranu. Z tego też powodu starał się B. prześwietlać bez ekranu, a to w ten sposób, że owija daną część ciała opaskami, napojonemi platynbaryum-cyanatem. Sposób ten okazał się zwłaszcza cennym przy wyszukiwaniu ciał obcych.

Wessely (Würzburg): **Przystosowanie się do zwykłych podrażnień.** W doświadczeniach swych na spojówce przekonał się autor, że przystosowuje się ona i przyzwyczaja z czasem do silnych nawet podrażnień, n. p. lapisu, jodyny i t. p.

Schmieden (Berlin): **Rozpoznanie różniczkowe wrzodu żołądka, a raka.** Z pomocą promieni Röntgena udaje się nieraz odróżnić nawet we wczesnych okresach wrzód żołądka od raka. (Demonstracye).

Haudek (Wiedeń) omawia również tę sprawę, zwracając uwagę, że przy wrzodzie spotyka się ubytek cienia żołądka (Nischensymptom), zwolnione wydzielanie z żołądka, postać żołądka nieraz ślimakowatą, t. j. krzywizna mała jest jak gdyby zakręcona, lub też przewężenia, albo żołądek klepsydrowaty, przy raku zaś nieraz wypukłość w danem miejscu, obniżenie odźwiernika i skrócenie czasu wydalania.

Leischner i Denk (Wiedeń): **W sprawie zapobiegania pooperacyjnemu zapaleniu opon.** Przez podawanie urotropiny uzyskuje się przechodzenie produktu rozpadowego tejże, t. j. formaldehydu i to w sporej ilości (do 0·02%) do płynu mózgowo-rdzeniowego, a, jak to wykazały doświadczenia autorów, już ta ilość jest dostateczną, by wywołać zniszczenie drobnoustrojów, względnie zapobiegać ewentualnemu pooperacyjnemu zapaleniu opon (podaje się przez kilka dni 6—8 grm urotropiny).

Bramann (Halle): **O chirurgii mózgu, a w szczególności o dalszych doświadczeniach z nakłuwaniem spoidła wielkiego.** B. donosi o 53 nakłuciach spoidła, operacyi podanej przez siebie, przy różnych cierpieniach mózgu i zachwala ten sposób postępowania, zwłaszcza przy wodogłowiu wewnętrznem.

Payr (Królewiec): **Sączkowanie komór mózgu przy wodogłowiu.** Payr poleca sączkowanie komór zapomocą przeszczepionego naczynia krwionośnego. 18 przypadków, z tego 7 zejść śmiertelnych, 4 wyleczenia trwałe. Przy nagłych nagromadzeniach płynu w komórkach, zaleca P. nakłucie spoidła. — Kausch zaleca przy wodogłowiu wielokrotne nakłucia lędźwiowe.

III. Temat główny: **Przeszczepiania.**

Lexer (Jena): **O wolnych przeszczepianiach.** Po wstępie historycznym, omawia Lexer przeszczepiania wolne skóry, błon śluzowych, tłuszczu, mięśni, nerwów, naczyń, kości, stawów, chrząstek i narządów. Do uzupełniania cewki moczowej zaleca wyrostek robaczkowy. Przeszczepiania stawów zyskały już prawo obywatelstwa. Całe narządy udaje się przeszczepiać jedynie u tego samego osobnika (autoplastyka). Homoplastyka daje złe wyniki trwałe, zwłaszcza n. p. przy różnicy rasy.

König (Greifswald): **Nowe drogi chirurgii plastycznej.** König zaleca t. zw. łatanie ubytków i pokrywanie niepewnej linii szwów kawałkami powięzi, zwłaszcza przy szwach jelit, pęcherza, cewki, przełyku, zamykaniu przetok, zaszywaniu wrzodu żołądka i t. p.

Dyskusya: Schöne omawia doświadczenia z przeszczepianiem tkanki z tego samego i obcego gatunku, względnie osobnika, zwracając uwagę, że złe wyniki przy przeszczepianiu obcych tkanek polegają na »wygłodzeniu« obcej tkanki (utrudnione przyswajanie obcego białka), odporności i nadwrażliwości. Przeszczepianie z rodzeństwa, względnie z dziecka na matkę, daje wcale dobre wyniki, ale już z matki na dziecko gorsze. — Rehn (Jena) zaleca homoplastyczne przeszczepiania tłuszczu, powięzi i okostnej. Kości najlepiej z obcych materyałów zastępować rogiem. — Stieda zwraca uwagę, że przeszczepione kości łatwo ulegają złamaniu. — Schepelmann pokazuje obmyślony przez siebie nóż do transplantacyi, który napina sam skórę (odpada asysta) i zapomocą śruby mikrometrycznej dozwala ująć równe, a dowolnej grubości płaty.

Landois (Wrocław): **Przeszczepianie i krążenie krwi.** L. usuwał u psa gruczoły przytarczyczne zewnętrzne i wpuszczał je przez żyłę szyjną zewnętrzną do krwi, by tam gdzieś osiadły jako zatory i przyjęły się, a w 14 dni wycinał ciałka wewnętrzne, co było sprawdzianem (ze względu na występowanie tężyczki), czy poprzednie ciałka się przyjęły, czy nie. Z 11 psów u 7 ciałka w ten sposób się przyjęły.

Lexer Jena): **Zupełne zastąpienie przełyku sposobem Roux.**

Schoemaker (Gravenhage): **Uranoplastyka.** Modyfikacya sposobu Brophyego; — zbliżenie obu połów szczęki zapomocą podśluzowego przecięcia dłutem części pionowej. Następowe połączenie podniebienia miękkiego i wargi.

Werner (Heidelberg): **Nieoperacyjne nowe sposoby leczenia nowotworów.** Leczenie toksynami, zaczynami, radem, salvarsanem, promieniami Röntgena i t. p. w niektórych przypadkach nowotworów, nie nadających się do doszczętnej operacyi, oddaje czasem dobre usługi.

Bier przedstawia 78-letnią kobietę, u której nieuleczalny nawrót raka twarzy znikł zupełnie po róży. —

Czerny radzi próbować przy nieuleczalnych mięsakach salvarsanu. — Stammler (Hamburg) omawia odczyn meiostagminowy i uważa go w 80% przypadków raka za znamienny.

F. Hesse: **Leczenie zranień serca;** 5 wyleczeń po operacyi na 6 przypadków. — E. Hesse z Petersburga: 21 zranień serca, 0 wyleczeń. — Fuchsig (Schärding) opisuje **dostawanie się do serca,** przez rozcięcie środkowe mostka, podpreparowanie jego i nacięcie przepony.

(Dok. nast.).

XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

(18—22 lipca 1911).

Zgłoszone w dalszym ciągu tematy i wykłady:

Sekcya medycyny wewnętrznej:

57) M. Selzer i Wilenko (Lwów): Pepsyna w moczu przy schorzeniach żołądka. 58) Ciżsami: Cukromocz i jego stosunek do ilości cukru we krwi. 59) Prof. Wiczkowski (Lwów): Doświadczenia nad etyologią ostrej białaczki. 60) Tenże: O raku płuc na podstawie własnego materyału. 61) Fr. Zakrzewski Poznań): Jaką dyetą leczyć wrzód żołądka.

Sekcya medycyny teoretycznej:

Zygmunt Szymanowski (Kraków): 30) Serodyagnostyka poronienia zakaźnego. 31) Przyczynek do serologii spraw świdrowcowych. 32) Rozpuszczanie prątków gruźliczych w neurynie. 33) O anafilaksynie. 34) O wpływie białych ciałek krwi na wytwarzanie anafilatoksyny z bakteryi. 35) O swoistości anafilaksyi.

Zamiast ogólnej wystawy przyrodniczo-lekarskiej, której tym razem Komitet gospodarczy Zjazdu postanowił nie urządzać, odbędą się mniejsze specyalne wystawy poszczególnych sekcyi. Sekcya mineralogii, geologii i geografii urządza w instytucie mineralogicznym wystawę minerałów polskich; wystawa będzie obesłana przez cały szereg instytucyi, między innemi przez bogaty dział geologiczny Muzeum nadwornego w Wiedniu. Sekcya farmaceutyczna urządza w lokalu Ligi pomocy przemysłowej (ul. Straszewsklego 28) wystawę krajowego przemysłu farmaceutycznego, która obejmie leki i specyfiki, sztuczne wody mineralne, mydła i wyroby higieniczne i kosmetyczne. Wystawa ta otwarta będzie przez cały tydzień zjazdowy od 17 do 25 lipca. Członkowie sekcyi farmaceutycznej będą udzielać zwiedzającym wszelkich potrzebnych wyjaśnień. W sekcyi nauk ścisłych Prof. Dr Karol Olszewski przygotowuje w salach swej pracowni wystawę przyrządów do skraplania powietrza i wodoru. Z wystawą tą będzie połączona demonstracya skraplania, tak, iż członkowie Zjazdu, zwiedzając tę wystawę, będą mogli być świadkami doniosłych doświadczeń znakomitego profesora.

Wiadomości bieżące.

Sprawozdanie z posiedzenia Stałej Komisyi międzynarodowych Zjazdów lekarskich, streszczone w ostatnim numerze »Przeglądu lekarskiego«, uzupełnić należy wiadomością, że na zajęcie się komisyi zmianą regulaminu Zjazdów wpłynęło stanowisko Komitetu polskiego dla Zjazdów międzynarodowych. Mianowicie prezes Komitetu, r. dw. Prof. Dr Wicherkiewicz, wystosował do Komisyi umotywowany szczegółowo memoryał z wnioskiem, by do Komisyi wysyłały po jednym delegacie komitety »narodowe«, a nie »państwowe« (które uchwalono na Zjeździe peszteńskim), przez co Komitet polski uzyskałby słusznie mu się należące równouprawnienie. Obecne niepowodzenie naszych starań jest wynikiem nieustającego dotąd, a w sprawach Zjazdów naukowych zgoła niepożądanego wpływu czynników politycznych. Dokonana obecnie zmiana regulaminu Zjazdów w kierunku uwolnienia się od tego wpływu jest niewątpliwie postępem, a może z czasem zaważyć na szali naszej sprawy; dlatego dalsze starania o równouprawnienie będą, jak się dowiadujemy, przez Komitet polski w swoim czasie ponowione.

Liczba wykładów, zgłoszonych na XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, przekroczyła już pięćset.

I. Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego. Komitet kwaterunkowy Zjazdu będzie rozporządzał pewną ilością mieszkań prywatnych (u kolegów). Uczestnicy Zjazdu, którzyby zechcieli z tych mieszkań skorzystać, zechcą się zwrócić w tej sprawie do głównego gospodarza Zjazdu kol. J. Maybauma (Łódź, ul. św. Andrzeja Nr 2).

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 14. V. do 20. V. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 1 (w tem obcych 2 † 1), krztuśca 5, ospy wietrznej 4, płonicy 8 † — (1 † —), odry 4 † — (3 † —), duru brzusznego 5 † — (1 † —), róży 1 † 1.

Dr Janiszewski.

Z różnych stron. Dzienniki warszawskie donoszą, że komisya budżetowa rosyjskiej Dumy państwowej wyraża w swem sprawozdaniu przypuszczenie, że i w r. b. może wybuchnąć w Rosyi cholera, której oznaki obserwowano nawet w zimie. Z tych względów komisya zaleciła Dumie przyznanie rządowi 4 milionów rubli na cele walki z cholerą, a ewentualnie z dżumą. Z tej sumy $2^1/_2$ miliona rb. wydane będą ziemstwom i miastom w charakterze bezzwrotnych zapomóg, zaś $1^1/_2$ miliona rb. będzie użytych na środki, proponowane przez osobną komisyę, powołaną do walki z epidemiami. Ze sprawozdania komisyi okazuje się, że cholera od 7 lat trwa w Rosyi bez przerwy (zmarło na cholerę w r. 1904 — 6.850 osób, w r. 1905 — 286, w r. 1907 — 6.424, w r. 1908 — 15.542, w r. 1909 — 10.677, w r. 1910 — 109.560.). W guberniach, gdzie niema ziemstw, walkę z cholerą prowadzić ma wyłącznie rząd. Co się tyczy dżumy mandżurskiej, to epidemia ta uważana jest za zupełnie już wygasłą. Niemniej w Rosyi istnieją jeszcze stałe ogniska swoistej dżumy w gub. astrachańskiej i zdarzać się mogą jej wybuchy. Ciekawa jest uwaga, że ludność w Rosyi boi się specyalnych baraków cholerycznych i że dlatego lepiej jest utrzymywać stałe lecznice z ogólnymi celami lekarskimi, aby w razie cholery ludność z większą ufnością udawała się do nich o pomoc. Walkę z epidemiami uznaje komisya za ogólno-państwowe zadanie.

Mianowani: Dr Forssner profesorem pedyatryi w Upsali.

Zmarli: chirurg Prof. Braun w Göttingen, okulista Prof. Bull w N. Yorku.

Dr Ludwik Przedborski w 53 r. ż. w Łodzi.

Redakcya otrzymała: Beck i Bikeles: Die Ausbreitung des Reflexbogens im Rückenmark festgestellt vermittels Untersuchung der Aktionsströme. »Arch. f. ges. Phys.« 1911.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok L. Kraków, dnia 3. czerwca 1911. Nr 22.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

UCZESTNIKOM I. ZJAZDU LEKARZY KRÓLESTWA POLSKIEGO,

ZEBRANYM W ŁODZI W ĆWIERĆWIEKOWĄ ROCZNICĘ ZAŁOŻENIA TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO ŁÓDZKIEGO,

ZESZYT TEN SKŁADA

REDAKCYA.

Lekarze i przyrodnicy polscy mają prawo chlubić się, że w naszem społeczeństwie jedni z pierwszych skupili się do pracy zbiorowej. W dorobku cywilizacyjnym społeczeństw nowoczesnych zdobyły sobie pierwszorzędne znaczenie korporacye, wytwarzające środowisko naukowe, dające pole do ożywionej wymiany poglądów, do wzajemnego zapładniania się umysłów, kładące podwaliny do samodzielnej twórczości i do rozwoju własnej, z istotnych społeczeństwa zasobów wytryskającej kultury. U nas w tym względzie zajęli lekarze i przyrodnicy miejsce poczesne. Towarzystwa lekarskie w Warszawie i Wilnie spoglądają na wiekową już tradycyę, a kiedy niejedna z naszych korporacyi naukowych rozprzęgła się i zmarniała, one umiały przecież wytrwać i ostać się do dziś dnia. Gdy spadał dalszy cios za ciosem, gdy zdawało się, że pozostaną jeno gruzy, popioły i zgliszcza, gdy zabrakło w kraju kwiatu inteligentnej młodzieży, poległej albo rozmiecionej, jak liść jesienny w dalekie strony obce, — lekarze i przyrodnicy jedni z pierwszych otrząśli się z osłupienia, jedni z pierwszych wprzęgli się do budowy od fundamentów, do ocalenia życia intelektualnego kraju. W policzeniu swych sił i środków, we wznieceniu na nowo ruchu w swoich gałęziach wiedzy, w wytyczeniu planu dla zbiorowych usiłowań, wyprzedzili lekarze i przyrodnicy nasi pracowników na wielu innych polach umiejętności, stwarzając już w r. 1869 instytucyę ogólnych Zjazdów przyrodniczo-lekarskich, starszą od Zjazdów historyków, ekonomistów, prawników, techników i przedstawicieli innych nauk. W tychże latach zawiązują się Towarzystwa lekarskie we Lwowie i w Krakowie, powstają lub przygotowują się liczniejsze czasopisma i wydawnictwa dzieł lekarskich polskich.

We właściwej barwie ukazuje się cały ten ruch w świetle tej okoliczności, że nie ograniczał się on tylko do stołecznych miast wszystkich trzech dzielnic, gdzie — jak w każdem większem mieście — łatwiej znaleźć się mogły grona, dające doń inicyatywę i gdzie oprzeć się mógł o istniejące Wydziały lekarskie. W ruchu tym bierze udział już wtedy prowincya, gdzie nie jest on tylko sztucznie przeszczepiony z ognisk naszego życia umysłowego, ale budzi się samorodnie i rozwija samodzielnie. Osobną, a zaszczytną kartę znajdzie przyszły historyograf naszych Towarzystw lekarskich dla Towarzystwa lekarzy podolskich, którego wspomnienie jest w owych latach jeszcze świeże. Równocześnie z Towarzystwami lekarskiemi zawiązanemi pod zaborem austryackim, powstaje w Królestwie Towarzystwo lekarskie w Płocku (1869), a w następnem dziesięcioleciu w Lublinie (1875) i w Kaliszu (1877), gdy tymczasem w Galicyi obejmuje lwowskie Towarzystwo lekarzy galicyjskich całą dzielnicę siecią swych oddziałów prowincyonalnych.

W r. 1885 zawiązuje się Towarzystwo lekarskie w Łodzi, mające odtąd wraz z niesłychanie szybkim wzrostem tego miasta rychło wzrastać i odegrać chlubną rolę w dalszym postępie ruchu umysłowego wśród lekarzy prowincyonalnych w Królestwie. Początki działalności Towarzystwa łódzkiego były skromne. Myśl zawiązania Towarzystwa powziął Dr Józef Koliński, który zebrał w październiku r. 1885 grono, złożone z Dr Gustawa Altenberga, Stanisława Bartkiewicza, Maksymiliana Cohna, Karola Jonschera, Juliusza Lohrera, Władysława Messinga, Stanisława Plichty, Hermana Rundo, Henryka Tugendholda, Jana Wisłockiego i Adolfa Wolberga. Grono to podpisało projekt ustawy Towarzystwa, wzorowany na t. zw. »normalnej« ustawie Towarzystw lekarskich prowincyonalnych i przedstawiło go do zatwierdzenia władzom w listopadzie t. r. Od tej już chwili odbywały się pod przewodnictwem Dr Lohrera regularnie co miesiąc lekarskie zebrania naukowe, początkowo w mieszkaniu Dra Tugendholda, później Dra Kolińskiego, który pełnił czynności sekretarza. Towarzystwo nie miało wtedy jeszcze urzędów; nie miało też biblioteki, ani żadnych funduszów. Wkrótce

powiększyło się to grono o dalszych 6 uczestników, którymi byli: Dr E. Beckmann, M. Goldsobel, K. Jasiński, A. Helm, M. Likiernik i L. Przedborski, a w ten sposób skupiła się do pracy naukowej przeszło połowa wszystkich lekarzy, mieszkających wówczas w Łodzi. Ustawa Towarzystwa uzyskała zatwierdzenie 12 września 1886, a 12 listopada tegoż roku odbyło się pierwsze urzędowe posiedzenie inauguracyjne Towarzystwa, na którem wybrano pierwszy Zarząd w następującym składzie: prezes Lohrer, wiceprezes Jonscher, sekretarz Koliński, skarbnik Likiernik, bibliotekarz Rundo.

Od tego czasu mija ćwierć wieku. Towarzystwo łódzkie, któremu przewodniczyli kolejno: Lohrer (1885—1898), Jonscher (do r. 1905), Rundo (1905), Ks. Jasiński (do r. 1910) i Krusche, spotężniało dziesięciokrotnie i wzrosło do liczby 108 członków. Z coraz bardziej ożywiającym się ruchem naukowym wśród lekarzy łódzkich odczuto potrzebę założenia osobnego czasopisma, mającego w pierwszym rzędzie na oku zadania lekarzy prowincyonalnych, medycynę i higienę społeczną. »Czasopismo lekarskie« odegrało niewątpliwie poważną rolę w pobudzeniu dalszych kół lekarskich do zbiorowej pracy. Na pierwsze lata tego wydawnictwa przypada założenie Towarzystw lekarskich w Częstochowie (1902), Radomiu (1902), Kielcach (1905). W r. 1907 powstało Towarzystwo lekarskie w Siedlcach, w roku bieżącym wreszcie Towarzystwo lekarzy Zagłębia Dąbrowskiego. W tychże latach odbywały się bez organizacyi stałej naukowe zebrania lekarskie w Kutnie i Łęczycy.

Potomność osądzi kiedyś, gdy Towarzystwa te znajdą swego historyka, w jakim stopniu wypełniły one swoje zadania i w jakiej mierze przyczyniły się do postępu wiedzy i sztuki lekarskiej wśród szerokiego ogółu lekarzy w kraju. W każdym razie jednak samo już powstawanie i dotychczasowa ciągłość pracy tych Towarzystw jest pocieszającą wskazówką, że prąd naukowy rozlewa się u nas coraz szerzej nietylko wśród lekarzy stołecznych i że w zawodzie naszym wyzbywamy się widać przypisywanego naszemu społeczeństwu braku wytrwałości i umiejętności pracy zbiorowej. Widać nie są to wady ani tak u nas powszechne, ani tak nieuleczalne, jak gotowibyśmy sami nawet uwierzyć. Niezawsze było naszą winą rozpadanie się w gruzy tego, cośmy budowali, rwanie się nici, pracowicie wysnuwanych z przeszłości dla przyszłości. Ileż to razy w zakresie samego już ruchu naukowo-lekarskiego przychodziło zerwane nici wiązać na nowo, odrabiać cierpliwie po raz wtóry dzieło, które nam napół gotowe zniszczono.

Przed kilku laty przeleciały przez kraj znowu burze, które wprawdzie nie zmiotły całego dotychczasowego dorobku, ale głęboko wstrząsnęły społeczeństwem, wstrzymały i osłabiły pracę na wielu polach, a zwłaszcza na polu pracy umysłowej, przerzedziły szeregi lekarzy, zagnanych na daleki wschód i zahamowały prawidłowy przyrost młodych pracowników. I znowu stajemy przed koniecznością powetowania poniesionych strat, skupienia pozostałych sił, uchylenia niebezpieczeństwa zastoju, mogącego zagrozić jednej z najpiękniejszych zdobyczy ostatniego ćwierćwiecza, — rozbudzonemu wśród naszych lekarzy prowincyonalnych ruchowi naukowemu i społeczno-higienicznemu. To wziął sobie za cel Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego, po raz pierwszy dochodzący do skutku dzięki Towarzystwu lekarskiemu łódzkiemu. Zrozumiało ono doniosłość chwili i swoje w tej chwili zadanie, a wypełnieniem jego wieńczy godnie swój pierwszy jubileusz. Najlepszem też chyba dla Towarzystwa łódzkiego jubileuszowem życzeniem będzie, aby ze Zjazdu i ono i wszyscy lekarze Królestwa Polskiego jaknajobfitszy zebrali plon, aby Zjazd stał się w zbiorowej ich pracy początkiem nowego okresu bujnego i niczem już nieprzerwanego rozwoju. c.

Z badań nad wielobiegunową mitozą.

Podał

K. Kostanecki.

Wytłómaczenie zwiększonej ilości biegunów.

Jak wiadomo, zarówno w świecie zwierzęcym jako też roślinnym, czyto u tworów jednokomórkowych, czy też wielokomórkowych (Metazoa, Metaphyta), rozmnażanie komórek polega na podziale mitotycznym, w bardzo tylko wyjątkowych razach spotyka się podział t. zw. bezpośredni, amitozę, której istnienie długi czas wogóle podawane było w wątpliwość, dzisiaj jednakowoż w niektórych przypadkach uważać można za stanowczo stwierdzone.

Podział mitotyczny znowuż odbywa się stale zapomocą mitozy dwubiegunowej, przez którą powstają z jądra komórki macierzystej dwa jądra, a podziałowi jądra towarzyszy lub następuje po nim podział komórki macierzystej na dwie komórki potomne.

Wyjątkowo mogą się jednakowoż pojawiać u zwierząt i u człowieka mitozy wielobiegunowe; zachodzą one przy prawidłowym zupełnie rozwoju zarodkowym, np. w okresie bruzdkowania u niektórych zwierząt, w komórkach olbrzymich wątroby, śledziony, w ustroju dorosłym znajdujemy je w prawidłowych warunkach w komórkach olbrzymich szpiku kostnego, w komórkach olbrzymich doczesnej w łożysku, u niektórych zwierząt czasem w komórkach twórczych plemników (spermatocytach i spermatydach); jako zboczenia spotykamy je czasem w jajku przy wydzielaniu ciałek kierunkowych, szczególnie zaś często i z wielką ilością biegunów przy polispermii, t. j. jeśli do jajka zamiast jednego wnikną dwa lub większa ilość plemników; możemy je także sztucznie wywołać zarówno podczas rozwoju zarodkowego jako też w ustroju dorosłym przez zastosowanie bodźców mechanicznych, termicznych, chemicznych, przez działanie promieni Roentgena, napotykamy je dalej przy regeneracyi tkanek po przypadkowych czy sztucznie wytworzonych ubytkach, a szczególnie często w nowotworach, przedewszystkiem w nowotworach złośliwych.

Szereg analogicznych spostrzeżeń mamy i dla świata roślinnego.

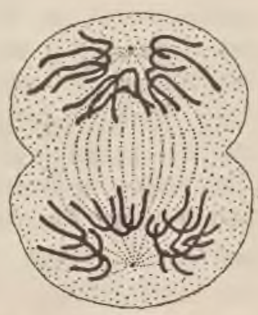
Przed kilkunastu laty opisywałem takie wielobiegunowe mitozy w komórkach olbrzymich wątroby zarodka, następnie miałem sposobność widzieć je w komórkach twór-

czych plemników, dalej w komórkach nowotworowych (raka), przed dziesięciu laty opisywałem je przy wydzielaniu ciałek kierunkowych u Cerebratulus marginatus, dalej spotykałem je przy polispermii u różnych zwierząt (jeżowców, robaków, mięczaków), w ostatnich latach, jak to w kilku pracach podawałem, napotykałem je bardzo często w niezliczonej ilości obrazów i w bardzo wielorakiej formie w zapłodnionych, a przedewszystkiem sztucznie partenogenetycznie rozwijających się jajkach mięczaka Mactry. Rozporządzając obfitym, a co do formy tego typu mitozy także i bardzo różnorodnym materyałem i sądząc, że znajomość wielobiegunowej mitozy ma nietylko ze względu na prawidłowy rozwój i prawidłową budowę niektórych narządów, ale głównie i ze względu na komórki nowotworowe niemałe znaczenie, pragnąłbym poświęcić kilka uwag zasadniczym jej cechom, a w niniejszym szkicu zastanowić się głównie nad pochodzeniem zwiększonej ilości biegunów.

Ryc. 1—4 dają obrazy prawidłowej dwubiegunowej mitozy. W okresie gwiazdy macierzystej (ryc. 1) mamy ty-



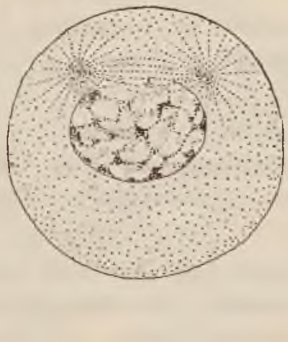
Ryc. 1.



Ryc. 2.



Ryc. 3.



Ryc. 4.

powe dwubiegunowe wrzecionko, na obydwu biegunach w środku promieni znajduje się ciałko biegunowe, centriol, a w równiku wrzecionka ułożona jest blaszka, płytka równikowa chromosomów, (plaque équatoriale, plaque nucléaire, Chromosomenaequatorialplatte), składająca się we wszystkich komórkach tego samego zwierzęcia lub rośliny ze stałej, choć u różnych gatunków różnej ilości chromosomów. Jak wiadomo, w tym okresie następuje podłużne rozszczepiepienie się każdego chromosomu (por. ryc. 1), które już we wcześniejszych okresach się przygotowywało; chromosomy potomne wędrują ku dwom biegunom (ryc. 2), z nich rekonstruują się jądra potomne (ryc. 3); ciałka biegunowe, centriole, leżą tuż przy pęcherzykowatem jądrze, a ponieważ promieniowanie później zanika, przeto już w końcowych okresach mitozy, a tem więcej w stanie, jak zwykle mówimy, spoczynkowym jądra, centriolu wykazać zazwyczaj nie można, ale przebieg mitozy wykazał nam, że jądro komórki tworzy się ze stałej ilości chromosomów i że, jako stała składowa jej część, dostał się jej jeden centriol. Ten, choć chwilowo niewidoczny, ujawni się z chwilą następnej mitozy (ryc. 4), mianowicie widzimy, jak podzielił się on na dwa centriole potomne, które oddalają się stopniowo coraz więcej od siebie, a między niemi pojawiają się włókienka wrzecionka środkowego (Centralspindel); ku chromosomom zdąża od każdego centriolu stożek promieni, tworzący później t. zw. płaszcz promieni, łączących centriol z chromosomami, a również rozchodzą się od nich jakby słońca t. zw. promieniowania biegunowe.

W okresach następujących po gwieździe macierzystej zmianom części chromatynowych towarzyszy przewężanie komórki i podział na dwie komórki potomne (ryc. 2 i 3).

Najczęstszym powodem tworzenia się figur mitotycznych wielobiegunowych jest nieprzewężenie i niepodzielenie się ciała komórkowego po podziale jądra. Komórka staje się przez to dwujądrową, a ponieważ każdemu jądru odpowiada przynależny do niego centriol, zawiera ona i dwa centriole; przy następnej mitozie z odpowiadającego każdemu jądru centriolu wytwarzają się po dwa centriole potomne. Jeśli jądra, a tem samem i wytwarzające się przez podział centriolów wrzecionka leżą w większem od siebie oddaleniu, mogą się wytworzyć dwie od siebie mniej lub więcej niezależne, tylko że we wspólnem ciele komórkowem leżące figury mitotyczne (ryc. 5); wzajemne ich poło-



Ryc. 5 wedle Baltzera.

żenie może być różne: osi wrzecionek mogą leżeć równolegle, albo pod kątem w jednej i tej samej lub w różnych płaszczyznach, mogą się przytem ze sobą (leżąc w różnych płaszczyznach) krzyżować. Jeśli wrzecionka zbliżą się do siebie, może promieniowanie jednego oddziaływać na chromatynę drugiego.

Ryc. 6 i 7. dają nam bardzo ładne przykłady, jak zbliżone więcej promieniowanie jednego wrzecionka może wywołać zaburzenie w układzie i wędrówce chromatyny w obrębie drugiego wrzecionka; obrazy takie są niejako przejściową formą do figur mitotycznych wielobiegunowych.

Jeśli jądra od początku leżą w mniejszem od siebie oddaleniu, obydwie pary centriolów potomnych otaczających się promieniowaniami będą też leżały bliżej siebie;



Ryc. 6 wedle Bracheta.



Ryc. 7 wedle Henneguy'ego.

promieniowania, otaczając mniej lub więcej regularnie powstającą z obydwu jąder grupę chromosomów, wytworzą już jednolitą figurę mitotyczną czterobiegunową (ryc. 8). Po metakinezie wytworzą się cztery gwiazdy potomne i komórka może wówczas podzielić się równocześnie na cztery komórki potomne; albo też komórka może pozostać niepodzielona i wówczas będziemy mieli komórkę czterojądrową



Ryc. 8 jajko Mactry.

z czterema centriolami, w której przy ponownej mitozie powstanie mitoza ośmiobiegunowa i w razie dalszego powstrzymania podziału ciała komórkowego mogą powstawać mitozy o zdwajającej się wciąż ilości biegunów. Przy każdej mitozie oczywista zdwaja się także wciąż, skutkiem rozszczepiania się chromosomów na chromosomy potomne, ilość ich. Ten sposób powstawania wielobiegunowych figur mitotycznych, który można istotnie stwierdzić w szeregu obrazów, musi zawsze doprowadzać do wytworzenia się mitoz nietylko z parzystą liczbą biegunów, ale liczbą, która odpowiadałaby liczbie 2^n.

Tymczasem spotykamy wielobiegunowe mitozy z 6, 10, 14 biegunami, a więc z liczbą biegunów, odpowiadającą zdwojonej liczbie nieparzystej, a nawet z nieparzystą ilością biegunów.

Bardzo często widzimy mitozy z liczbą biegunów, która odpowiada zdwojonej liczbie nieparzystej, przy polispermii; te tłómaczą się w bardzo prosty sposób: przy normalnem, t. j. monospermicznem zapłodnieniu jaja wprowadza plemnik do jajka swe jądro (główkę) i swój centriol; jądro jaja i jądro plemnika zawierają po połowie ilości chromosomów w stosunku do jąder komórek somatycznych, tak że dopiero z połączenia chromatyny obydwu jąder płciowych w pierwszem wrzecionku podziału otrzymujemy pełną ilość chromatyny.

Ciałka biegunowe tego wrzecionka pochodzą z podziału centriolu plemnika (centriol jajka zanika). Jeśli zamiast jednego wniknie do jaja kilka plemników, każdy z nich wprowadza ze swem jądrem swój centriol, który dzieli się na dwa, tworząc zawiązek wrzecionka. (Por. ryc. 9,



Ryc. 9 wedle Boveriego.

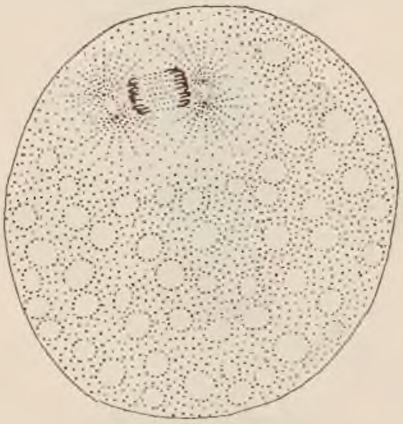
do jajka wniknęły dwa plemniki, skutkiem tego powstanie mitoza czterobiegunowa). Jak w innem miejscu dokładniej będę mógł przedstawić, czasem jeden tylko z tych plemników zbliża się ze swemi centriolami do jądra jajka, wrzecionka innych zaś plemników mogą pozostać jako niezależne samodzielne wrzecionka wśród plazmy jajka w większem od jądra jajka i od siebie oddaleniu; o ile jednakowoż plemniki zbliżą się w większej ilości ku jądru jajka wraz ze swemi promieniowaniami, powstanie figura mitotyczna wspólna, wielobiegunowa, a ilość biegunów jej można oznaczyć formułą $2 \times n$ sp (spermatozoon), a więc możemy mieć biegunów 2×2, 2×4, ale i 2×3, 2×5, 2×7 i t. d. Ilość chromosomów w takich wielobiegunowych wrzecionkach wynosić będzie, jeśli jako *a* oznaczymy ilość chromosomów w komórkach somatycznych, jako *ov* jądro jajka (ovum), jako *sp* jądro plemnika (spermatozoon): $^1/_2$ a (1 ov + n sp).

Figury mitotyczne wielobiegunowe mogą się także tworzyć w komórkach, które powstały przez zlanie się komórek, w t. zw. syncytium, o ile jądra zlanych komórek zbliżyły się do siebie i o ile powstające z podziału ich centriolów wrzecionka wytworzą wspólną figurę. Jeśli zleje się nieparzysta ilość komórek, ilość biegunów będzie odpowiadać zdwojonej liczbie nieparzystej; podobne stosunki co do liczby biegunów będziemy mieli, jeśli po pierwotnie nieparzystobiegunowej mitozie nie nastąpił podział komórki, a rozwija się nowa mitoza. Głównie właśnie mitozy z nieparzystą ilością biegunów wymagają wytłómaczenia. Że spotykamy mitozy z 3, 5, 7 biegunami, nie ulega dzisiaj wątpliwości, a na sposób powstawania ich nowsze badania rzucają pewne światło, a mianowicie możemy na podstawie tychże stwierdzić, że nieparzystość biegunów może być wynikiem, albo 1) nieprawidłowo, nadmiernie wzmożonego podziału centriolów, albo też 2) przeciwnie powstrzymania ich podziału.

Te dwie możliwości więc przedewszystkiem omówić musimy:

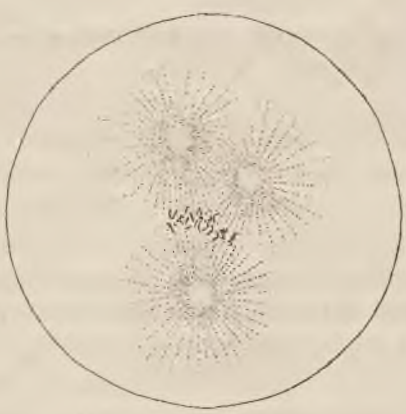
Ad 1. Znany oddawna przy zwykłej dwubiegunowej mitozie jest objaw, że centriol na jednym, albo też na obydwu biegunach dwubiegunowego wrzecionka może w okresie gwiazdy potomnej (por ryc. 10), albo nawet jeszcze wcześniej, w okresie gwiazdy macierzystej, podzielić się na dwa; obrazy takie spotyka się czasem przy mitozie

komórek somatycznych, często w pierwszych komórkach embryonalnych przy brózdkowaniu jaj, jakoteż w mitozach przy wydzielaniu ciałek kierunkowych, wogóle więc przy szybko po sobie następujących mitozach. Teichmann,



Ryc. 10. Jajko Physy.

a głównie Baltzer w pracach swych nad zapłodnionemi jajkami jeżowców udowodnili szeregiem obrazów, obejmujących wszelkie stadya przejściowe, że przedwczesny taki podział centriolu na jednym biegunie wrzecionka może, jeśli powstałe z jego podziału centriole od siebie się oddalą i około każdego z nich wytworzy się oddzielne promieniowanie, doprowadzić do zamienienia się wrzecionka dwubiegunowego w figurę mitotyczną trójbiegunową (por. ryc. 11). Baltzer stwierdza, że w takiej figurze trójbiegunowej bieguny tworzy »eine Tochtersphäre und zwei Enkelsphären«.



Ryc. 11 wedle Baltzera.

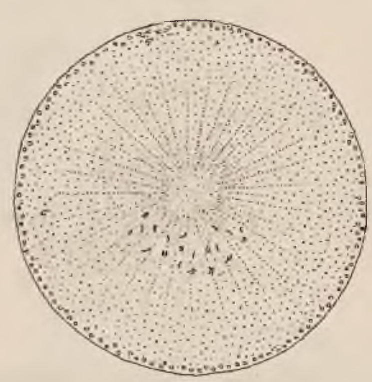
Ten przedwczesny podział jednego z centriolów potomnych może, jak nas różne obrazy pouczają, przesunąć się w jeszcze wcześniejszy okres, gdy jądro macierzyste dopiero przygotowywa się do podziału; wówczas pojawiają się równocześnie trzy promieniowania i tworzy się odrazu figura mitotyczna trójbiegunowa.

Jeśli taki podział przedwczesny centriolu nastąpi na obydwu biegunach, może się wrzecionko dwubiegunowe zamienić na wrzecionko czterobiegunowe.

Z takich trójbiegunowych figur mitotycznych — a tem więcej z czterobiegunowych — wynikają zawsze jądra potomne ze zmniejszoną ilością chromosomów. Chromosomy bowiem podczas mitozy nigdy inaczej się nie dzielą, jak przez rozszczepienie na dwa potomne, przy dwubiegunowej mitozie rozdzielają się one wedle prawa $\frac{2 \times n}{2}$, przy trójbiegunowej mitozie, gdyby nawet rozdział chromosomów na pojedyncze bieguny wypadł najrównomierniej, rozdzielałyby się wedle prawa $\frac{2 \times n}{3}$, a przy czterobiegunowej wedle prawa $\frac{2 \times n}{4}$; jeśliby po takiej mitozie nastąpił podział komórki, otrzymalibyśmy komórki o nadmiernie małej ilości chromosomów (hypochromatyczne). Jak w innem miejscu będę mógł wykazać, przy wielobiegunowej mitozie rozdział chromosomów na pojedyncze bieguny jest więcej rzeczą przypadku, jest w zależności od ukształtowania się figury chromatynowej w okresie gwiazdy macierzystej i stosunku promieniowań do niej; może więc wypaść na jeden biegun, a więc na jedno jądro, znacznie więcej chromosomów, ale wówczas na inne jądra w odpowiednim stosunku przypadnie ich znacznie mniej.

Tak jak dwubiegunowe wrzecionko może się przez przedwczesny podział centriolu zamienić na trójbiegunowe, tak samo z figury mitotycznej czterobiegunowej, albo sześciobiegunowej i t. d. (wszystko jedno w jaki sposób one się wytwarzać zaczęły), wyniknąć może figura pięciobiegunowa, siedmiobiegunowa i t. d.; naturalnie że i tutaj ten przedwczesny podział centriolu może się przesunąć we wczesny początkowy okres mitozy, tak że naraz pojawi się pięć, siedem promieniowań.

Ad 2. Przeciwstawieniem do pojawiania się większej, niż zdwojonej ilości centriolów jest powstrzymanie podziału centriolu podczas mitozy. Przez zastosowanie bodźców mechanicznych lub chemicznych na rozwijające się jaja (Th. Boveri, M. Boveri, Wilson, Herbst, Baltzer, Kostanecki) uzyskuje się nieraz w zapłodnionem jaju lub pierwszych komórkach zarodkowych obrazy, które wykazują, że jądro może przejść wszystkie typowe zmiany, poprzedzające mitozę, może rozpaść się na pojedyncze chromosomy, natomiast centriol zamiast podzielić się na dwa i wytworzyć dwa promieniowania jako bieguny wrzecionka, pozostaje niepodzielony i tworzy ośrodek jednego tylko wielkiego promienistego słońca, ryc. 12. Obrazy takie nazwał Boveri »monastrami«; — naturalnie musimy wobec tego zaniechać używania nazwy »monaster«, jak to dawniej wielokrotnie czyniliśmy, na oznaczanie gwiazdy macierzystej (étoile-mère, Mutterstern). W takim »monastrze« chromosomy rozszczepiają się na chromosomy potomne zupełnie jak w zwy-



Ryc. 12. Jajko Mactry.

kłem wrzecionku dwubiegunowem; pozostając jednakowoż pod wpływem tylko jednej sfery, nie rozchodzą się na dwa bieguny, lecz tworzą wszystkie razem znów jedno jądro, ale wobec podwójnej liczby chromosomów odpowiednio większe. Wytwarzanie się takich monastrów może się nawet powtarzać, a wynikiem ich będzie za każdym razem jądro ze zdwojoną ilością chromosomów. Monastry takie są zatem przeciwstawieniem nietylko wielobiegunowej, ale i dwubiegunowej mitozy, są to mitozy jednobiegunowe.

Jeśli teraz mamy komórkę o dwóch jądrach, z których każdemu odpowiada centriol — (a więc np. komórkę dwujądrową, która powstała przez to, że po poprzedniej mitozie nie nastąpił podział ciała komórki, albo jajko zapłodnione dwoma plemnikami, z których każdy wprowadza, jak wiemy, swój centriol) — to przy mitozie każdy z centriolów dzieli się zazwyczaj na dwa i, o ile jądra dość blizko siebie leżą, powstaje mitoza czterobiegunowa. Jeden z centriolów może jednakowoż (podobnie jak w monastrze) pozostać niepodzielony, gdy natomiast drugi się podzielił, otrzymamy wówczas mitozę trójbiegunową. W ten sposób musiałem tłomaczyć sobie niektóre obrazy trójbiegunowych figur mitotycznych w rozwijających się partenogenetycznie jajkach Mactry, w których po przebytej mitozie nie nastąpił podział komórki, a następnie występowały zamiast spodziewanych czterobiegunowych trójbiegunowe mitozy. Oczywista rzecz, że trzy jądra potomne, będące wynikiem takiej trójbiegunowej mitozy (występującej zamiast czterobiegunowej), będą zawierały (choć rozdzieloną niezawsze równomiernie na pojedyncze jądra) nadmierną ilość chromosomów, bo przeznaczoną dla czterech jąder, czyli że jądra te będą hyperchromatyczne. Boveri i Baltzer opisywali takie trójbiegunowe mitozy w jajkach jeżowców, zapłodnionych dwoma plemnikami. Wobec tego, że centriol każdego plemnika dzieli się na dwa, zwykle w jajkach dispermicznych powstaje mitoza czterobiegunowa; czasem jednakowoż centriol jednego tylko plemnika może się prawidłowo na dwa podzielić, drugi pozostać niepodzielonym (ryc. 13), a jeżeli jądra obydwóch plemników zbliżą się do jądra jajka, powstanie stąd mitoza trójbiegunowa (ryc. 14). Boveri nazywa takie obrazy »disperme Triaster«; przypomnijmy sobie, że w poprzednim



Ryc. 13 wedle Boveriego.



Ryc. 14 wedle Baltzera.

ustępie mówiliśmy, iż przez przedwczesny podział jednego z centriolów dwubiegunowego wrzecionka mógł w jajku, zapłodnionem jednym plemnikiem, powstać obraz trójbiegunowej mitozy, był to »monospermer Triaster« Boveriego (por. ryc. 15); różnica obrazów będzie polegała jedynie na ilości chromosomów: jeśli liczbą n oznaczymy stałą ilość chromosomów jądra jajka i plemnika, w trójbiegunowem wrzecionku jajka zapłodnionego jednym plemnikiem (monospermer Triaster) ilość chromosomów rozszczepionych na chromosomy po-



Ryc. 15 wedle Baltzera.

tomne wynosić będzie w stosunku do ilości biegunów $\frac{2n\ (1\ ov + 1\ sp)}{3}$, w trójbiegunowem wrzecionku jajka zapłodnionego dwoma plemnikami $\frac{2n\ (1\ ov + 2\ sp)}{3}$.

Najlepiej uprzytomni nam się znaczenie stosunków, omawianych w ustępie a i b, jeśli zwrócę uwagę na to, że zatem w monospermicznie zapłodnionem jajku zamiast, jak zwykle dwubiegunowego wrzecionka może się wytworzyć czasem skutkiem przedwczesnego podziału jednego z centriolów potomnych mitoza trójbiegunowa (jednoplemnikowy triaster), czasem znowuż skutkiem zupełnego powstrzymania podziału centriolu mitoza jednobiegunowa, monaster.

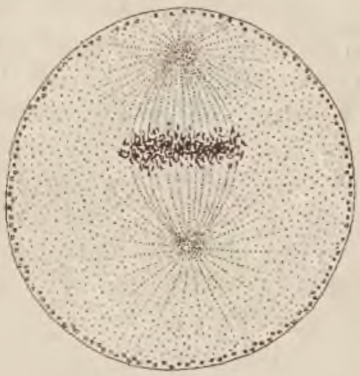
Dalej widzieliśmy poprzednio, że czasem skutkiem przedwczesnego podziału centriolu na obydwu biegunach zamiast wrzecionka dwubiegunowego pojawia się wrzecionko czterobiegunowe; otóż odwrotnie znów wrzecionko dwubiegunowe może wystąpić tam, gdzie (odpowiednio do ilości jąder i centriolów, które pozostały z poprzedniego podziału albo też przy dispermicznie zapłodnionych jajkach) musimy oczekiwać figury mitotycznej czterobiegunowej. Wynikiem takiej mitozy będą oczywiście tem więcej »hyperchromatyczne« jądra. Takie mitozy dwubiegunowe zamiast czterobiegunowych mogą powstawać w dwojaki sposób:

Albo obydwa centriole zawarte w komórce pozostają niepodzielone, otaczając się promieniowaniem, tworzą niejako dwa »monastry«, łączące się we wspólnej grupie chromosomów i dają przez to obraz dwubiegunowego wrzecionka; albo też, być może, że jeden centriol zupełnie zanika, a drugi, dzieląc się, tworzy dwubiegunowe wrzecionko, zawierające chromatynę obydwu jąder.

Takie powstrzymanie, zahamowanie podziału centriolów (przy równoczesnem powstrzymaniu podziału ciała komórkowego po poprzedniej mitozie) i pojawienie się mitozy dwubiegunowej zamiast czterobiegunowej może nawet występować przez kilka procesów mitotycznych z rzędu; ponieważ przy każdej mitozie zdwaja się ilość chromosomów, przeto następstwem będzie tworzenie się coraz większych i coraz bogatszych w chromatynę jąder; same zaś wrzecionka odznaczać się będą przedewszystkiem wielką ilością chromosomów, ale i części achromatyczne, głównie stożki

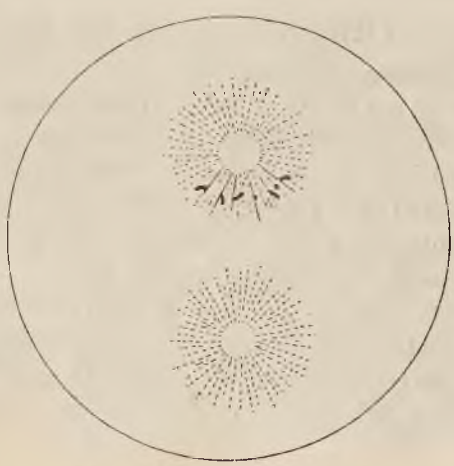
promieni, idące od biegunów ku chromosomom, występują w wzmożonej sile.

Powstawanie takich dwubiegunowych olbrzymich mitoz mogłem śledzić w partenogenetycznie rozwijających się jajkach Mactry (ryc. 16), niektórzy autorowie spotykali je w komórkach nowotworowych (Stroebe); takie dwubiegunowe wrzecionka z wielką ilością chromosomów mogą jednakowoż powstawać niezawodnie i przez to, że kilka razy po sobie mógł występować »monaster« wiodąc do wytworzenia się olbrzymiego jądra, następnie zaś centriol się podzielił i wytworzyło się w ten sposób wrzecionko o bardzo znacznie zwiększonej ilości chromosomów.



Ryc. 16. Jajko Mactry.

Jak z powyższych uwag widzimy, geneza figur mitotycznych trój- i czterobiegunowych jako też olbrzymich dwubiegunowych, które tutaj dodatkowo omówiłem, może być bardzo różna; w przypadkach, w których zboczenia te wywołujemy sztucznie w komórkach, w których mitozy szybko po sobie następują i gdzie ewentualnie przebieg ich i ciągłość możemy śledzić (np. w pierwszych okresach rozwoju jaja), łatwiej nam jest wyprowadzić niejako rodowód każdej figury mitotycznej; tam gdzie z napotykanych tylko przypadkowo na skrawkach pojedynczych okresów musimy dopiero wysnuwać pod tym względem wnioski lub przypuszczenia, rozstrzygnięcie będzie nieraz bardzo trudne, czasem niemożliwe, ale tak samo tu, jak tam, główną wytyczną stanowić będzie stosunek ilości chromosomów do ilości biegunów, bo ten pozwoli nam ocenić, ile jąder bierze udział w mitozie i ile zatem powinno być w stosunku do nich centriolów.



Ryc. 17 wedle M. Boveriowej.

Nie potrzebuję, sądzę, tego, co dla wytłómaczenia figur trój- i czworobiegunowych przytaczałem, przeprowadzać w szczegółach w odniesieniu do figur o pięciu, sześciu, siedmiu lub większej liczbie biegunów. Ze wzrastającą ilością biegunów obrazy stają się więcej skomplikowane, rozpoznanie i wytłómaczenie szczegółów jest więcej utrudnione, ale zasady pozostają te same.

Rzadką anomalią przy dwubiegunowej mitozie jest objaw opisany przez Th. Boveriego, M. Boveriową, Zieglera Wilsona, polegający na tem, że chromosomy rozszczepione na dwie połowy, nie wędrują ku dwom biegunom, lecz wszystkie gromadzą się na jednym biegunie (por. ryc. 17), tak że, gdy komórka taka się podzieli, jedna z komórek zawierać będzie całą chromatynę, druga zaś tylko promieniowanie z centriolem. Z promieniowania tego i centriolu może się wytworzyć zupełnie jak przy zwykłej mitozie wrzecionko dwubiegunowe, tylko że pozbawione chromosomów; ponieważ zaś takie mitozy bezchromatynowe nieprowadzą zwykle do podziału ciała komórki (Boveri, Wilson), same zaś centriole mogą się dalej dzielić i, otaczając się promieniowaniem, wytwarzać sfery potomne, połączone wrzecionkami, przeto komórka taka bezjądrowa może zawierać wielką nawet nieraz ilość regularnie rozmieszczonych promieniowań (por. ryc. 18); tworzą się w niej niejako mitozy wielobiegunowe, ale wrzecionka ich pozbawione są zupełnie chromosomów, przedstawiają się one jako t. zw. »fuseaux achromes«.



Ryc. 18 wedle M. Boveriowej.



Ryc. 19 wedle Stevens.

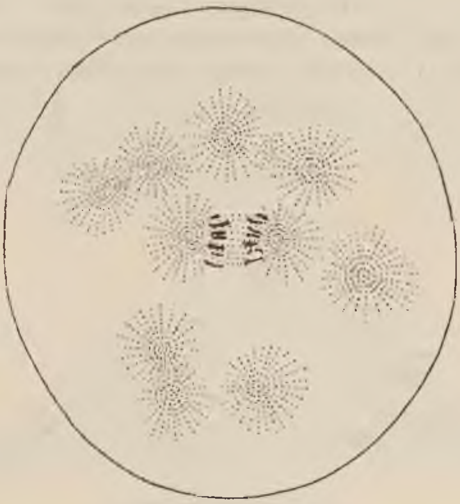
Podobne obrazy wielokrotnych promieniowań bez chro-

mosomów uzyskiwała N. M. Stevens, przecinając jajka w okresie gwiazdy macierzystej lub w metakinezie w ten sposób że jednej połowie dostawało się tylko promieniowanie bez chromatyny, która w całej ilości pozostawała w drugiej połowie. Promieniowanie w bezjądrowej części, dzieląc się, dawało również obrazy wielobiegunowych promienistych figur (ryc. 19).



Ryc. 20 wedle Wilsona.

W dotychczasowych uwagach, czy to mówiąc o centriolach przy prawidłowej dwubiegunowej mitozie, czy też o centriolach przy wielobiegunowej mitozie, czy też mówiąc o powstrzymaniu podziału centriolów, czy też o przedwczesnym podziale centriolów potomnych na centriole następnego pokolenia, czy też o centriolach w bezjądrowych komórkach lub bezjądrowych częściach komórki, zawsze wciąż odnosiliśmy poja-



Ryc. 21 wedle Wilsona.

wiające się przy mitozie centriole do istniejących stale w komórce centriolów macierzystych; szereg nowszych prac, prac doświadczalnych (Morgan, Wilson, Yatsu), wykazuje jednakowoż, że centriole, i to centriole, otaczające się promieniowaniami i mające właściwość dzielenia się, mogą także powstawać samodzielnie, niezależnie od istniejących centriolów macierzystych, że mogą się one tworzyć w plazmie »de novo« pod wpływem specyalnych bodźców, szczególnie płynów hypertonicznych. Nie podzielam zapatrywania tych autorów, którzy na podstawie tych spostrzeżeń zaprzeczają wogóle ciągłości centriolów i chcieliby centriole uważać za twory, zanikające i powstające za każdym razem »de novo«; (szczególnie co się tyczy centriolów pierwszego wrzecionka podziału w zapłodnionem jajku, fuseau de segmentation, Furchungsspindel, kontrowersya ta stale się w ostatnich latach powtarza), ale możność sztucznego wywoływania tworzenia się centriolów, powstawania centriolów »de novo« uważać trzeba za stwierdzoną. Takie centriole, opanowując swemi promieniowaniami jądra (obok centriolów, powstających z podziału istniejących centriolów macierzystych), mogą prowadzić do utworzenia się figur mitotycznych wielobiegunowych; czasem część ich tylko łączy się z chromatyną w wielobiegunową mitozę (por. ryc. 20), a reszta leży niezależnie wśród plazmy; albo też z jądra może się wytworzyć zupełnie typowe dwubiegunowe wrzecionko (por. ryc. 21), dodatkowe zaś te promieniowania (accessory cy-



Ryc. 22 wedle Wilsona.



Ryc. 23 wedle Wilsona.

tasters Morgana i Wilsona) mogą być albo pojedynczo rozrzucone w plazmie, albo tworzyć bezchromatynowe wrzecionka, albo nawet łączne wielobiegunowe bezchromatynowe figury promieniste. Jeśli jajka z dodatkowemi promieniowaniami podzielą się, wówczas ta część jajka, która nie zawiera chromatyny, zazwyczaj dalej się nie dzieli, natomiast centriole mogą się rozmnażać i dawać obrazy promieniowań, jakie np. widzimy w ryc. 22.

Wilson i Yatsu wywoływali w swych doświadczeniach centriole dzielące się i prowadzące do wytworzenia wielokrotnych promieniowań także i w bezjądrowych ułamkach jajek (por. ryc. 23).

O pracy naukowej lekarza prowincyonalnego.

Napisał

Dr Władysław Biegański.

»Wiadomą jest rzeczą«, mówi Żeromski w jednej ze swych nowel, »że człowiek kultury, wyrzucony przez pęd odśrodkowy niedostatku z ogniska życia umysłowego do Klwowa, Kurozwęk lub Obrzydłówka, podlega z upływem

czasu wskutek dżdżów jesiennych, braku środków komunikacyi i absolutnej niemożności mówienia w ciągu sezonów całych — stopniowemu przeistaczaniu się w twór mięsożerno-roślinożerny«. Historyę takiego przeistaczania kreśli nam obrazowo autor w następujący sposób. Do miasteczka Obrzydłówka, ukrytego gdzieś w dalekiej i głuchej prowincyi, przybył młody lekarz zaraz po ukończeniu studyów z kilkoma rublami w kieszeni i z zapasem pięknych, nadzwyczajnie pożytecznych myśli w głowie. Był śmiały i energiczny, to też zaczął wkrótce nieubłaganą walkę z miejscowym aptekarzem-wyzyskiwaczem i z felczerami-nieukami; był szlachetny, a więc zbliżył się do ludu, ucząc mieszczan i chłopów pierwszych zasad poniewieranej przez nich higieny. Przed inteligencyą małomiasteczkową, przed sędzią, proboszczem i rejentem, perorował ogniście o kulturze, o książkach, wreszcie o tem, co to jest dobro publiczne. Był słowem pionierem kultury w Obrzydłówku. Nim jednak rok upłynął, młody doktór poczuł, że jego energia staje się »dziedzictwem robaków«. Zauważył bowiem, że wszystkie jego wysiłki idą na marne. Mieszczanie i chłopi słuchali niby z uwagą jego nauk z zakresu higieny, ale podawnemu nurzali się w błocie i brudach. T. zw. inteligencya małomiasteczkowa kiwała głowami, wzruszała ramionami na jego młodzieńcze idylle, prorokując pomiędzy sobą, że wkrótce ten szał go obleci. Aptekarz zaś i felczerzy toczyli z młodym doktorem zajadłą walkę, poczynając od wybijania szyb i kociej muzyki, a kończąc oczernianiem go i podrywaniem zaufania wśród pacyentów.

Walka była nierówna; całe otoczenie było przeciwko niemu, a tu znikąd nie widać pomocy, ani zachęty. Powoli więc doktorowi zaczęło być »wszystko jedno« i »pewnego pięknego poranku skonstatował, że ów płomyczek nad jego głową, z którym tu przyszedł i którym chciał rozwidnić drożynę swoją — zgasł. Zagasł sam przez się: wypalił się«. Odtąd stał się innym człowiekiem, z aptekarzem pogodził się; dawni antagoniści zaczęli wspólnie »orać w wincie« i to orać bardzo pracowicie, nieraz po kilkanaście godzin bez wytchnienia. Zamiast ognistych dysput o kulturze i postępie toczył obecnie niemniej zajadłe spory o sprawach ważniejszych, np.: co jest smaczniejsze, czy prosię nadziewane kaszą tatarczaną z majerankiem, czy bez majeranku. Leczył rutynicznie, miał nawet pewne powodzenie w Obrzydłówku, mówiono, że zbierał pieniądze. Przestał zupełnie czytywać, chwile zaś wolne od zawodowego zajęcia spędzał albo przy kartach, albo w razie braku partnerów na zabijaniu nudy w domu. Wtedy mógł całemi godzinami spacerować po gabinecie lub leżeć na szezlongu, opanowany całkowicie przez nieopisane, zabójcze lenistwo.

Tak kreśli Żeromski historyę o tem, jak Obrzydłówek wyjadł mózg, serce i energię młodego lekarza. Obraz jest nad wyraz smutny i owiany właściwym dla utworów tego autora, beznadziejnym pesymizmem. Podług Żeromskiego zanik inteligencyi w otoczeniu prowincyonalnem jest chorobą nieuleczalną; w atmosferze każdego Obrzydłówka gnieżdżą się bacyle apatyi i lenistwa, które przedostają się do mózgu i serca przybysza i sprowadzają niezawodnie ostateczny upadek wszelkiej samodzielnej myśli i szlachetnych popędów. Nad Obrzydłówkiem, jak nad piekłem Dantejskiem, błyszczy złowrogi napis, odbierający wszelką nadzieję tym, których los tam zapędził.

Możnaby zarzucić, że historya opowiedziana przez Żeromskiego jest zaczerpnięta z przeszłości, może nawet niedalekiej, ale w każdym razie minionej, że dziś coś niecoś się zmieniło w Obrzydłówkach. Możnaby dalej kwestyonować, czy fatalną ewolucyę duszy młodego lekarza mamy wyłącznie przypisać społeczności Obrzydłowskiej, czy też może część winy złożyć powinniśmy na brak charakteru i wytrwałości ze strony nowego jej członka. Wszak podobny upadek zajść może i zdarza się dość często i w ośrodkach kultury, w wielkich miastach, gdzie dusza także jałowieje, wprawdzie nie w ciemnościach egipskich i nieprzebytem błocie ulic małego miasteczka, lecz na szlifowanym bruku wielkomiejskim i w rzęsiście oświetlonych kabaretach. Ale to wszystko istoty rzeczy nie zmienia i musimy przyznać, że obraz naszkicowany przez Żeromskiego jest psychologicznie najzupełniej możliwy.

Wiemy dobrze, jak wielki wpływ na każdą jednostkę wywiera otoczenie; jeżeli więc otoczenie jest gnuśne, apatyczne i bezmyślne, to nawet wybitny osobnik musi w końcu uledz jego niwelującemu, suggestyjnemu działaniu. Jakiż na to jest ratunek? czy unikanie Pacanowów i Obrzydłówków i ucieczka stamtąd do wielkich miast? Radykalny ten środek jest przedewszystkiem niemożliwy, choćby tylko z ekonomicznego stanowiska, a następnie nie chroni bynajmniej przed wyjałowieniem duszy, gdyż i w wielkich miastach marnują się zdolności może w odmienny, lecz niemniej tragiczny sposób. Ratunku więc szukać należy nie zewnątrz nas, w mniej lub więcej szczęśliwych konjunkturach losu, lecz w nas samych. Osobnik ostoi się wobec niwelującego wpływu otoczenia, o ile w sobie samym znajdzie podnietę dla swych odrębnych myśli i uczuć. Taką właśnie podnietą jest instynktowny, wrodzony popęd do tworzenia, który tkwi w każdym człowieku w mniejszym lub większym stopniu i który odpowiednio podtrzymywany i kultywowany stanowi źródło dla pracy twórczej, ideowej.

Mówię tu o pracy twórczej, ideowej, a nie zawodowej, praca bowiem zawodowa, choćby najbardziej intensywna, nie jest zdolna uchronić człowieka przed grożącem mu wyjałowieniem duszy. Każda praca zawodowa staje się z biegiem czasu rutyniczną, poniekąd automatyczną i jako taka, mówiąc językiem fizyologicznym, odbywa się przeważnie w ośrodkach podkorowych mózgu. Jeżeli więc praca zawodowa wyłącznie wypełnia życie człowiekowi, to właściwa jego inteligencya, bezustanku ruchliwa, ciekawa i poszukująca, wskutek nieczynności zanika. Zjawisko to często obserwować możemy. Dobry, ale zbyt wyłączny zawodowiec traci z upływem lat żywość swej inteligencyi i przestaje się interesować wszystkiem, co wykracza poza granice jego specyalności. Tylko praca twórcza, ideowa, niezadowalniająca się rutyną, tem, co jest znane, lecz poszukująca nowych dróg, nowych sposobów, nowych prawd, kształci i rozwija nasz umysł. Ale nie na tem tylko polega wyższość pracy ideowej nad zawodową. Ideał tem się różni od każdej innej myśli, że ma mocne zabarwienie uczuciowe, że kojarzy się ściśle z uczuciami i wynikającymi z nich popędami do czynu. To też praca, dokonywana w imię jakiegokolwiek ideału, rozwija w człowieku nietylko inteli-

gencyę, lecz równocześnie kształci jego uczucia i uszlachetnia popędy. Jeżeli to wszystko uwzględnimy, to zrozumiemy, że praca taka jest w życiu człowieka wielką potęgą, która się może śmiało przeciwstawić innej wielkiej potędze, mianowicie wpływowi otoczenia.

Są dwa rodzaje pracy twórczej, ideowej: społeczna i naukowa. Obie w równej mierze mogą przeciwdziałać obrzydłowskim bacylom apatyi i lenistwa, i tylko od temperamentu i składu umysłu osobnika zależeć będzie, którą z nich wybierze. Jeżeli osobnik ma temperament czynny, ruchliwy, to więcej do przekonania przemawiać mu będzie praca społeczna, i tej się chwycić powinien; jeżeli zaś temperament jego jest więcej spokojny, a skład umysłu więcej kontemplacyjny, to raczej pociągać go będzie praca naukowa.

W danej chwili mówić będę tylko o pracy naukowej. Odrazu tu spotkać się mogę z zarzutem, że w Obrzydłówku żadna praca naukowa nie jest możliwą, lekarz bowiem nie znajdzie tam ani szpitala, ani pracowni naukowej, ani odpowiednich książek, a bez tego o pracy naukowej mowy być nie może. Przeciwko takiemu poglądowi muszę stanowczo zaoponować. Jest prawdą, że od stu z górą lat cały postęp medycyny odbywa się prawie wyłącznie w szpitalach i pracowniach, ale z tego bynajmniej nie wynika, że jest to jedyny warsztat pracy naukowej. Są zagadnienia w naszej nauce, których szpital, ani pracownia dostatecznie rozwiązać nie mogą i które wskutek tego obecnie zostały zaniedbane. W szpitalach spotykamy tylko sprawy chorobowe cięższe, którym zwykle towarzyszą mniej lub więcej rozwinięte zmiany anatomiczne, wszelkie zaś sprawy z natury swej lekkie, szybko przemijające, początkowe okresy przewlekłych chorób, ogromna większość zaburzeń funkcyonalnych bez zmian anatomicznych, nie znajdują przytułku w szpitalu, to też o nich praktyka szpitalna decydować nie może. Każdy lekarz, zaczynający praktykę po ukończeniu studyów uniwersyteckich, ze zdumieniem spostrzega, że istnieje cały szereg spraw chorobowych, których nie widywał nigdy w klinice i dla których nawet niema odpowiednich rubryk w podręcznikach patologii i terapii szczegółowej. Tutaj np. należą owe efemeryczne lub kilkudniowe gorączki o rozmaitym przebiegu, tak często spotykane w praktyce lekarskiej. Znane one były dawnym lekarzom, spotykamy dokładny ich opis w dziele Franka oraz u innych autorów z końca XVIII. w., gdzie nawet podawano ich objawową klasyfikacyę (gorączki gastryczne, reumatyczne, kataralne itp.), niema tylko o nich wzmianki w spółczesnych podręcznikach patologii szczegółowej, opartych wyłącznie na obserwacyach szpitalnych. Medycyna więc ostatniego stulecia, która wyświetliła tyle różnych zagadkowych i ciemnych spraw, nie uczyniła nic dla poznania tych przemijających, pozornie lekkich gorączek, a nie uczyniła dlatego, że nie weszły one w zakres praktyki szpitalnej. Sprawą tą zająć się powinni lekarze praktycy prowincyonalni, zwłaszcza ci, którzy podczas studyów uniwersyteckich zapoznali się dostatecznie z techniką badań bakteryologicznych i chemicznych.

Kliniczna obserwacya szpitalna nieraz nie może wykryć istniejącego związku pomiędzy pozornie odrębnemi chorobami. Obserwując poraz pierwszy chorego w szpitalu, lekarz o poprzedzających sprawach chorobowych informuje się przy pośrednictwie często zawodnych wywiadów oraz bardzo niedokładnego opisu i dlatego nie może o związku ich z obecną chorobą nic pewnego wyrokować. W lepszych warunkach pod tym względem znajduje się lekarz domowy, który widział te różne sprawy i spostrzegał ich kolejne następstwo. Stąd też obserwacya lekarzy domowych mogłaby nas wiele pouczyć o kombinacyach i powikłaniach chorób. Poznanie np. tak ważnej dla medycyny wewnętrznej sprawy, mianowicie powikłań, występujących po zapaleniu wysiękowem migdałków, mamy do zawdzięczenia nie klinikom i praktyce szpitalnej, lecz właśnie praktyce prywatnej lekarzy prowincyonalnych.

Wszystkie zaburzenia czynności organicznych bez zmian anatomicznych uważamy dziś za nerwice, za przejaw schorzenia układu nerwowego i sprowadzamy je do wspólnego mianownika, do owej wielkości niewiadomej, zwanej przez nas neurastenią. Pogląd ten nie wytrzymuje poważniejszej krytyki. Jest rzeczą bardzo możliwą, że wśród tych t. zw. nerwic kryją się początkowe okresy bardzo poważnych organicznych przewlekłych chorób, jak artretyzmu, stwardnienia tętnic, przewlekłego zapalenia nerek, moczówki cukrowej itp. Tutaj właśnie odkrywa się szerokie pole dla badań lekarzy domowych i lekarzy praktyków prowincyonalnych. Ścisła obserwacya objawów i kolejnego ich rozwoju, dokładna analiza każdego przypadku i porównywanie zebranych tym sposobem dat niewątpliwie rzuciłyby wiele światła na tę ciemną dotychczas sprawę.

Wiadomo dalej, że każdy chory nadaje pewne indywidualne piętno przebywanej przez siebie chorobie, że pod tym względem istnieje niezwykła rozmaitość w obrazach klinicznych chorób. Wiadomo również, że istnieją dziedziczne, rodzinne, narodowe i rasowe usposobienia do pewnych chorób, lub przeciwnie takaż sama odporność względem innych spraw patologicznych. Stosunki te znane nam są tylko w najogólniejszym zarysie, nie posiadamy jednak żadnych prawie dat szczegółowo zestawionych i odpowiednio opracowanych. Dat takich nie może nam dostarczyć obserwacya szpitalna; jest to właściwe pole badania dla lekarzy praktykujących w małych miastach prowincyonalnych. Tymczasem nic dotychczas na tem polu nie zrobiliśmy pomimo bardzo sprzyjających warunków. W kraju naszym żyją skupieni prawie pod jednym dachem przedstawiciele rozmaitych narodów, a nawet ras, którzy ze sobą rzadko krzyżują się i łączą. Mimowoli nasuwa się tu myśl porównawczych zestawień, zarówno statystycznych ze względu na ilość chorych, jak klinicznych co do przebiegu chorób. Z takich badań mogłyby powstać bardzo ciekawe i niezmiernie ważne pod względem naukowym uogólnienia. Moglibyśmy np. na tej drodze opracować patologię rasy żydowskiej, która sądząc z tego, co w tej sprawie dotychczas urywkowo wiemy, byłaby bardzo interesującą. Ciekawą byłaby również szczegółowo opracowana patologia naszego ludu wiejskiego, który od wieków przymusowo jest skazany na odżywianie prawie wyłącznie roślinne. Że takie odżywianie wpływa na usposobienie do chorób, oraz na ich przebieg kliniczny, to zdaje się nie ulegać wątpliwości, ale w czem się ten wpływ wyraża i w jakim stopniu się ujawnia, tego dziś z braku szczegółowych dat nie wiemy.

Nakoniec nie posiadamy żadnego prawie materyału do geografii patologicznej naszego kraju. I tu wiemy tylko ogólnikowo, że wskutek rozmaitych warunków geologi-

cznych, klimatycznych i kulturalnych, związanych ze sposobem życia mieszkańców, rozmaite miejscowości muszą wykazywać rozmaitą procentowo ilość zapadań na pewne choroby. Szczegóły jednak faktyczne są nam zupełnie nieznane. Wiemy np., że wole i zimnica są ściśle związane z warunkami miejscowymi, ale nawet co do tych chorób nie umielibyśmy z braku odpowiedniego materyału faktycznego oznaczyć wszystkich miejscowości w naszym kraju, gdzie sprawy te występują endemicznie.

Widzimy więc z powyższego, bynajmniej nie wyczerpującego wyliczenia, że na brak tematu dla swej pracy naukowej lekarz prowincyonalny skarżyć się nie może. Są to wszystko zagadnienia bardzo ważne, bardzo ciekawe, które dziś wskutek wyłącznego i jednostronnego kierunku spółczesnej medycyny zostały zupełnie zaniedbane. A zatem pole do pracy jest dziewicze i obiecuje wydać obfity plon naukowy. Praca przytem jest ułatwiona, gdyż nie wymaga ani urządzeń szpitalnych, ani zasobnych i kosztownych pracowni mikroskopowo-chemicznych, ani nakoniec wielkiego zapasu książek. Wystarczy tu najzupełniej zwykła sumienna obserwacya kliniczna. Literatura danego przedmiotu jest dość skąpa, zresztą jest poniekąd zbyteczna przy gromadzeniu faktów i przygotowywaniu materyału, czem przedewszystkiem zająć się powinniśmy. Daleko sięgające zaś uogólnienia, obszerne monografie, dotyczące poruszonych przez nas zagadnień i wyczerpujące gruntownie przedmiot z uwzględnianiem całej odpowiedniej literatury, są rzeczą przyszłości i mogą być dokonane dopiero po zebraniu i opracowaniu faktów.

Powstaje obecnie pytanie co do sposobu zbierania obserwacyi lekarskich. W odczycie, jaki pod tym samym tytułem wygłosiłem przed 9 laty w Częstochowskiem Towarzystwie lekarskiem, proponowałem sposób następujący [1]. »Niech każdy lekarz prowincyonalny zaprowadzi rodzaj kart szpitalnych dla swych chorych. Codziennie wieczorem po skończonych wizytach niech wypełni szczegółowo karty podług notatek, porobionych w podręcznej książeczce podczas wizyt dziennych. Notować należy wszystko, zapisać szczegółowo każdorazowy wynik badania, zanotować miejsce, dom, mieszkanie, wiek i zajęcie chorego — słowem prowadzić idealnie historyę choroby. Jeżeli jednego dnia zbraknie lekarzowi czasu na wypełnienie kart, zrobić to może dnia następnego, notując tylko na razie szczegóły w podręcznej książeczce«. Kol. Rząd, poruszając tę samą sprawę w »Czasopiśmie lekarskiem« w 1905 r.[2]) radzi używać do zapisywania obserwacyi lekarskich książek, odpowiednio rubrykowanych i podaje w tymże artykule ich wzór. Podobno jedna z firm łódzkich wydała nawet już książki podług wzoru, zaproponowanego przez kol. Rządu.

* * *

Czy praca naukowa lekarza prowincyonalnego ma się ograniczać wyłącznie do zagadnień patologicznych, do gromadzenia i opracowania obserwacyi lekarskich? Zapewne taka praca najbardziej odpowiada i najściślej jest związana z jego zawodem, ale z drugiej strony nie należy stawiać tamy upodobaniu; praca ideowa bowiem wtedy tylko może wypełnić życie człowiekowi, jeżeli wynika z upodobania. Nie każdemu mogą przypaść do gustu zagadnienia lekarskie, tembardziej, że, jak wiemy, nie każdy lekarz wybiera swój zawód z zamiłowania, z wrodzonego doń popędu. Jeżeli więc praca ideowa ma być ratunkiem przed wyjałowieniem duszy w atmosferze apatyi i lenistwa, toć nie mamy prawa i nie powinniśmy wyznaczać dla niej wyłącznych dróg i granic. Ratunek w pracy naukowej lekarz znajdzie nawet wtedy, gdy wykroczy poza ściśle granice swego zawodu Sztuka lekarska tem się różni od innych zawodów, że swoją podstawą, swymi korzeniami sięga daleko, wiążąc się z najrozmaitszemi gałęziami wiedzy ludzkiej, zwłaszcza wiedzy przyrodniczej. Historya nauki dowodzi, że prawie wszystkie nauki przyrodnicze wzięły swój początek z medycyny i że pierwszymi ich twórcami byli lekarze. Wiemy również, że każdy spółczesny lekarz musi posiadać dość rozległe przygotowanie przyrodnicze, gdyż bez niego nie jest w stanie zrozumieć zasad swej specyalnej nauki. Wszystko to tłómaczy nam, dlaczego wśród lekarzy wyrazić się może zamiłowanie do takich teoretycznych nauk przyrodniczych, które bezpośredniego związku z wykonawstwem lekarskiem nie mają.

Jeżeli więc lekarz ze swych studyów, poprzedzających praktykę, wyniesie wybitne zamiłowanie do pewnej gałęzi nauk teoretycznych i w otoczeniu swojem znajdzie odpowiednie warunki do dalszych studyów w tym kierunku, to przeciwko takiej pracy naukowej nic mieć nie możemy Co więcej, w obecnych warunkach naszej kultury, gdy ludzi oddających się wyłącznie naukom teoretycznym prawie nie mamy, tacy przypadkowi miłośnicy wiedzy teoretycznej są jedynymi pionierami rodzimej nauki. Gdyby ich nie było, całe działy nauki leżałyby u nas odłogiem i dla poznania przyrody naszego kraju musieliby obcy uczeni odbywać podróże, tak jak dziś odbywają do środkowej Azyi lub Afryki. To też nie zniechęcać, lecz przeciwnie zachęcać należy naszych lekarzy prowincyonalnych do podobnej ubocznej, amatorskiej pracy naukowej, jeżeli tylko mają do niej upodobanie.

Pola do takiej pracy na naszej prowincyi nigdy nie zabraknie, o rodzaju zaś jej decydować mogą oprócz upodobania i miejscowe warunki. A więc, jeżeli lekarz zamieszkuje w miejscowości oddalonej od niwelujących wszelkie odrębności ośrodków przemysłowych i odznaczającej się pewnemi właściwościami etnograficznemi i kulturalnemi, odpowiednim przedmiotem mogą być badania antropometryczne i folklorystyczne. Ciągła i blizka styczność lekarza z ludem ułatwia dokonywanie odpowiednich pomiarów, zbieranie podań, przesądów, pieśni, przysłów, obserwacyę zwyczajów i t. p. Jakkolwiek dużo już w tym zakresie u nas zrobiono, przedmiotu jednak za wyczerpany bynajmniej uważać nie możemy; są jeszcze liczne miejscowości w naszym kraju, dokładnie pod tym względem nie zbadane.

W innych okolicach odpowiedniejsze może będą poszukiwania florystyczne i faunistyczne, przedsiębrane, rzecz prosta, z odpowiedniem przygotowaniem. Zachęcający przykład usilnej i bardzo owocnej pracy w tym kierunku dał nam niedawno zmarły na Ukrainie kol. Błoński, który pomimo krótkiego swego życia zjednał już sobie bardzo poważne imię wśród nielicznych badaczów flory naszego kraju.

---

1) O pracy naukowej lekarzy prowincyonalnych. »Krytyka lekarska« 1902.

2) A. Rząd. W sprawie organizacyi pracy lekarskiej na prowincyi. »Czasopismo lekarskie« 1905.

Kto posiada bystry zmysł obserwacyjny i cierpliwość, może nie poprzestając na kolekcyonowaniu i systematyce, znaleść wielki urok w badaniu przejawów życia roślin lub zwierząt przy pomocy bądź samej tylko obserwacyi, bądź prostych eksperymentów. Życie owadów, walka o byt pomiędzy roślinami, przystosowanie się ich do zmiennych warunków otoczenia, mogą dostarczyć całego szeregu ciekawych tematów dla badania. Jak już wspomnieliśmy, dla badań florystycznych i faunistycznych potrzebne jest specyalne przygotowanie, przekraczające znacznie zwykły w tym względzie zapas wiedzy lekarza; takie przygotowanie da się jednak przy dobrej woli i zamiłowaniu bardzo łatwo osiągnąć na drodze samouctwa z odpowiednich książek, kluczów do systematyki i atlasów.

Antropologia, zoologia i botanika mogą interesować lekarzy jako nauki biologiczne, które wogóle mają pośrednią styczność z medycyną. Byli jednak lekarze prowincyonalni, którzy usilnie i z wielką korzyścią dla nauki pracowali nad tematami, nie przedstawiającymi żadnego, nawet pośredniego zwiazku z ich pracą zawodową. Przypominam tu tylko Jędrzejewicza z Płońska i Rollego z Kamieńca Podolskiego. Pierwszy, jak wiadomo, zajmował się gorliwie astronomią i z własnych szczupłych funduszów założył dość zasobne obserwatoryum. Że na tem tak trudnem polu pracował owocnie, świadczy jego znakomity i powszechnie dziś jeszcze ceniony podręcznik kosmografii. Drugi, praktykując w okolicy, gdzie każdy budynek, każdy kamień przypominał jakąś pamiątkę historyczną, podjął się pracy nad przeszłością tego zakątka i napisał cały szereg wielkiej wartości szkiców historycznych. Nie można więc krępować pracy twórczej lekarza i stanowić dla niej słupów granicznych, gdyż o jej rodzaju rozstrzyga przedewszystkiem upodobanie.

Pamiętać wszakże należy, że praca naukowa, jeżeli ma być owocną, powinna czynić zadość następującym wymaganiom. Przedewszystkiem musi być wytrwałą i ciągłą, t. j. jeżeli raz przedmiot tej pracy został wybrany, to nie powinniśmy go zmieniać, lecz wyłącznie nad nim tylko pracować. Tylko na drodze usilnej pracy w jednym kierunku można dojść do odpowiedniej biegłości i dostatecznego opanowania przedmiotu, w przeciwnym zaś razie uprawiamy tylko szkodliwy dla nauki dyletantyzm. Następnie musimy przedmiot naszej pracy polubić i w niej samej znajdować głębokie i szczere zadowolenie. Praca bowiem ideowa nie jest przepisanym nam z góry obowiązkiem, niema dla niej żadnego przymusu, to też, o ile ma być wytrwałą, musi wynikać ze stałej wewnętrznej podniety, a tą może być tylko zamiłowanie przedmiotu. Nakoniec trzecim warunkiem wszelkich badań naukowych jest sumienność. Kto chce osiągnąć jakikolwiek wynik na polu pracy naukowej, musi wyrobić w sobie przedewszystkiem kult dla prawdy. Prawda ma być jedynym probierzem naszych badań, to też każdy fakt zaobserwowany powinien być zawsze krytycznie rozważony, ażali czyni zadość wymaganiom prawdy naukowej, ażali jest dostatecznie uzasadniony. Nieuwzględnienie tego warunku burzy całą wartość naszej pracy, ogłaszając bowiem fakty lub wyniki niedostatecznie sprawdzone, szerzymy błędy i zamiast korzyści szkodę tylko przynosimy.

A teraz słów kilka powiedzieć musimy o korzyści, jaką lekarz z takiej pracy osobiście wynieść może. Przedewszystkiem każda sumienna, długotrwała praca naukowa rozwija inteligencyę, zaostrza zdolność obserwacyjną i uczy krytycznie patrzeć. Stąd wynika wielka korzyść dla lekarza w jego pracy zawodowej: rozpoznania jego będą trafniejsze, gdyż dostrzeże łatwiej ukryte podobieństwa lub nieznaczne różnice; wyrobiona krytyka umysłu pozwoli mu łatwiej oryentować się czyto w rokowaniu, czy też w wynajdowaniu wskazań dla leczenia. Dlatego lekarz pracujący naukowo będzie miał zawsze w powodzeniu zawodowem większe szanse, aniżeli zawodowiec rutynowany tylko. Ale nietylko ta okoliczność przemawia na korzyść pracy naukowej. Praca twórcza, ideowa, — naukowa, czy społeczna, uszlachetnia duszę. Człowiek oddany jej z zamiłowaniem ma wyraźną świadomość, że dobrobyt materyalny nie stanowi alfy i omegi życia, że obok dobrobytu istnieją jeszcze wartości idealne, dla których można nieść ofiary, wiele poświęcić. Taka świadomość stanowi niewątpliwie podwalinę altruizmu i lepszych, szlachetniejszych popędów. Następnie umiłowana praca ideowa dostarcza człowiekowi wiele chwil wewnętrznego zadowolenia, wiele chwil, że tak powiem, szczęścia. Każde narodziny nowej myśli, każde odkrycie lub wynalazek są połączone z taką ekstazą, z takiem wzruszeniem dodatniem, że dla tych, tak rzadkich zresztą w życiu chwil szczęścia warto wiele trudu i wysiłków poświęcić. Nakoniec praca ideowa pogodzi lekarza z przeznaczonym mu przez los Obrzydłówkiem, bo nie będzie już upatrywał w nim przyczyny swego upadku, bo przez pracę ukochaną polubi nawet otoczenie, bo zresztą czuć będzie, że nie godzi się opuszczać placówki, na której się jest potrzebnym.

Udział lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego w piśmiennictwie lekarskiem

w pierwszym lat dziesiątku bieżącego stulecia.

Opracował

Dr Zdzisław Prechner (Łódź).

I. Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego nasuwa pytanie, czy dorobek ich na niwie piśmiennictwa lekarskiego upoważnia do inicyowania specyalnego Zjazdu naukowo-lekarskiego. By pytanie to wyjaśnić, pozwoliłem sobie, jako wieloletni bibliotekarz Towarzystwa lekarskiego łódzkiego, zebrać dane statystyczne o udziale lekarzy w piśmiennictwie polskiem ostatnich lat dziesięciu w stosunku do przynależności ich do tej lub innej części ziem polskich.

W umieszczonej poniżej tabelce poglądowej przedstawiłem dorobek literacki z każdego roku w każdym z trzech zaborów, a więc w Królestwie Polskiem z oddzielnem obliczeniem dla Warszawy i dla prowincyi, w Galicyi — również z obliczeniem oddzielnie dla Krakowa i Lwowa i oddzielnie dla prowincyi Galicyi i w W. Księstwie Poznańskiem, a prócz tego oddzielne obliczenie zrobiłem dla dorobku z poza ziem polskich, a więc z Cesarstwa i z zagranicy; jednocześnie obliczyłem wzajemny stosunek procentowy dla każdego roku oddzielnie i dla całego dziesięciolecia łącznie.

Tablica piśmiennictwa lekarskiego polskiego za lata 1901—1910.

Rok		1901		1902		1903		1904		1905		1906		1907		1908		1909		1910		Ogółem	
		Ilość	%	Ilość	%	Ilość	%	Ilość	%	Ilość	%	Ilość	%	Ilość	%	Ilość	%	Ilość	%	Ilość	%	Ilość	%
Król. Polskie	Warszawa	293	48·67	231	45·74	276	46·08	259	46·75	210	40·15	166	40·10	312	40·79	252	45·99	230	41·59	289	48·49	2518	44·50
	Prowincya	84	13·95	59	11·68	127	21·20	92	16·60	104	19·87	49	11·84	41	5·36	68	12·41	60	10·85	42	7·05	726	12·83
Galicya	Kraków i Lwów	152	25·25	159	31·49	139	23·21	141	25·45	150	28·49	150	36·23	325	42·48	159	29·01	183	33·09	175	29·36	1733	30·62
	Prowincya	11	1·83	9	1·79	5	0·83	13	2·35	7	1·33	10	2·41	14	1·83	22	4·01	17	3·07	21	3·52	129	2·28
W. Księstwo Poznańskie . . .		32	5·32	18	3·56	14	2·34	18	3·25	21	4·15	16	3·86	42	5·49	20	3·65	15	2·72	33	5·54	229	4·04
Cesarstwo i zagranica		30	4·98	29	5·74	38	6·34	31	5·60	31	5·93	23	5·56	31	4·05	27	4·93	48	8·68	36	6·04	324	5·73
Ogółem		602		505		599		554		523		414		765		548		553		596		5659	

Pierwsze miejsce w dorobku piśmiennictwa zajmuje stale Warszawa, z której wychodzi 40·15—48·67% wszystkich prac polskich; na tak pomyślny wynik składa się przedewszystkiem znaczna ilość młodych sił lekarskich i obfitość szpitali, w których te siły należyte spożytkowanie znajdują. Na drugiem miejscu stoją Kraków i Lwów z 23·21—42·48% prac lekarskich; — i tu warunki pracy, jako w miastach uniwersyteckich, są bardzo pomyślne. Trzecie miejsce należy się prowincyi Królestwa Polskiego, która wykazuje 5·36 - 21·20% prac lekarskich. Ten fakt był dla mnie wielką niespodzianką, szczególniej w porównaniu z prowincyą Galicyi, która przy 17 prowincyonalnych oddziałach Towarzystwa lekarzy galicyjskich zajmuje ostatnie miejsce i daje prac znacznie mniej (0·83 - 4·01%), aniżeli prowincya Królestwa Polskiego, która liczy Towarzystw lekarskich osiem. Czwarte miejsce zajmuje Cesarstwo i zagranica (4·05—8·68%), piąte Wielkie Księstwo Poznańskie (2·34—5·54%), ostatnie wreszcie, jak już nadmieniłem poprzednio, prowincya Galicyi.

W całem dziesięcioleciu Warszawa dała 44·50% wszystkich prac polskich, Kraków i Lwów 30·62%, prowincya Królestwa Polskiego 12·85%, Cesarstwo i zagranica 5·73%, W. Ks. Poznańskie 4·04% i wreszcie prowincya Galicyi 2·28% — przy ogólnej ilości prac w tem dziesięcioleciu 5659.

Gdy rzucimy okiem na tablicę statystyczną, uderza nas znaczne zmniejszenie się ilości prac w r. 1906 i zwiększenie w r. 1907. Otóż, w pierwszym fakcie niewątpliwie odbija się wpływ ówczesnego stanu politycznego Królestwa; zmniejszenie ilości prac prawie wyłącznie przypada na Warszawę i prowincyę Królestwa Polskiego. X. Zjazd lekarzy i przyrodników we Lwowie w r. 1907 wywołał znaczne ożywienie w piśmiennictwie lekarskiem: nadwyżkę wykazują wszystkie placówki piśmiennictwa polskiego, główne jednak zwiększenie ilości prac przypada, jak oczekiwać należało, na Kraków i Lwów oraz Warszawę.

Przy układaniu statystyki powyższej uwzględniłem prócz książek oryginalnie napisanych następujące pisma lekarskie, wyliczone w porządku alfabetycznym. Z Królestwa: Czasopismo lekarskie, Gazeta lekarska, Ginekologia, Gruźlica, Kronika dentystyczna, Kronika lekarska, Krytyka lekarska, Medycyna, Neurologia polska, Odczyty kliniczne, Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, Przegląd chirurgiczny, Przegląd chirurgiczny i ginekologiczny, Przegląd chorób skórnych i wenerycznych, Zdrowie; z poza Królestwa: Nowiny lekarskie, Postęp okulistyczny, Przegląd pedyatryczny, Przegląd higieniczny, Przegląd lekarski, Rocznik lekarski oraz Tygodnik lekarski lwowski.

Stan materyalny lekarzy Królestwa Polskiego,

opracowany na zasadzie kwestyonaryusza z roku 1904 i środki zaradcze.

Podał

Dr med. Szczęsny Bronowski,

ordynator szpitala Przemienienia Pańskiego w Warszawie na Pradze.

Jednym z głównych tematów Sekcyi zawodowo-lekarskiej na Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w roku

1904 miała być »sprawa położenia materyalnego i stanowiska moralnego lekarzy polskich pod trzema zaborami«. Dla zebrania materyału do powyższego tematu rozesłałem w swoim czasie kwestyonaryusz w 1524 egzemplarzach do wszystkich lekarzy Królestwa Polskiego, zawierający 18 pytań co do stanu materyalnego, warunków pracy zawodowej, działalności społecznej i t. d. Ponieważ z powodu śmierci ś. p. Prof. Jordana, który miał referować »sprawę położenia materyalnego lekarzy polskich w zaborze austryackim«, temat wyżej wspomniany spadł z porządku dziennego Zjazdu, przeto materyał, zebrany przezemnie, do chwili obecnej nie był zużytkowany. Dopiero mający się odbyć Zjazd lekarzy prowincyonalnych w Łodzi wydał mi się chwilą odpowiednią, aby materyał zebrany i odpowiednio opracowany przedstawić zebranym w Łodzi kolegom z Królestwa Polskiego. Na razie myślałem, aby rozesłać nowy kwestyonaryusz i w taki sposób mieć nieco świeższe dane, ale uwzględniając, że ogólne położenie lekarzy w Królestwie Polskiem do chwili obecnej niewiele się zmieniło, zaniechałem tego zamiaru, tem bardziej, że poszczególne różnice w odpowiedziach w zestawieniu przeciętnem nie zaważą na szali ogólnej charakterystyki stanu materyalnego lekarzy.

Niestety, mój kwestyonaryusz, jak i wiele innych, doznał zawodu, albowiem na 1524 rozesłane kwestyonaryusze otrzymałem odpowiedzi tylko 720, t. j. mniej niż na połowę rozesłanych kwestyonaryuszy, a nadto odpowiedzi nadchodziły nadzwyczajnie nierównomiernie, t. j. niektóre miasta i gubernie dostarczały wcale wystarczającą ilość materyału, inne — bardzo mało i niedokładnie opracowanego. Ówczesny pobór lekarzy na wojnę rosyjsko-japońską przyczynił się, być może, w znacznej mierze do niepowodzenia kwestyonaryusza, a może i inne bliżej nieznane przyczyny. Bardzo cenny materyał stanowią listy prywatne kolegów, które nieraz były dołączane do wypełnionego kwestyonaryusza, a które wiele światła rzucają dla ogólnej charakterystyki poszczególnych miejscowości. Te różne względy niech będą wytłómaczeniem dla mnie, jeżeli koledzy czasami znajdą w moim referacie niezupełnie dokładny i kompletny obraz materyalnego stanu lekarzy tej miejscowości, gdzie zamieszkują.

Postanowiłem zbadać wszystkie miasta gubernialne i prowincyę poszczególnych gubernii, a niezależnie od tego niektóre większe ogniska pracy zawodowej lekarskiej, jak Warszawę, Łódź, Dąbrowę Górniczą, Częstochowę. W większych miastach segregowałem materyał wedle specyalności praktykujących kolegów, na prowincyi wyróżniałem następujące kategorye; lekarze wiejscy, powiatowi, fabryczni, lekarze szpitalni, miejscy i lekarze t. zw. dominialni. Wydzielić i scharakteryzować stan materyalny innych kategoryi, jak lekarzy kolejowych, lekarzy zdrojowych, lekarzy pomocy lekarskiej rządowej dla gub. Płockiej i in., na mocy zebranego materyału nie mogłem.

W a r s z a w a. Nadesłano odpowiedzi 250.

Średni dochód roczny lekarza z wykonywania swego zawodu bez względu na specyalność, wiek, ilość lat praktyki:

	4.173 rs. (rubli srebrem)
Najwyższy	25.000 »
Najniższy	430 »

Wedle poszczególnych specyalności ów dochód roczny tak się przedstawia:

Chirurdzy.

Średni dochód roczny	3.800 rs.
Najwyższy	12.000 »
Najniższy	200 »

Położnicy i ginekolodzy.

Średni	3.500 »
Najwyższy	14.000 »
Najniższy	600 »

Interniści.

Średni	4.100 »
Najwyższy	25.000 »
Najniższy	200 »

Pedyatrzy.

Średni	2.520 »
Najwyższy	6.000 »
Najniższy	2.000 »

Okuliści.

Średni	3.000 »
Najwyższy	7.530 »
Najniższy	320 »

Psychiatrzy i neurolodzy.

Średni	4.150 »
Najwyższy	9.500 »
Najniższy	800 »

Lekarze chorób skórnych i wenerycznych.

Średni	2.520 »
Najwyższy	10.000 »
Najniższy	450 »

Laryngolodzy.

Średni	2.500 »
Najwyższy	6.000 »
Najniższy	1.320 »

Lekarze narządów chorób trawienia.

Średni	2.540 »
Najwyższy	5.250 »
Najniższy	250 »

Lekarze chorób zębów.

Średni	2.800 »
Najwyższy	5.000 »
Najniższy	1.800 »

Praktycy ogólni [1]).

Średni	2.500 »
Najwyższy	5.250 »
Najniższy	150 »

Z zestawienia powyższych cyfr wynika, że największe średnie dochody roczne mają interniści, następnie po kolei następują psychiatrzy i neurolodzy, chirurdzy, położnicy i ginekolodzy, okuliści, lekarze chorób zębów, pedyatrzy, lekarze chorób narządów trawienia, lekarze chorób skórnych i wenerycznych, laryngolodzy i w końcu tak zwani praktycy ogólni. Przeglądając bliżej przysłany materyał, okazuje się, że do największych dochodów zwykle dochodzą ordynatorzy szpitalni, którzy długie lata pracują w szpitalach, mają przeto największe wyrobienie w pewnej specyalności i dochody powyższych lekarzy z każdym rokiem wzrastają. Tak zwani praktycy ogólni, szczególnie zajmujący jakieś posady, dochodzą do pewnej określonej, względnie miernej sumy i już dalej ich materyalny dorobek nie wzrasta. Wogóle praktyka lekarza w Warszawie, a również z tem i znaczniejsze dochody, wzrastają bardzo wolno i nieraz lekarz dochodzi do większych dochodów (5.000—10.000 rs.) po 15—20 latach praktyki. Najniższe dochody mają lekarze początkujący, a więc asystenci szpitalni, t zw. miejscowi lekarze szpitalni i t. d. Nieraz lat 4—6 młody lekarz ma w Warszawie po kilkaset rubli dochodu rocznie, zanim powoli dochody jego zaczną wzrastać. Z korepetycyi utrzymuje się np. 10 młodych kolegów. Mniejsze również stosunkowo mają dochody lekarze, którzy zajmują jakieś posady, a więc lekarze kolejowi, szkolni i t. p., a to z pewnością z tego względu, że nie mogą całego czasu swego poświęcić na praktykę i doskonalenie się w swej specyalności. Co do lekarzy fabrycznych, to ściśle biorąc, Warszawa ich nie posiada, albowiem rozmaici praktycy, nieraz

---

[1]) Do tej kategoryi należą lekarze, którzy najczęściej nie pracują w szpitalach, zajmują rozmaite posady i ściśle żadnej specyalności nie uprawiają.

bardzo wzięci i rozgłośni, zajmują jeszcze posady lekarzy fabrycznych, licho często opłacane.

Co się tyczy honoraryów, pobieranych w Warszawie przez lekarzy praktyków, to przeciętnie przedstawiają się one, jak następuje: a) w mieszkaniu lekarza porada kosztuje od 1—2 rs., rzadziej — 3 rs.; b) w mieszkaniu u chorego — od 2—3 rs., rzadziej 1 rs.; c) narady (consilia) lekarskie — od 5—10 rs.; d) wyjazdy za dobę straconego czasu od 50—100 rs., rzadko nieco więcej. Nadmienię, że wyżej wymienione opłaty w większości przypadków nie są stałe i względnie niewielka liczba trzyma się z góry ściśle określonych norm.

Liczni koledzy dosyć szczegółowo wyjaśniają ujemne wpływy, jakie oddziaływają na zarobki lekarskie. Przedewszystkiem wszyscy zaznaczają z naciskiem bardzo nizką płacę za pracę lekarską w szpitalach (ordynator pobiera tylko 300 rs. rocznej pensyi), brak płatnych asystentów szpitalnych, następnie wogóle bardzo nizką płacę wszelkich posad lekarskich, jak lekarzy szkolnych, kolejowych, fabrycznych i nadmiar rozmaitej t. zw. filantropijnej pracy w rozmaitych przytułkach, lecznicach. Okoliczności te sprawiają, że lekarze w Warszawie pierwszą połowę dnia najlepszego czasu, t. j. kiedy umysł i nerwy nie są jeszcze zbyt zmęczone, poświęcają za darmo i dopiero od godz. 1 po południu, a nieraz i później, zaczyna się ich praca zarobkowa, która nieraz trwa do późnego wieczora lub nocy. W interesie więc nawet samego leczącego się społeczeństwa leży, aby wszelka praca lekarza w mieście była słusznie opłacana. przez odpowiednie instytucye, a wtenczas chorzy będą zasięgali porady u lekarzy nie nadmiernie zmęczonych, albowiem ogół lekarzy wtenczas podzieli się mniej więcej na tych, którzy żyją z posad lub zajęć z góry określonych i umówionych, a inni — z wolnej praktyki.

Następnie z przytoczonych danych jasno wynika, że ci są bardziej wzięci i mają większe zarobki, którzy w szpitalach mają sposobność dalej kształcić się w swej specyalności i coraz bardziej się doskonalić. Z racyi szukania zarobków poza szpitalami muszą lekarze z konieczności szpitalowi poświęcać mniej czasu, a na tem cierpi ich wyrobienie praktyczne i, co za tem idzie, dobro leczącego się ogółu. Cierpią też na tem i chorzy szpitalni. Zdrowsi, wytrzymalsi lekarze, mogący pracować bez wytchnienia nieraz 16 godzin na dobę, stanowią właśnie kategoryę tych przeważnie, którzy łączą pracę szpitalną, średnio znośnie prowadzoną, z wielką praktyką, ale takich jest bardzo niewielu. Ciekawy jest fakt, że bezpłatnych porad u siebie w mieszkaniu i na mieście mają najwięcej właśnie ci lekarze, którzy najwięcej zarabiają, bo nieraz od 10—15 porad bezpłatnych dziennie.

Następnie bardzo ujemnie oddziaływa w powyższym kierunku nadmiar ambulatoryów bezpłatnych i lecznic dla przychodzących chorych za opłatą zbyt nizką, utrzymywanych przez pewne skojarzone grona lekarskie. Ogólna opinia głosi, że lecznice takie istnieją tylko dla reklamy niektórych lekarzy i niby mają ułatwiać im wejście w praktykę, korzyści materyalnej przeważnie lekarzom nie przynoszą, albowiem tylko t. zw »wenerycy« mogą się pochwalić znaczniejszymi dochodami. Szkody zaś owe lecznice przynoszą wiele, boć wielu chorych zamożnych, mogących z pewnością opłacić lekarza w domu, zasięga porady w lecznicach, a następnie i sama pomoc lekarska w tych lecznicach, zbyt pośpiesznie i zdawkowo dawana, często nie odpowiada zadaniu lekarskiemu, nie zadowalnia chorych, biedni ludzie nieprodukcyjnie tracą na lekarstwa, a wśród lekarzy samych bezwiednie szerzy się przyzwyczajenie do niedbałego załatwiania pacyentów.

Praktyka lekarska w Warszawie przeważnie skupia się w rękach kilkudziesięciu bardziej »wziętych« lekarzy, którzy prócz tego zdobywają rozmaite posady płatne (w fabrykach, towarzystwach ubezpieczeń, orzeczenia sądowe i t. d.) i robią sobie z nich synekury. Sami zaś, przeciążeni pracą, nie mają ani czasu ani sił do sumiennego wypełniania przyjętych na siebie obowiązków, a to jest droga do partactwa.

Co się tyczy sprawy felczeryzmu, to istnieje ona i w Warszawie i niemal połowa ludności leczy się chętnie u felczerów, nawet u znachorów i babek; anomalia ta w sercu kultury polskiej wynika z ustawicznego osłabiania zaufania społeczeństwa do wiedzy i powagi lekarskiej. Powagę nauki lekarskiej podrywają następujące czynniki: a) słabe przygotowanie młodych lekarzy, którzy najczęściej przyjmują w ambulatoryach bezpłatnych pod firmą nieraz starszych lekarzy, b) zaniedbana u nas etyka lekarska, c) nienaginanie się kolegów do warunków bytu i do pojęć ludu, traktowanie go z góry, d) brak znajomości tanich leków, e) popieranie felczerów przez niektórych praktyków i używanie ich nawet jako faktorów do ściągania im pacyentów. Przytaczane są liczne przykłady, gdzie np. felczerzy zarabiają więcej, niż średnio wzięci lekarze, a u niektórych, leczących choroby weneryczne, dochody sięgają nieraz do 8—10 tysięcy rubli rocznie.

Nie mniejszą plagę, nawet w Warszawie, stanowią apteki, albowiem prawie powszechnie wydają lekarstwa wedle przepisów felczerskich, udzielają im podobno nieraz prowizyi od ich recept, a także namawiają publiczność do kupowania i posługiwania się rozmaitymi silnie reklamowanymi specyfikami od pewnych chorób.

Warszawa liczy przeszło 700 lekarzy, a więc czy niema ich nadmiaru? Przeważna liczba kolegów jest tego zdania, że przy obecnym ekonomicznym i administracyjnym stanie miasta stanowczo lekarzy jest za wielu na miejscowe potrzeby ludności. Czy przy zmienionych w przyszłości warunkach ilość ta byłaby wystarczającą, czy też za małą, o tem obecnie sądzić trudno.

W końcu muszę nadmienić o kilku poważnych głosach, aby podnieść ogólną stopę naukowego i specyalnego wykształcenia lekarskiego, ponieważ z przyczyn nie zupełnie od nas zależnych ogólna skala wykształcenia lekarskiego coraz bardziej się obniża, coraz mniej mamy lekarzy, stojących na poziomie prawdziwie europejskim, co wiedzie do tego, że Warszawa przestaje być punktem przyciągającym dla chorych i wielu z nich dąży za granicę do europejskich sław, omijając Warszawę.

Jeżeli teraz, opierając się na tem, co wyżej powiedziałem, zechcemy nakreślić, w jakim kierunku należy skierować nasze usiłowania, aby podnieść stan materyalny i moralny naszego zawodu, to musimy sobie postawić następujące postulaty: 1) Odczuwając ogromny brak wyższej uczelni lekarskiej, musimy się starać o szybszy rozwój powstającego u nas »Towarzystwa naukowego« i o zachęcanie młodych kolegów do pracy naukowej. 2) W dalszym ciągu należy usiłować, aby oddziały nasze szpitalne ile możności stały na stopie klinik naukowych uniwersyteckich i wychowywały lekarzy praktyków z aspiracyami naukowemi. 3) Szerzyć wśród lekarzy i wśród społeczeństwa przekonanie, że wszelka praca lekarska, a więc w szpitalach, fabrykach, w rozmaitych ambulatoryach i t. p. musi być należycie opłacana, dążyć do wprowadzenia tego w życie ze względu na obopólną korzyść i lekarzy i leczonych. 4) Mając na względzie, że w Warszawie prawie wyjątkowo tylko dochodzą do większych zarobków wyrobieni w szpitalach wytrawni specyaliści, należy się starać, aby coraz bardziej doskonalić się w obranej specyalności i ile możności podtrzymywać ją na stopie naukowej europejskiej. 5) Lecznice t. zw. prywatne, jako przeważnie nie odpowiadające zadaniu, należy znieść, natomiast lekarze powinni u siebie przyjmować i biedniejszą klientelę za niższe honoraryum. Dla biednej zaś, zupełnie niezamożnej ludności, powinno miasto utworzyć specyalne posady lekarskie nowego typu, płatne przez miasto. 6) Lekarze bardziej wzięci nie powinni przyjmować w swoich ambulatoryach prywatnych chorych bez ograniczenia ilości, do ostatecznego wyczerpania sił, a tylko taką ilość każdodziennie, jaką obsłużyć sumiennie mogą. Również i posady ofiarowywane przyjmować tylko takie, któ-

rych zadaniom sumiennie podołać mogą. 7) Szkoły felczerskie starego typu są u nas zbyteczne, nawet szkodliwe; należy się starać o otwieranie szkół, któreby przygotowywały raczej sanitaryuszy i dozorców (pielęgniarzy) chorych. Młodzi koledzy, wchodzący w praktykę lekarską, oprócz zachowywania ścisłej ogólnej etyki w postępowaniu z biedniejszą ludnością, powinni się zaznajomić z tanimi lekami (farmacopaea pauperum), powinni się nauczyć dawać sobie radę w najgorszych warunkach bytowych pacyentów, umieć się naginać do ich zwyczajów i starać się bliżej wchodzić w ich życie. 8) Koniecznem jest starać się uzyskać u władz, aby roztoczyły bardziej surową kontrolę nad aptekami, t. j. aby apteki nie wydawały lekarstw za receptami felczerów, akuszerek i t. d., również aby na swoją rękę nie bawiły się w lecznictwo, zachęcając do kupowania t. zw. patentowanych silnie reklamowanych leków. 9) Lekarze praktycy powinni się starać obchodzić się bez leków t. zw. patentowanych, nie szerzyć w ten sposób partactwa, a jeżeli takie środki zapisują, to tylko na zasadzie osobistego przeświadczenia o ich celowości. Również i pisma lekarskie, bez względu na swoją stratę materyalną, nie powinny przyjmować bezkrytycznie ogłoszeń o tych środkach, przeważnie cudzoziemskiego wyrobu. 10) Wykształcenie akuszerek, masażystek, babek rozmaitego stopnia, operujących w Warszawie, stanowczo jest za nizkie, jak również i ich poziom moralny. Należy stanowczo usiłować w przyszłości utworzyć w Warszawie szkołę położnych wyższego typu, jak również i szkoły miesienia. Obecnie poziom fachowego wykształcenia tych pracowniczek jest niżej krytyki i Warszawa ma ich stanowczo za dużo.

Z rozmysłem nieco więcej miejsca poświęciłem warunkom pracy lekarskiej w Warszawie, boć na mniejszą skalę powtarzają się one i w innych naszych miastach gubernialnych. To też następnie, gdzie będzie mowa o większych miastach, podam tylko cyfrowe dane z wymienieniem wybitniejszych cech danego środowiska.

Łódź. Nadesłano odpowiedzi tylko 42, z tej racyi charakterystyka Łodzi wypadła dość blado.

Średni dochód lekarza w Łodzi z wykonywania jego zawodu bez względu na specyalność, wiek, ilość lat praktyki	3.850 rs.
Najwyższy	9.025 »
Najniższy	920 »

Wedle poszczególnych specyalności ów dochód roczny tak się przedstawia:

Chirurdzy.

Średni	3.250 rs.
Najwyższy	4.500 »
Najniższy	2.500 »

Położnicy i ginekolodzy.

Średni	2.200 »
Najwyższy	3.500 »
Najniższy	1.500 »

Interniści.

Średni	2.800 »
Najwyższy	6.000 »
Najniższy	950 »

Praktycy ogólni.

Średni	4.500 »
Najwyższy	8.000 »
Najniższy	2.250 »

Lekarze fabryczni [1]).

Średni	3.150 »
Najwyższy	3.500 »
Najniższy	2.510 »

Inni specyaliści nadesłali tak małą ilość odpowiedzi, że wprost nie sposób ich brać za wskaźnik dochodów lekarskich w danej specyalności.

[1]) Do tej kategoryi zaliczeni są lekarze, którzy swoje dochody czerpią przeważnie z posad fabrycznych, praktyka zaś ich prywatna jest niewielka.

Widzimy z zestawienia, że największe dochody wykazują t. zw. praktycy ogólni; i nic dziwnego, albowiem w Łodzi oprócz praktyki lekarskiej mają oni bardzo często poważne i dobrze płatne posady fabryczne. Młodszych lekarzy z małymi dochodami prawie bez praktyki w Łodzi spotykamy bardzo mało, ponieważ Łódź nie daje warunków dla kształcenia się i wyrabiania się dla młodych kolegów. Ścisła specyalizacya w Łodzi nie jest jeszcze utrwalona i dopiero przed laty kilkunastu lekarze w Łodzi zaczęli uprawiać mniej więcej ścisłe specyalizacye swego zawodu.

Bezpłatnych porad udzielają lekarze w Łodzi względnie mniej, niż w Warszawie, albowiem ludność, przeważnie fabryczna, leczy się u swoich fabrycznych lekarzy. Norma opłat lekarskich w Łodzi jest znacznie niższa, niż w Warszawie, a mianowicie: porada w mieszkaniu lekarza od 50 kop. — 1 rs., rzadko — 2 rs.; poza domem, w mieszkaniu chorego 1 — 2 rs.; narady lekarskie średnio — 3 rs.; wyjazdy za dobę — 25 – 50 rs. Ujemnie działają na dochody lekarskie następujące okoliczności: 1) nizki poziom etyki lekarskiej i stąd wynikająca niesumienna konkurencya kolegów; czynnik ów bardzo mocno i często jest zaznaczany; 2) nadmiar lekarzy; 3) ludność bardzo uboga i mało kulturalna; 4) wielka ilość felczerów, znachorów, babek; 5) małe zaufanie do miejscowych lekarzy, to też bogata ludność (milionerzy łódzcy) leczą się przeważnie za granicą, rzadziej w Warszawie.

Piotrków.

Średni	1.470 rs.
Najwyższy	3.250 »
Najniższy	565 »

Lekarze piotrkowscy, jak zresztą i w pozostałych miastach gubernialnych, uprawiają przeważnie t. zw. praktykę ogólną, poszczególnych specyalistów statystycznie wyodrębnić niepodobna. Porad bezpłatnych mają bardzo dużo, np. 600 — 800 rocznie. Norma opłat lekarskich następująca: porada w mieszkaniu lekarza — 50 kop. — 1 rs.; poza domem — 50 kop. — 1 rs., rzadko — 2 rs.; narady lekarskie przeważnie — 2 – 3 rs.; czasami tylko 1 rs. Wyjazdy opłaca się za milę drogi — 3 rs. Biedna ludność leczy się najczęściej u felczerów, babek i t. p.

Siedlce z powodu małej ilości przysłanych odpowiedzi muszą być pominięte.

Płock.

Średni	2.778 rs.
Najwyższy	4.500 »
Najniższy	1.220 »

Radom.

Średni	1.970 »
Najwyższy	2.950 »
Najniższy	1.220 »

Kielce.

Średni	3.015 »
Najwyższy	3.950 »
Najniższy	2.350 »

Ludność miasta, bardzo biedna, przeważnie leczy się nie u lekarzy. Felczerzy, aptekarze uprawiają praktykę lekarską bez przeszkód.

Lublin.

Średni	2.710 rs.
Najwyższy	5.023 »
Najniższy	715 »

Ludność miasta, mało zamożna, leczy się przeważnie u felczerów. Lekarze lubelscy nieraz wykazują do 1000 i więcej rocznie porad bezpłatnych. Podobnież, jak i w Warszawie, większe dochody wykazują lekarze szpitalni. Norma opłat lekarskich względnie nizka: w domu i poza domem lekarzowi płaci się 50 kop. — 1 rs., rzadko — 2 rs; narady 1 — 2 rs., rzadko — 3 rs.; wyjazdy za milę — 1 — 2 rs.

Suwałki również z powodu małej ilości odpowiedzi muszą być pominięte.

Kalisz.

Średni	2.198	rs.
Najwyższy	5.150	»
Najniższy	610	»

Bezpłatnych porad przypada na lekarza do 1000 rocznie. Płaca: w domu i poza domem — 50 kop. —10 rs.; narady — 3 rs.; za wyjazdy za milę drogi — 4—5 rs. Ogromnie ujemnie wpływa na praktykę lekarską blizka granica pruska, albowiem zamożniejsi bardzo często szukają porad lekarskich za granicą.

Łomża z konieczności być musi pominięta.

Częstochowa.

Średni	2.300	rs.
Najwyższy	5.250	»
Najniższy	510	»

Najlepiej sytuowani są lekarze fabryczni, którzy oprócz swych posad mają rozległą praktykę. Lekarze częstochowscy wykazują bardzo dużą ilość porad bezpłatnych, np. do 800 rocznie. Przeważa opinia, że lekarzy w Częstochowie jest nadmiar. Norma opłat: porada u lekarza w domu — 50 kop. — 1 rs.; poza domem lekarza — 50 kop. — 2 rs.; narady — do 3 rubli; wyjazdy — 3—5 rs. za milę drogi. W Częstochowie praktykuje wielu felczerów, partaczy, jakiś niedoszły ksiądz i t. p. Nadto z racyi blizkiej granicy mnóstwo chorych leczy się u niemieckich lekarzy.

Dąbrowa Górnicza.

Średni	3.500	rs.
Najwyższy	6.150	»
Najniższy	2.510	»

Porad bezpłatnych lekarze z Dąbrowy Górniczej wykazują mało. Norma opłat także, jak i w Częstochowie. Plagą Dąbrowy są partacze, znachorzy. Podobnie, jak i w Częstochowie, wielu chorych leczy się w klinikach i u lekarzy niemieckich.

Prowincya Królestwa Polskiego.

Gubernia Warszawska.

Średni	2.084	rs.
Najwyższy	4.794	»
Najniższy	220	»

Przeważa opinia, że w gub. Warszawskiej lekarzy niema za wielu, a ludność chętnie zasięga porady lekarskiej. Jednakże jest bardzo dużo niepowołanych uzdrowicieli, jak felczerzy wojskowi, aptekarze, nawet księża podobno nieraz leczą za pieniądze. Prawie powszechnie lekarze się uskarżają na niesumienną konkurencyę kolegów. Norma opłat następująca: w mieszkaniu u lekarza — 30 kop. — 50 kop.; poza domem — rzadko 1 rs.; narady często — 2 rs.; wyjazdy za milę drogi — 3 rs.

Gub. Piotrkowska.

Średni	2.468	rs.
Najwyższy	4.500	»
Najniższy	510	»

Ze względu na ludność bardzo biedną w gubernii, lekarze wykazują mnóstwo porad bezpłatnych, które dochodzą nieraz do 2.000 rocznie. Norma opłat wyższa, niż gdzieindziej, a mianowicie: w domu u lekarza — 50 kop. — 1 rs.; w mieszkaniu chorego nieraz — 1 rs.; narada — 1—2 rs.; wyjazdy — do 5 rs. za milę. Jak i w całem Zagłębiu odznacza się gub. Piotrkowska tem, że tam operuje mnóstwo niepowołanych, więc oprócz felczerów wojskowych leczą znachorzy w wielkiej liczbie, babki. Również z pasa pogranicznego mnóstwo ludności leczy się w klinikach i u lekarzy Wrocławia, Śląska, Krakowa.

Gub. Lubelska.

Średni	2.221	rs.
Najwyższy	5.150	»
Najniższy	500	»

Lekarze gub. Lubelskiej wykazują porad bezpłatnych do 600 rocznie. Norma opłat względnie nizka: w domu i poza domem — 20 kop. — 54 kop.; narada nieraz niżej 1 rs.; wyjazdy — 1—2 rs. za milę drogi. Oprócz felczerów i znachorów w Lubelskiem leczą i księża ruscy. Leczą homeopatyą, winem cerkiewnem.

Gub. Siedlecka.

Średni	1.730	rs.
Najwyższy	4.000	»
Najniższy	530	»

Porad bezpłatnych wiele. Norma opłat lekarskich względnie nizka — narady rzadko 1 rs.; wyjazdy średnio — 2 rs. za milę. Leczą też lud często mniszki po klasztorach prawosławnych.

Gub. Płocka.

Sredni	2.176	rs.
Najwyższy	3.100	»
Najniższy	1.475	»

Ludność bardzo biedna. Opłaty lekarskie bardzo nizkie np. porada w domu i za domem lekarza — 20 kop. — 30 kop.; narady rzadko — 1 rs.; wyjazdy do 2 rs. za milę. Partactwo lekarskie wszelkiego rodzaju rozpowszechnione ogromnie.

Gub. Radomska.

Sredni	1.732	rs.
Najwyższy	3.600	»
Najniższy	685	»

Ludność niezamożna. Opłaty lekarskie takież, jak i w gub. Płockiej. Partactwo lekarskie również krzewi się obficie.

Gub. Kielecka.

Sredni	1.902	rs.
Najwyższy	4.629	»
Najniższy	887	»

Ludność bardzo biedna. Opłaty lekarskie bardzo nizkie, więc w domu i za domem lekarza — 20 kop. — 50 kop.; narady lekarskie przeważnie — 50 kop.; wyjazdy najczęściej — tylko 2 rs. za milę. Bardzo często aptekarze leczą na własną rękę, pomijając lekarza. Felczerzy wojskowi i znachorzy grasują też obficie. Ze względu na blizkość Krakowa, wielu zamożniejszych chorych zasięga tam porad lekarskich, a biedniejsi leczą się w klinikach krakowskich.

Gub. Suwalska ze względu na małą ilość nadesłanych odpowiedzi musi być pominięta.

Gub. Kaliska.

Sredni	2.198	rs.
Najwyższy	4.900	»
Najniższy	620	»

Ludność biedna. Opłaty lekarskie względnie wyższe, a mianowicie: w domu i za domem lekarza — 50 kop. — 1 rs.; narady nieraz — 2 rs.; wyjazdy — 3 rs. za milę. Ze względu na blizką granicę pruską, ludność leczy się często u lekarzy niemieckich.

Gub. Łomżyńska.

Sredni	2.004	rs.
Najwyższy	3.510	»
Najniższy	830	»

Porad bezpłatnych lekarze wykazują wielką ilość np. $^1/_4$ wszystkich porad jest bezpłatna. Norma opłat: w mieszkaniu i poza mieszkaniem lekarza — 30 kop. — 50 kop.; narady — 1 rs.; wyjazdy — 3—6 rs. za milę. Felczeryzm w Łomżyńskiej gub. krzewi się bardzo, ale charakterystycznem jest, że żydzi tamtejsi u felczerów i znachorów prawie się nie leczą.

Jeżeli przeglądniemy szczegółowiej i porównamy dane z poszczególnych gubernii, to najwyższy dochód przeciętny roczny lekarza prowincyonalnego widzimy w gub. Piotrkow-

skiej, następnie w gub. Lubelskiej i Łomżyńskiej, ostatnie zaś miejsce zajmuje gub. Siedlecka i Radomska. Również i przyjęte normy opłat lekarskich względnie najwyższe są w gub. Piotrkowskiej, Kaliskiej i Łomżyńskiej, najniższe zaś w gub. Radomskiej, Siedleckiej i Płockiej. Rodzi się więc przypuszczenie, że może wyższa kultura ludu wiejskiego w pasie pogranicznym wpływa na to, iż lud chętniej leczy się u lekarzy, walka konkurencyjna z partaczami wszelkiego rodzaju nie jest tak ostra, a może i to, że udając się często o poradę do lekarzy zagranicznych, ludność przyzwyczaiła się lepiej opłacać pracę lekarską, niż w guberniach w głębi kraju położonych.

Felczerzy wojskowi, znachorzy, aptekarze, księża, najbardziej grasują jako partacze w najmniej kulturalnych i biednych zakątkach kraju, a więc wśród Rusinów w gub. Siedleckiej i Suwalskiej, w gub. Płockiej, Radomskiej i w większych ogniskach fabrycznych Zagłębia Dąbrowskiego; chętniej zaś lud leczy się u lekarzy w gub. Warszawskiej i w pasie pogranicznym.

Dla bliższego określenia stanu lekarskiego na prowincyi pozostaje mi jeszcze na podstawie zebranego materyału skreślić niektóre poszczególne kategorye lekarzy prowincyonalnych, a więc: a) lekarzy ściśle wiejskich, t. j. praktykujących na wsi, po osadach i małych miasteczkach; b) lekarzy t. zw. dominialnych, czyli takich, którzy są umówieni przez właścicieli ziemskich, przeważnie dla obsługi służby folwarcznej; c) lekarzy szpitalnych, którzy pracują na prowincyi przy szpitalach i trudnią się nadto wolną praktyką; d) lekarzy miejskich, t. j. takich, którzy poza praktyką lekarską zajmują posady lekarzy miasta; e) lekarzy powiatowych.

L e k a r z e w i e j s c y. Kategorya ta lekarzy prowincyonalnych najwięcej przysłała odpowiedzi na rozesłany kwestyonaryusz, wypełniła go najsumienniej, a nadto wielu lekarzy wiejskich przysłało jeszcze listy uzupełniające. Widocznie wiele bólu się zebrało u wiejskiego lekarza i on skwapliwie skorzystał, aby tym bólem podzielić się z innymi.

Zarobki lekarzy wiejskich przedstawiają się przeciętnie, jak następuje: gub. Warszawska — 2.100 rs., gub. Piotrkowska — 2.400 rs., gub. Siedlecka — 1.650 rs., gub. Płocka — 2.100 rs., gub. Radomska — 2.100 rs., gub. Kielecka — 1.600 rs., gub. Lubelska — 2.150 rs, gub. Suwalska — musi być pominięta, gub. Kaliska — 1.500 rs., gub. Łomżyńska — 1.500 rs. Nadmienić należy, że lekarze wiejscy wykazują wprost olbrzymią ilość porad bezpłatnych, np. nieraz do 3 tysięcy porad rocznie. Ileż to pracy musi lekarz wiejski wyłożyć, aby wyrobić te przeciętne niesłychanie małe sumki swych rocznych dochodów. Najwyższe dochody lekarzy wiejskich tak się przedstawiają: gub. Warszawska — 3.500 rs., gub. Piotrkowska — 3.000 rs., gub. Siedlecka — 4.000 rs., gub. Płocka — 3.000 rs., gub. Radomska — 3.000 rs., gub. Kielecka — 2.600 rs., gub. Lubelska — 2.504 rs., gub. Kaliska — 3.000 rs., gub. Łomżyńska — 1.800 rs.

Czy lekarzy jest za wielu na wsi? Na to pytanie szukałem odpowiedzi. Przeważa opinia, że lekarzy na wsi jest rzeczywiście nadmiar, ale nie w stosunku do ludności, lecz w stosunku do zapotrzebowania. Bardzoby dużo mogła zdziałać oświata ludu i wpojenie w niego, że zdrowie człowieka jest pierwszorzędnej wagi, że je choćby najdrożej opłacać należy; ale przy obecnym stanie ekonomicznym, przy obecnych wymaganiach i poglądach społeczeństwa, to lekarzy jest nadmiar. O wiele mniej wpływają na byt lekarski inne czynniki — znachorzy, a nawet felczerzy, — bo przy dzielnych lekarzach, umiejących się zastosować do wymagań swych chorych, bardzo prędko owe chwasty zanikają, boć prawdziwa wiedza, poparta umiejętnem obejściem się lekarza, stanowczo weźmie górę. Tylko w tem bieda, że u lekarzy często nawet kilka rzeczy szwankuje; wiedza może najbardziej; za to często daje się widzieć »nieumiejętne zachowanie się, za mały wpływ psychiczny na chorych, zniechęcenie, brak przezorności, jednem słowem brak tego, czem wojują znachorzy i inni im podobni«. Inny lekarz wiejski znowuż pisze: »Chleba jeszcze dużo na prowincyi, pola leżą odłogiem, lud jęczy w boleściach, ale dajcie mu lekarzy należycie przygotowanych umysłowo i moralnie, a będzie ich cenić i u nich się radzić. Należyte przygotowanie praktyczne lekarza, jego pracowitość, sumienność, zamiłowanie zawodu, humanitaryzm, umiejętna walka z felczeryzmem, zawsze zwycięży przeszkody i uprzedzenia«. Znamienne te przytoczone głosy lekarzy działających na terenie wiejskim, głosy, oświadczające, że często wiejscy lekarze nie odpowiadają zadaniu, znajdują potwierdzenie i w tem, że znaczna część ludności, nietylko zamożniejszej, ale nawet z klasy włościańskiej i robotniczej w tak zwanym pasie pogranicznym, jak poprzednio wykazałem, leczy się na klinikach niemieckich, następnie w klinikach krakowskich i t. d.

Pomijając felczerów, znachorów i księży, którzy nieraz uprawiają partactwo, lekarze wiejscy ogromnie się skarżą jeszcze na aptekarzy, te prawdziwe pijawki ludu naszego, którzy sami leczą, wpychają ludowi drogie lekarstwa, podtrzymują i protegują felczerów, wydają lekarstwa za ich receptami, a lekarzy popierają tylko takich, którzy poszli w ich niewolę, t. j. którzy zapisują drogie lekarstwa, z nimi utrzymują stosunki i t. d. Innych uznają za swoich wrogów i bojkotują. Jak się rozejrzeć w nadsyłanych listach, zaiste pożałowania godne położenie młodego lekarza, wyrabiającego sobie praktykę na wsi! Zanim wzrośnie w powagę i zyska sobie zaufanie okolicy, z ilu nieraz wprost sprzecznymi czynnikami musi się liczyć! Zanim jeszcze przyjedzie, już aptekarz nieraz zastawia na niego swoje sidła, następnie czyha na niego cała zgraja felczerów, z tych jedni szukają jego poparcia, inni mu wprost grożą; dalej idą znachorzy, babki wiejskie; potentaci rozmaici żydowscy, włościańscy i ze sfery szlacheckiej żądają, aby lekarz się zastosował do ich rad i wskazówek; księża i urzędnicy żądają, aby z nimi w karty grał i uważał ich za swoich przyjaciół i t. p. Położenie nader ciężkie. I są tacy, którzy starają się wszystkim dogodzić, a tem zupełnie niwelują swoje ja moralne i o takich mówimy: »był zdolnym i dzielnym człowiekiem, ale prowincya go zjadła«. Dlatego widocznem się staje, że wiejska praktyka lekarska wymaga od adeptów medycyny może większego wyrobienia fachowego i moralnego, niż miejska, bo w większem mieście samo otoczenie, bardziej inteligentne i kulturalne, obcowanie z kolegami lekarzami z czasem wyrabia lekarza, podtrzymuje go i rozwija zadatki jego zdolności; na wsi nierzadko ciemne wrogie siły niwelują jaźń do zera.

Wielu bardzo lekarzy wiejskich uskarża się na brak szpitali wiejskich, co utrudnia racyonalną pomoc lekarską i przeszkadza lepszemu wyrobieniu fachowemu. Złe drogi u nas w kraju stanowią także niemałą przeszkodę w wykonywaniu zawodu i zabierają dużo czasu na komunikacyę.

L e k a r z e t a k z w a n i d o m i n i a l n i.

Lekarzy dominialnych, t. j. takich, którzy są umówieni przez właścicieli większych posiadłości ziemskich dla obsługi przeważnie ludności folwarcznej, posiada Królestwo bardzo mało, bo zaledwie kilkunastu przysłało odpowiedzi na rozesłany kwestyonaryusz. Uderzają bardzo małe zarobki owych dominialnych lekarzy, bo sięgają nieraz tylko do 1.000 rs., rzadko wyżej ponad 1.500 rs. Wszyscy wykazują nadmiar pracy i niesłychaną ilość bezpłatnych porad lekarskich — do 2.000 rocznie. Bezwątpienia stanowią lekarze dominialni najbardziej upośledzoną materyalnie grupę lekarzy prowincyonalnych. Uderzającem jest, dlaczego inteligencya wiejska, którą stać na utrzymanie lekarzy dla swojej służby folwarcznej, nie przyczyniła się ani w jednym przypadku, aby gminy zjednoczone utrzymywały swoich lekarzy gminnych. Przynajmniej w żadnym nadesłanym kwestyonaryuszu nie spotkałem wzmianki o pełnieniu czynności lekarza gminnego.

Lekarze fabryczni.

Ściśle wydzielić tę kategoryę lekarzy z pośród praktykujących na prowincyi niema sposobu ze względu na to, że prawie wszyscy lekarze fabryczni, podobnie jak i w Warszawie, oprócz posad fabrycznych, nieraz bardzo mało płatnych, zajmują się jeszcze i praktyką prywatną Wogóle da się powiedzieć chyba tylko tyle, że lekarze fabryczni przeważnie cieszą się dużem wzięciem i mają poważne dochody, a to ze względu zapewne na to, że szpitale fabryczne pomagają, być może, ich fachowemu wyrobieniu. Dochody ogólne lekarzy fabrycznych mniej więcej przedstawiają się, jak następuje: średni dochód — 2.800 rs., najwyższy — 6.000 rs., najniższy — 900 rs.

Lekarze szpitalni.

Lekarze szpitalni na prowincyi pobierają płacę bardzo rozmaitą, wogóle bardzo nizką i rzadko przekraczającą 400 rs. rocznie. Wogóle cieszą się dosyć rozległą praktyką i dochody ich przeciętnie sięgają rs. 2.600 rocznie. Na nadmiar pracy w szpitalach się nie skarżą.

Lekarze miejscy.

Pensya lekarzy miejskich na właściwej prowincyi jest bardzo mała i rzadko przekracza rs. 400 rocznie. Przeciętne dochody lekarzy miejskich są znacznie mniejsze, niż poprzednich lekarzy szpitalnych i rzadko przewyższają rs. 2.000 rocznie; praktyka ich nie jest zbyt rozległą. Wogóle da się powiedzieć, że o ile w Warszawie lekarze zajmujący jakieś posady stosunkowo mają mniejszą praktykę, o tyle, zdaje się, na prowincyi okoliczność ta nie odgrywa większej roli. Jedni chyba lekarze kolejowi naogół mają mniejszą praktykę i wykazują mniejsze dochody, a to zapewne dlatego, że częste wyjazdy służbowe pochłaniają im mnóstwo czasu i przeszkadzają w rozwoju praktyki.

Lekarze powiatowi.

Pensya lekarzy powiatowych wynosi rs. 465 rocznie, jednakże lekarze tej kategoryi, chociaż muszą poświęcać dużo czasu zajęciom urzędowym, mają nieraz rozległą praktykę i wykazują dochody, jak na prowincyę, dosyć wysokie, a mianowicie średnio rs. 2.800 rocznie.

Zestawiając powyższe dane co do zarobków lekarzy prowincyonalnych, widzimy, że najgorzej materyalnie stoją t. zw. lekarze dominialni, następnie po kolei idą lekarze wiejscy, lekarze miejscy, szpitalni i w końcu powiatowi i fabryczni.

Godnym zaznaczenia jest fakt, że na prowincyi niemal połowa lekarzy (50%) nie robi żadnych oszczędności, nie ubezpiecza się na wypadek śmierci w towarzystwach ubezpieczeń i ledwo może podołać wydatkom rodzinnym. W Warszawie zaś takich lekarzy, nie robiących oszczędności i nie ubezpieczających się, jest 40%. Widzimy więc, że przy nadludzkiej nieraz pracy i przy warunkach ze wszech stron bardzo ciężkich lekarze na prowincyi w gruncie rzeczy prowadzą bardzo nędzny żywot materyalny.

Akcya ratunkowa przeto jest konieczna i musi być dwojaka, t. j. tycząca się samej osoby lekarza prowincyonalnego i następnie warunków, wśród których mu pracować wypada. Jednostka nie wiele zrobi. Lekarze prowincyonalni muszą się zrzeszać tak między sobą, jak i z lekarzami, praktykującymi w naszych większych miastach. Ponieważ wyjaśnionem zostało, że często przygotowanie lekarza prowincyonalnego nie jest wystarczające dla potrzeb wiejskiej praktyki, zrzeszenia więc te powinny się domagać, aby wyższe uczelnie w systemie nauczania bardziej się przystosowywały do potrzeb lekarza prowincyonalnego; w Warszawie konieczne jest zorganizowanie kursów praktycznych dla lekarzy wiejskich, a korporacye lekarskie muszą się starać, aby kursa takie powstały przy szpitalach warszawskich. Lekarz, udający się dla praktyki lekarskiej na prowincyę, zasobny w wiedzę fachową, musi razem z zamiłowaniem swego zawodu nieść przeświadczenie, że jedzie nietylko dla wywalczenia sobie bytu materyalnego, ale także, aby nieść pracę kulturalną w zakresie swego zawodu wśród swych pacyentów. Również powinny zrzeszenia owe wpływać na ogół i na władze, aby wszelkie posady i zajęcia lekarskie były słuszniej wynagradzane, a wtenczas i pomoc lekarska dla ludności będzie doskonalszą. Dla ulżenia lekarzom prowincyonalnym i dla zdjęcia z ich bark nadmiernej ilości porad bezpłatnych, powinny powstać instytucye lekarzy gminnych, lekarzy okręgowych, chociażby na wzór lekarzy ziemskich w Rosyi.

Ustanowienie normy opłat za pracę lekarską na prowincyi, mniej więcej stałej i ogólnie obowiązującej, jest konieczne ze względu na usunięcie ciągłych nieporozumień między lekarzami a leczącym się ogółem i dla poskromienia wyzysku przez ludność zamożniejszą. Palącą sprawą jest pomnożenie szpitali prowincyonalnych i urządzenie lepszych dróg komunikacyjnych.

Szkoły felczerskie dotychczasowe muszą być zniesione, aby skuteczniej walczyć z felczeryzmem i aby możliwie prędko zastąpić felczerów przez odpowiednio wyrobionych sanitaryuszy i dozorców chorych. Leczenie ludności przez felczerów t. zw. wojskowych, księży, znachorów za pieniądze, winno być prawnie ścigane i karane. Inspektorzy lekarscy i inne władze powinny naprawdę kontrolować apteki i szczególnie zabronić aptekarzom udzielania wszelkich porad leczniczych. Lekarze prowincyonalni najlepiej zrobią, jeżeli będą mieli swoje podręczne apteczki domowe i przewozowe na wzór takich, jakich używają lekarze ziemscy w Rosyi.

Naturalnie w pobieżnym zarysie nie mogę wyliczyć wszystkich żądań lekarzy prowincyonalnych, ani ich należycie i wyczerpująco uzasadnić, a jest tych bolączek daleko większa liczba. Niech zawczasu ogół lekarski przygotowuje się, aby z nastaniem tak długo zapowiedzianego samorządu miejskiego i ziemskiego zwrócić się do instytucyi samorządowych z gotowymi już projektami pożądanych reform. Tymczasem należy przynajmniej rozpocząć inicyatywę w tym kierunku, aby ile możności polepszyć byt materyalny lekarzy prowincyonalnych i zabezpieczyć byt ich rodzin na wypadek choroby lub śmierci ich pracowników.

Muszą powstać w kraju kasy samopomocy, chociażby na wzór Warszawskiej Kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy, kasy chorych; w końcu należy zreformować Warszawską Kasę wsparcia dla wdów i sierót po lekarzach na instytucyę, dającą zapomogi i pożyczki zwrotne i bezzwrotne nietylko wdowom i sierotom po lekarzach, ale i samym lekarzom w razie chwilowej potrzeby, choroby. Zapomogowa Kasa J. Czystowicza w Petersburgu niech nam służy za wskazówkę, co można zrobić w tej dziedzinie przy dobrych chęciach. Kasa ta liczy obecnie 2.446 członków, ma filie we wszystkich większych miastach Cesarstwa, posiada obecnie do $1/2$ miliona kapitału, działa i rozwija się nader pomyślnie. Zrzeszenia zawodowe lekarskie, które niebawem powinny powstać tam, gdzie ich niema, przedewszystkiem muszą się zająć powyższemi sprawami samopomocy.

Stan fizyczny krótkogłowej i długogłowej ludności polskiej z okolic Płońska.

Podał

L. Rutkowski (Płońsk).

Badając pod względem antropometrycznym obecną ludność polską i znajdowane w licznych u nas cmentarzyskach rzędowych (częściowo z czasów przedhistorycznych, a częściowo z piastowskich) szkielety, zauważyłem przy porównaniu czaszek ludności obecnej i dawnej dosyć znaczne różnice. Mianowicie ludność pochowana w cmentarzyskach okazała budowę czaszki podłużną, a wzrost, mierzony jako długość spoczywających w grobach kośćców, —

bardzo wysoki; tymczasem obecną ludność polską ze względu na jej średni wskaźnik czaszki, jak to wykazałem w swych pracach, zaliczyć należy do podkrótkogłowych o znacznie niższym, bo przenoszącym zaledwie średni, wzrości. — Okoliczność powyższa, jakoteż i zauważone w Zachodniej Europie stopniowe zmniejszanie się typu długogłowego zniewoliły mnie do zrobienia próby porównania stanu fizycznego typu długo- i krótkogłowego, wchodzącego w skład ludności tegoczesnej, ażeby się przekonać, czy w budowie tych dwóch typów nie dadzą się zauważyć jakieś cechy specyalne, mogące rzucić nieco światła na przyczynę zmniejszania się ilości długogłowców. W tym właśnie celu podzieliłem wszystkie zbadane przezemnie jednostki na trzy kategorye, a mianowicie: I) na podłużnogłowych ze wskaźnikiem czaszki poniżej 78; II) na średniogłowych ze wskaźnikiem od 78 do 80, i III) na krótkogłowych ze wskaźnikiem wyższym. Uwzględniłem w swych obliczeniach tylko ludność polską, gdyż wśród 200 zbadanych przezemnie osobników pochodzenia żydowskiego podłużnogłowych było tylko 4, ilość zbyt mała, ażeby z niej można było wysnuć jakiekolwiek wnioski. — Mężczyzn zbadałem 358, w tem 104 ze szlachty, a 254 z ludu. Krótkogłowych naliczyłem wśród nich 192, średniogłowych 66, a podłużnogłowych 100. Kobiet zbadałem 307 (80 szlachcianek i 227 chłopek). Krótkogłowych było pomiędzy niemi 174, średniogłowych 78, a podłużnogłowych 55. — Na zasadzie obliczenia danych, otrzymanych przy pomiarach osobno dla krótkogłowych, a osobno dla podłużnogłowych okazało się, że podłużnogłowi Polacy z okolic Płońska mają średnio 166·7 ctm wzrostu, (a więc wzrost nieco wyższy, niż średni), normalnie rozwinięte kończyny, nieźle rozwiniętą klatkę piersiową o wskaźniku 53·06, lecz bezwzględnie i względnie do wzrostu małą wagę (62·5 kilgr. a na 1 ctm wzrostu 374·9 gramów), mają też skórę przeważnie, bo w 62·5% białą, włosy w 35% jasne, a w 41% szatynowe, oczy jasne (w 65% niebieskie), długą i wązką o wskaźniku 76·36 głowę, nizkie (4·64 ctm) i wązkie o wskaźniku 54·4 czoło, wązką o wskaźniku 67·6 potylicę; wązką, o wskaźniku 99·05 twarz, mało wydatne kości licowe, i wązką żuchwę. W porównaniu z krótkogłowcami — podłużnogłowi mają niższy o 1·56 ctm wzrost, słabiej w stosunku do wzrostu rozwinięty tułów (u podłużnogłowych tułów wynosi 51·68% wzrostu, a u krótkogłowych 51·93%), silniej natomiast rozwinięte kończyny górne i dolne (48.32% wzrostu wobec 48·7% u krótkogłowych), nieco słabszy rozwój klatki piersiowej (wskaźnik piersiowy 53·06 wobec 53·48 u krótkogł.), mniejszą bezwzględnie i względnie do wzrostu wagę, mniejszą odsetkę skóry białej i śniadej (65% i 5% wobec 73·4% i 6·2% u krótkogłowców), a większą odsetkę skóry płowej (30% wobec 20·3%), nieco mniejszą odsetkę zabarwienia włosów jasnego i szatynowego (35% i 4% wobec 35·4 i 48·8%), a większą — czarnego (21% wobec 15% u krótkogł.), nieco niższy odsetek oczów niebieskich (65% wobec 66%) i wogóle niższy odsetek typów jasnych (25% wobec 28%), a większy ciemnych (3% wobec 1%), większy obwód i długość, a mniejszą szerokość czaszki, niższe i węższe czoło, węższą potylicę, węższą a dłuższą twarz, węższy wreszcie i dłuższy nos.

Podłużnogłowe kobiety w porównaniu z krótkogłowemi mają też niższy o 5·35 ctm wzrost, lecz, wbrew temu, cośmy zauważyli u mężczyzn, więcej w stosunku do wzrostu rozwinięty tułów (53·1% wobec 52·96% u kobiet krótkogłowych), a słabiej rozwinięte kończyny dolne (46·83% wzrostu wobec 47·06% u krótkogł.), nieco silniej względnie do wzrostu rozwinięte kończyny górne (104·3% wobec 104·2%), nieco słabszą klatkę piersiową (wskaźnik piersiowy 52·24 wobec 52·43 u krótkogłowych), mniejszą też względną do wzrostu i bezwzględną wagę (50·9 kilgr. i 330·9 gramów na 1 ctm wzrostu, wobec 55·2 kilgr. i 362·1 grama na 1 ctm u kobiet krótkogłowych), a następnie mniej białą skórę (67·3% wobec 76·3%), ciemniejsze włosy, (czarne 27% wobec 11% u krótkogłowych), mniej jasne oczy (niebieskie w 56·4% wobec 57·4%), niższe (4.71 ctm wobec 4·81) i węższe czoło, węższą potylicę, (wskaźnik potylicy 64·6 wobec 69·64), węższą twarz (wsk. 94·4 wobec 90·24) i węższy a dłuższy nos. — Jak widzimy z powyżej przytoczonych danych, niektóre różnice pomiędzy typem podłużnogłowym, a krótkogłowym spotyka się tak samo wśród mężczyzn, jak i wśród kobiet, i te zapewne są różnicami istotnemi, gdy tymczasem inne może są tylko różnicami przypadkowemi wskutek zbyt małej ilości lub nierównomierności materyału, (kobiet podłużnogłowych zbadałem 55, a mężczyzn 100). Z pośród różnic stałych dla obydwóch płci zaznaczymy przedewszystkiem niższy u podłużnogłowych wzrost, nieco większy rozwój kończyn górnych, słabszy rozwój klatki piersiowej, a przedewszystkiem znacznie niższą wagę; następnie zaś nieco ciemniejsze zabarwienie skóry włosów i oczów, a wreszcie węższą czaszkę, niższe i węższe czoło, oraz węższe — potylicę, twarz, żuchwę i nos.

Lekarzowi pomimowoli nasuwa się myśl, czy czasami powyższe dane nie wskazują na słabszy rozwój fizyczny podłużnogłowych, co mogłoby nam chociaż częściowo wytłómaczyć zauważony powszechnie zanik typu długogłowego. — Przed dwudziestu już laty, kiedym się zaczął zajmować pomiarami antropologicznymi, zauważyłem, że częściej spotykam cierpienia płucne, a szczególniej gruźlicę u osób o głowie podłużnej. Były to jednak spostrzeżenia luźne, oparte więcej na osobistem wrażeniu, a nie na ściśle obliczonych danych. Wrażenia te widocznie miałem nietylko ja, ale i inni koledzy, czego dowodem wydrukowana w »Pamiętniku Lekarskim« z roku 1903 praca Dra Polańskiego p. t. »Fizyczna charakterystyka osób dotkniętych gruźlicą«. Pominąwszy inne cechy osób skłonnych do gruźlicy, zaznaczone pomiędzy innemi w pracach Dra E. Zielińskiego, Dr Polański na zasadzie pomiarów, dokonanych na 94 mężczyznach i 45 kobietach dotkniętych gruźlicą, oraz na 90 mężczyznach i 45 kobietach zdrowych, obliczył, że wśród gruźliczych typ podłużnogłowy zdarza się w 19·1% wśród mężczyzn i w 13·5% wśród kobiet, a ten sam typ u zdrowych tylko w 11% i 4·5%; typ zaś średniogłowy w 33% i 17·7% u zdrowych. Wskazywałoby to bądź co bądź na większą skłonność typu podłużnogłowego do gruźlicy. Oprócz tego zauważył Dr Polański, że dotknięci gruźlicą mężczyźni mają nieco wyższy wzrost (167·5 ctm wobec 166·7 ctm u zdrowych), większą rozwartość rąk, czyli dłuższe kończyny górne (177·2 ctm wobec 173·6 u zdrowych, co w stosunku do wzrostu wyniesie 105·7% i 104·1%). Dłuższe kończyny górne zauważył Dr Polański i u gruźliczych kobiet (160·5 ctm wobec 159·6

i 105·0 wobec 103·9%); wzrost jednak miały kobiety gruźlicze, wbrew temu, co zauważono u mężczyzn, niższy, niż zdrowe (bo 152·8 wobec 153·5 ctm.). Dla porównania z danemi Dra Polańskiego wybiorę z pośród swoich pomiarów antropologicznych te, które mniej więcej będzie można jako podobne zestawić i które, jakkolwiek niedokładne, lecz chociaż w przybliżeniu określają rozwój fizyczny badanego osobnika. Do takich pomiarów zaliczam pomiary wzrostu, obwodu piersi i wagi, oraz stosunek obwodu piersi, mierzonego na wysokości brodawki sutkowej, do wzrostu, czyli tak zwany wskaźnik piersiowy, stosunek wagi w gramach do wzrostu w centymetrach, który nam określa w przybliżeniu odżywienie danego osobnika, a wreszcie dla porównania z danemi Dra Polańskiego uwzględnimy też i rozwój kończyn górnych, czyli ich rozwartość, nazywaną zwykle siągiem, oraz stosunek tego siągu do wzrostu. — 192 wymierzonych przezemnie krótkogłowców (82 szlachciców i 110 z ludu) okazało średni wzrost 168·3 ctm, obwód piersi 90·0 ctm, wagę 65·93 kilo, siąg zaś 177·9 ctm. Wskaźnik piersiowy wypadł mi dla nich 53·48, na 1 ctm wzrostu 391·8 grm, a stosunek siągu do wzrostu 105·69. — Dla średniogłowych (w liczbie 66, 11 osób ze szlachty, 55 z ludu), wzrost wyniósł 166·8, obwód kl. piers. 88·0 ctm, waga 60·42 kilgr, siąg 177·1 ctm, wskaźnik zaś piersiowy 52·81, na 1 ctm wzrostu 362·3 gr, a stosunek siągu do wzrostu 106·2. — Dla 100 podłużnogłowych (11 ze szlachty, 89 z ludu), wzrost — 166·74 ctm, obwód kl. p. 88·47, waga 62·5 kilgr, siąg 176·2 ctm, wskaźnik piersiowy 53·065, na 1 ctm — 375·0 gr, stosunek siągu do wzrostu 105·95. — Dla 174 krótkogłowych kobiet (57 szlachcianek, 117 z ludu), wzrost wypadł 155·2 ctm, obwód klatki piersiowej 81·33, waga 55·18, siąg 161·8 ctm, wskaźnik piersiowy 52·4, na 1 ctm — 355·0 grm, stosunek siągu do wzrostu 104·2. — Dla 78 kobiet średniogłowych (17 ze szlachty — 61 z ludu), wzrost obliczyłem na 154·9 ctm, obwód kl. piers. 80·88 ctm, wagę 52·99 kilgr, siąg 162·9 ctm, wskaźnik piersiowy 52·22; na 1 ctm — 342·1 grm, stosunek siągu do wzrostu 105·1. — Dla 55 podłużnogłowych (6 szlach., 49 z ludu), wzrost — 153·85 ctm, obwód kl. piers. 80·4 ctm, waga 50·91 kilgr, siąg 160·45 ctm, wskaźnik piersiowy 52·34, na 1 ctm — 330·9 grm i stosunek siągu — 104·3.

Po zestawieniu wyżej przytoczonych danych widzimy,

	Wzrost	Obwód kl. piers. cm	Wsk. pier.	Waga	Na 1 cm gr.	Siąg	Stos. do wzrostu
192 krótkogł. mężczyzn	168·3	90·0	53·48	65·93	391·8	177·9	105·69
66 średniogł. mężczyzn	166·8	88·0	52·81	60·42	362·3	177·1	106·2
100 podłużn. mężczyzn	166·7	88·47	53·065	62·50	375·0	176·62	105·95
174 krótkogł. kobiet	155·2	81·33	52·40	55·18	355·5	161·8	104·2
78 średniogł. kobiet	154·9	80·88	52·22	52·99	342·1	162·9	105·1
55 podłużnogł. kobiet	153·85	80·40	52·34	50·91	330·9	160·45	104·3

że krótkogłowcy mają najwyższy wzrost, największy względny i bezwzględny obwód klatki piersiowej, największą względną i bezwzględną wagę, a najkrótsze w stosunku do wzrostu ręce; a więc prawdopodobnie przedstawiają typ najlepiej rozwinięty i najlepiej odżywiony, najodporniejszy też na wszelkie choroby, a więc, być może, i na gruźlicę. Z pośród pozostałych dwóch kategoryi — poza wyższym nieco wzrostem średniogłowi okazali słabiej, niż podłużnogłowi rozwiniętą klatkę piersiową i niższą wagę, oraz dłuższe w stosunku do wzrostu ręce. Średniogłowi przeto, a nie podłużnogłowi okazali podług moich obliczeń typ najgorzej zbudowany i najgorzej odżywiony, — a więc i najwrażliwszy na wszelkie choroby. Zwrócić jednak należy uwagę, że średniogłowych zbadaliśmy mniej, niż podłużnogłowych i krótkogłowych, a następnie i na to, że w pewnych razach towarzyszące chorobom wychudnienie, które przecież nie oszczędza i powłok czaszki, może znacznie zmienić wskaźnik głowy, co może być przyczyną zaliczenia dawnego średniogłowca do podłużnogłowych. Jeżeli np. wymiary głowy długiej 19·1 ctm, a szerokiej 14·9 ctm o wskaźniku 78·01 — wskutek schudnięcia zmniejszą się o 0·3 ctm, to otrzymamy dla długości 18·8, a dla szerokości 14·6 — co odpowiada wskaźnikowi 77·66, zaliczanemu już do wskaźników podłużnogłowych. Być więc może, że wiele z badanych przez Dr Polańskiego osobników zostało zaliczonych do podłużnogłowych tylko wskutek wychudnienia.

Co do kobiet, to i wśród nich największy wzrost, obwód klatki piersiowej i wagę, a najkrótsze ręce, okazały krótkogłowe; średniogłowe zaś tak, jak i średniogłowi mężczyźni, przy wyższym wzroście i dłuższych rękach, oraz słabszym, niż u podłużnogłowych rozwoju klatki piersiowej, mają jednak, wbrew temu, cośmy zauważyli u mężczyzn, wyższą względnie i bezwzględnie wagę. Podłużnogłowe przeto kobiety przy niższym wzroście, a lepiej rozwinięte klatce piersiowej okazały się jednak słabiej odżywione. I tutaj jednak musimy wspomnieć o wątpliwościach, o których mówiliśmy przed chwilą, mówiąc o mężczyznach.

Z porównania wyników, otrzymanych przezemnie z wynikami, otrzymanymi przez Dr Polańskiego, wypada, że wogóle typ krótkogłowy, (wśród mężczyzn taksamo, jak i wśród kobiet), o krótkich rękach, jest lepiej odżywiony i lepiej zbudowany, niż typ o węższej, a dłuższej czaszce i dłuższych rękach. Wśród tego jednak ostatniego słabszą wogóle budowę okazują nie podłużnogłowi, lecz średniogłowi. — Czy nie odgrywa tu pewnej roli stwierdzona wielokrotnie okoliczność, że mieszańcy (w danym wypadku typu krótkogłowego i długogłowego) okazują zwykle mniej sił żywotnych, niż rasy czyste? Bądź co bądź typ o dłuższej, a węższej czaszce okazuje się słabiej zbudowanym i gorzej odżywionym, niż krótkogłowcy, a więc skłonniejszy też jest prawdopodobnie do wymierania, a być może tylko przy mieszaniu się z krótkogłowcem, do ustępowania mu miejsca.

Dla wyjaśnienia sprawy należy jeszcze sięgnąć i do naszej prahistoryi i to nie do tej pisanej, lecz do tej, która dotychczas leży w ziemi i czeka na badaczów, ażeby ją zechcieli odkopać i odczytać. Mówię tu o szczątkach naszych praojców z tak zwanych cmentarzysk rzędowych. — Z cmentarzysk tych (przeważnie z powiatu płockiego, płońskiego i sierpskiego), częściowo rozkopanych przez mego

przyjaciela ś. p. Tarczyńskiego, częściowo przez Dra Dudrewicza, a w większej części przezemnie, udało mi się otrzymać czaszek zdatnych do pomiarów 69; z nich 54, to jest 87·1% miało wskaźnik poniżej 75, — 5 czyli 8·1% wskaźnik powyżej 75, a 3 czyli 4·8% wskaźnik 77·77 do 79·77. Wzrost udało mi się wymierzyć w 30 przypadkach dla szkieletów męskich i w 13 — dla kobiecych. Dla mężczyzn wzrost ten wyniósł średnio 182·7, dla kobiet zaś 157·9 ctm. Liczby to tylko przypuszczalne, boć pomiary kości rozsuniętych, często znacznie uszkodzonych, dalekie są od rzeczywistości. Tak wygląda wynik naszych pomiarów w całości. Jeżeli jednak obliczymy czaszki z rozmaitych cmentarzysk oddzielnie, to okaże się, że wskaźnik czaszek wypadnie dla nich niejednakowy; 13 np. czaszek z jednego z najstarszych cmentarzysk w Turowie okazało średni wskaźnik 60·81. Taki sam mniejwięcej wskaźnik okazała czaszka z cmentarzyska w Święcicach. Trzy czaszki z cmentarzysk nieco młodszych w Blichowie i Rogowie dały nam wskaźnik 71·88. 26 czaszek ze starego również cmentarzyska w Płońsku miało średni wskaźnik 72·19; 4 czaszki z późniejszego cmentarzyska w Krasinie — 73·63; 2 czaszki z cmentarzyska z czasów Kazimierza Odnowiciela (a więc mniejwięcej z XI wieku) w Orszynowie 73·74; 6 czaszek z cmentarzyska (z tego samego mniejwięcej czasu) w Korzybiu — 73·22. Widzimy więc z powyższego, że im więcej cmentarzysko zbliża się do naszych czasów, tym wyższym okazuje się wskaźnik znajdowanych w nim czaszek, tem więcej tracą one cechy krańcowej długogłowości. A dodać należy, że w żadnem z tych cmentarzysk (poza cmentarzyskiem płońskiem, na którem przy postawionym tam kościele grzebano nieboszczyków i według obrządku chrześcijańskiego — w trumnach) czaszek krótkich zupełnie nie znajdowano, o mieszaniu się więc dwóch typów w czasach, z których pochodzą cmentarzyska, trudno chyba mówić poważnie. Stopniowe zmniejszanie się krańcowej długogłowości w epoce cmentarzysk rzędowych moglibyśmy objaśnić chyba naturalną powolną ewolucyą typu długogłowego w kierunku krótkogłowia, może wskutek powolnego lecz stałego rozwoju i powiększania się masy mózgu, a może i wskutek jakichś innych niezbadanych dotąd okoliczności. — W każdym razie to, cośmy przytoczyli powyżej, każe nam nieco ostrożniej wysnuwać wnioski ze wspomnianych w początkach niniejszej notatki danych, co do budowy i odżywienia obecnej ludności krótkogłowej i długogłowej, a niewątpliwe zmniejszanie się odsetkowe typu podłużnogłowego tymczasowo uzależniać nietylko od wrzekomej, czy rzeczywistej jego słabszej budowy, ale, być może, i od naturalnej ewolucyi. — Sprawę powyższą i towarzyszące jej wątpliwości rozstrzygnąćby mogły bez porównania liczniejsze, niż podane przezemnie badania ludności tegoczesnej i znajdujących się w cmentarzyskach szkieletów i do tych właśnie badań, będących chyba godziwą i szlachetną rozrywką w monotonnej nieraz naszej praktyce, ośmielam się jaknajgoręcej zachęcać moich Kolegów z prowincyi.

Ze szpitala Anny Maryi dla dzieci w Łodzi (lekarz naczelny Dr W. Schoenaich) i z oddziału Prof. Marfana w Hôpital des Enfants Malades w Paryżu.

Odczyny anafilaktyczne w gruźlicy dziecięcej.

Podała

H. Rozenblatówna.

Do najważniejszych zdobyczy ostatnich lat w dziedzinie dyagnostyki gruźlicy dziecięcej należy bezwątpienia odczyn skórny Pirqueta. Bez znaczenia prawie u dorosłych, u dzieci stał się on nieocenionym środkiem pomocniczym, dostępnym dla najszerszego ogółu lekarzy praktyków. Swoistość odczynu Pirqueta, stwierdzona w niezliczonych przypadkach bądź przez przebieg kliniczny, bądź przez wynik autopsyi, wydawała się do ostatnich czasów niewątpliwą, a czułość tej próby dla celów rozpoznawczych zupełnie wystarczającą; w nowszem piśmiennictwie jednakże odzywają się i przeciwne głosy: z jednej strony dodatni wynik odczynu Pirqueta ma nie w każdym przypadku dowodzić gruźlicy, nawet nieczynnej (Bernheim-Karrer, Freund, Nothmann, Engel i Bauer), z drugiej — ujemny odczyn niezawsze ją wyłącza, skoro inny, czulszy odczyn tuberkulinowy może w tym samym przypadku wypaść dodatnio. Odczynem tym ma być »próba śródskórna« (intradermoréaction) Mantoux, względnie »odczyn ukłucia« (Stichreaction) Hamburgera, odczyny prawie identyczne, różniące się bardzo nieznaczną modyfikacyą w technice, stosowane przez tych autorów od r. 1908, a opisane poraz pierwszy przez Epsteina już w r. 1891

Mając do rozporządzenia zarówno w szpitalu Anny Maryi (I—IX 1910), jak i na oddziale Prof. Marfana (X 1910—II 1911) bogaty materyał gruźliczy, zajęłam się próbami tuberkulinowemi w celu sprawdzenia niektórych szczegółów, dotyczących czułości i swoistości odnośnych odczynów, zarówno jak ich stosunku do stopnia zakażenia ustroju gruźlicą i do tworzenia się niweczników w ustroju gruźliczym.

Odczyn Pirqueta i próbę śródskórną stosowałam porównawczo u 679 dzieci w wieku od 2 tygodni do 15 lat: do obydwu prób używałam bądź starej tuberkuliny (Alttuberkulin) Kocha (u nas), bądź tuberkuliny z instytutu Pasteura (w Paryżu): do odczynu Pirqueta nierozcieńczonej, do próby śródskórnej w rozczynie 1:10.000 i ilości 0·1 gr. (= 0·01 mg. na dawkę). Rozczyny te przygotowywałam co 4—5 dni, nigdy rzadziej, ze względu na to, iż tuberkulina w większych rozcieńczeniach zachowuje tylko przez krótki czas swe własności. Obydwie próby wykonywałam stale zupełnie jednocześnie (w 2 symetrycznych miejscach na prawem i lewem przedramieniu), pamiętając o łatwem i szybkiem uczulaniu się ustroju gruźliczego wobec tuberkuliny, wobec czego niezachowanie tego szczegółu technicznego mogłoby stać się powodem mylnych wyników.

Przypadki moje zestawiam oddzielnie podług wieku i podług rozpoznań klinicznych.

Najmłodsze dziecko, które oddziaływało dodatnio na obydwie próby, miało $2^1/_2$ miesiąca i wynik prób został potwierdzony przez autopsyę (Tubercul. pulm.). Badań pośmiertnych było ogółem 39, z tych w 2 wynik prób nie został potwierdzony.

I. Podług wieku.

	Obydwa odczyny ujemne	Obydwa odczyny dodatnie	Odczyn Pirqueta ujemny Próba śródskórna dodatnia	Odczyn Pirqueta dodatni Próba śródskórna ujemna	Razem
0 — 6 mies.	44	2	—	—	
6 — 12 »	42	8	—	—	
1 — 2 lat	69	16	—	1	
2 — 4 »	98	49	2	2	
4 — 6 »	49	37	1	—	
6 — 10 »	72	87	8	1	
10 — 15 »	30	58	2	1	
Razem	404	257	13	5	679

II. Podług rozpoznań.

a) Przypadki klinicznie niegruźlicze.

	Obydwa odczyny ujemne	Obydwa odczyny dodatnie	Odczyn Pirqueta ujemny Próba śródskórna dodatnia	Odczyn Pirqueta dodatni Próba śródskórna ujemna	Razem
Pneumonia	40	15	3	—	
Scarlatina	40	11	1	—	
Typhus abd.	22	8	—	—	
Inne	286	102	7	1	
Razem	388	136	11	1	536

b) Przypadki gruźlicy.

	Obydwa odczyny ujemne	Obydwa odczyny dodatnie	Odczyn Pirqueta ujemny Próba śródskórna dodatnia	Odczyn Pirqueta dodatni Próba śródskórna ujemna	Razem
Tbc. pulmonum	3	40	2	4	
Scrofulosis	—	20	—	—	
Tbc. gland. br.	—	7	—	—	
Tbc. laryngis	—	1	—	—	
Tbc. gl. mesent.	—	1	—	—	
Tbc. intestini	—	1	—	—	
Peritonitis tbc.	2	3	—	—	
Typhobacillosis	—	2	—	—	
Lymphaden. tbc.	—	3	—	—	
Tbc. miliaris	2	—	—	—	
Meningitis tbc.	7	6	—	—	
Spondylitis	—	13	—	—	
Coxitis	2	5	—	—	
Tumor albus	—	7	—	—	
Tbc. ossium	—	10	—	—	
Lupus	—	2	—	—	
Razem	16	121	2	4	143

1) E. H. 11 lat. Rozpozn. kliniczne: Tumor cerebelli, rozpoznanie anatomiczne (9. VIII) takiesamo. W płucach stwierdzono kilka niewielkich zserowaciałych i zwapniałych ognisk gruźliczych. Obydwa odczyny były 4. VIII. ujemne.

Przypadek ten wskazuje, iż nie każda gruźlica nieczynna oddziaływa na próby tuberkulinowe. Inne, 13-letnie dziecko, z rozp. klin. »Sepsis« i odczynami dodatnimi, nie przedstawiało innych zmian gruźliczych, jak również jedno takie zwapniałe ognisko w miąższu płucnym.

2) M. G. $10^1/_2$ l., Chorea minor, Pericarditis adhaesiva. Odczyny ujemne, wykonane po 3 dniach powtórnie, były narazie znowu ujemne, 3-go dnia wątpliwe, 4-go słabo dodatnie. Próba śródskórna, powtórzona jeszcze 3-krotnie w dwudniowych odstępach, dawała za każdym razem odczyn słaby i krótkotrwający, lecz wyraźnie dodatni. Badanie pośmiertne (4. I. w klinice Prof. Marfana) makroskopowe i mikroskopowe nie wykazało gruźlicy; świnki morskie, którym wstrzyknięto zawiesinę z osierdzia, pozostały przy życiu: u zabitych po 6 tygodniach zmian gruźliczych nie wykryto.

W przypadku tym więc mieliśmy istotnie przykład odczynu nieswoistego w rodzaju tych, jakie Bauer, Freund i inni opisali u niemowląt. Nie zatrzymuję się nad kilkoma przypadkami posuniętej gruźlicy płuc, zapalenia opon gruźliczego i gruźlicy prosówkowej, które nie oddziaływały również na żaden z odczynów, ze względu na to, iż są to fakty znane.

Przypadki, w których odczyn Pirqueta był ujemny, śródskórny zaś dodatni, badane pośmiertnie nie były; u 2 jednakże była niewątpliwie pewna klinicznie gruźlica, potwierdzona zresztą przez dodatni wynik powtórnej próby Pirqueta. Co do pozostałych, były to dzieci, klinicznie niegruźlicze, jak wskazują rozpoznania:

Chorea	3
Pneumonia croup.	2
Bronchopneumonia	1
Mastoiditis	1
Scarlatina	1
Nephritis	1
Phlegmone	1
Taenia	1

W pięciu z nich powtórny odczyn Pirqueta wypadł również dodatnio, w 6 pozostał ujemny.

Natomiast we wszystkich przypadkach (5), w których odczyn Pirqueta był dodatni, odczyn śródskórny zaś po 0·01 mg. ujemny, powtórne wstrzyknięcie 0·1 mg. śródskórnie dało wynik dodatni. U czworga z tych dzieci rozpoznano gruźlicze charłactwo, u piątego próba śródskórna wypadła ujemnie wskutek wybitnego obrzęku skóry (hydraemia). 6 przypadków (gruźlicy nieczynnej), w których odczyn Pirqueta, 2-go dnia jeszcze ujemny, wypadł dodatnio »wtórnie«, 3., 4. i 5. dnia, pod wpływem dodatniego odczynu śródskórnego, zaliczam oczywiście do dodatnich.

Niewielka odsetka przypadków dodatniego śródskórnego odczynu przy ujemnym odczynie Pirqueta, 13 na 257, t. j. 5%, w moich spostrzeżeniach przemawia przeciwko bezwzględnemu odrzuceniu próby Pirqueta i zastąpieniu jej przez odczyn śródskórny, popierany zwłaszcza przez autorów francuskich.

Próba Pirqueta, znacznie łatwiejsza w wykonaniu, nie wymagająca użycia strzykawki, ani ciągłego przygotowywania świeżych rozczynów, będzie miała w rękach praktyka zawsze pierwszeństwo; odczyn śródskórny nadaje się zaś, jako próba wtórna, w przypadkach niepewnych o odczynie Pirqueta wątpliwym.

Za takiem ograniczeniem przemawia również fakt, iż powikłania w postaci odczynu ogólnego, bardzo rzadkie

przy szczepieniu tuberkuliny nawet nierozcieńczonej metodą Pirqueta, znacznie częściej występują przy wstrzykiwaniach śródskórnych. Mantoux przytacza na 62 przypadki dwukrotne podniesienie ciepłoty do 38° i 39°; Comby opisuje przypadek ciężkiej zgorzeli u 21-miesięcznego dziecka, wywołanej przez dodatni odczyn śródskórny; w moich przypadkach wystąpiły również kilkakrotnie różne powikłania, które kładę na karb odczynu śródskórnego, pomimo, iż jednocześnie była wykonana próba Pirqueta, ze względu na dawniejsze moje oraz innych autorów doświadczenie pod tym względem: poprzednio nigdy mianowicie nie spostrzegałam tego rodzaju odczynów ogólnych przy stosowaniu tylko próby Pirqueta.

Odczyn gorączkowy spostrzegałam ogółem 13 razy (u większości dzieci mierzono ciepłotę w ciągu pierwszych 2 dni po próbie tuberkulinowej 6 razy na dobę)

40°	1 raz
39·6°	1 «
39°	1 «

w pozostałych przypadkach poniżej 39°. U kilkorga dzieci wystąpił po stronie wstrzyknięcia śródskórnego obrzęk całego przedramienia; u jednego odczyn śródskórny występował za każdym razem w postaci krwotocznej, pomimo, iż ani przy wstrzyknięciu nie uszkadzałam żadnego naczynia, ani też cierpienie dziecka (insuffic. et stenosis mitralis) nic ze skazą krwotoczną nie miało wspólnego. W jednym przypadku gruźliczego zapalenia opon u $3^1/_2$-rocznego dziecka wystąpił w 20 godzin po wstrzyknięciu śródskórnem odczyn w postaci obrzęku i jednolitego zaczerwienienia całej górnej kończyny, przechodzącego na tułów i drugą górną kończynę jako ogólna wysypka, podobna do odry wzgl. pokrzywki. W kilka godzin później wysypka ta znikła, zaczerwienienie ramienia ustąpiło, wystąpił natomiast odczyn miejscowy, niezbyt wybitny. Ciepłota podniosła się do 37·8° (z 36·2°). Odczyn Pirqueta ujemny.

Zapalenie gardła, jako powikłanie tuberkulinowe, opisywane przez Krämera w 22·8% przypadków, spostrzegałam u jednej tylko dziewczynki w postaci zaczerwienienia i bólu gardła jednocześnie z odczynem gorączkowym w 24 g. po próbie. Ponieważ u innych dzieci nie oglądałam systematycznie gardła, możliwe jest, iż ta postać odczynu ogólnego uchodziła nieraz mojej uwagi.

Na zasadzie tych, często tak silnych, bądź miejscowych, bądź ogólnych odczynów, sądzę, iż wstrzykiwanie śródskórne nawet tylko $^1/_{100}$ miligrama jest nieraz ryzykowne. Dotyczy to przedewszystkiem dzieci z nadwrażliwością wobec tuberkuliny (zołzy, gruźlica chirurgiczna) i w tych przypadkach pierwszą, oryentacyjną, próbą może być tylko odczyn Pirqueta. Dopiero w razie ujemnego wyniku tego odczynu możemy bez obawy już zastosować tuberkulinę śródskórnie w ilości 0·01 mg. lub nawet 0·1 mg. Na 29 przypadków dodatniego odczynu śródskórnego, wykonanego po ujemnej próbie Pirqueta, było 5 zupełnie pewnej klinicznie gruźlicy:

Meningitis tubercul. . . .	3
Tumor albus	1
Tbc. pulmonum	1

W razie niepewnego wyniku przy 0·01 mg. nieraz dopiero 0·1 mg. może rozstrzygnąć wątpliwość. Na 70 przypadków, podejrzanych o gruźlicę, które nie oddziaływały ani na próbę Pirqueta, ani na 0·01 mg. i którym wstrzyknęłam 0·1 mg., otrzymałam 23 dodatnie i 47 ujemnych wyników. Śród dodatnich było 15 klinicznie niegruźliczych i 8 gruźlic:

Meningitis tuberculosa . .	1
Tuberculosis pulmonum . .	4
Coxitis	1
Peritonitis tbc.	2

Mniejsze natomiast znaczenie rozpoznawcze ma podług mnie wstrzykiwanie 1 mg. w razie ujemnego wyniku po 0·01 wzgl. 0·1 mg. Na 79 takich przypadków miałam 70 ujemnych i tylko 6 dodatnich odczynów:

Typhus abd.	1
Scarlatina	2
Pleuritis exsud.	1
Sclerosis multipl.	1
Fractura	1

W 3 pozostałych wynik był wprawdzie również wyraźnie dodatni, mimoto niemiarodajny, gdyż były to 2 przypadki duru i 1 zapalenie płuc, w których 0·01 wzgl. 0·1 mg. wstrzykiwałam w okresie wysokiej ciepłoty (40°), 1 mg. zaś po jej spadku, wiadomo zaś, iż zarówno dur, jak i zapalenie płuc mają w okresie gorączkowym zmniejszać wrażliwość na tuberkulinę.

Pozostaje jeszcze rozstrzygnąć pytanie, w jakich odstępach czasu należy ponawiać próby śródskórne dla otrzymania jaknajpewniejszego wyniku. Czy, jak radzi Hamburger, po 24, najwyżej 48 godzinach dla uniknięcia nadmiernego uczulenia i odczynu ogólnego, czy też właśnie starać się osiągnąć jaknajwiększe uczulenie. Na zasadzie 38 przypadków, w których wstrzykiwałam tę samą dawkę tuberkuliny śródskórnie wielokrotnie (od 2—12 razy) w różnych odstępach czasu, w celu poznania zależności uczulania się ustroju od odstępów czasu między poszczególnymi odczynami, doszłam do następujących wniosków:

1) O wtórnem uczuleniu stanowi przedewszystkiem nasilenie pierwszego odczynu i »typ anafilaktyczny« danego osobnika, jeśli można się tak wyrazić, t. j. fakt, czy należy on do łatwo czy też trudno się uczulających. U niektórych dzieci odczyn śródskórny, średnio silny od początku, pozostaje takim bez zmiany przy następnych wielokrotnych próbach; u innych — przy zachowaniu dokładnie tej samej techniki — identyczny za pierwszym razem odczyn stawał się już po drugiem lub trzeciem wstrzyknięciu tak silny, iż zmuszona byłam do zaniechania dalszych prób. O ile odczyn był za pierwszym razem bardzo słaby, to zwykle takim pozostaje i przy dalszych próbach i odwrotnie, dzieci, oddziałujące silnie za pierwszym razem, uczulają się bardzo wybitnie.

2) Uczulenie wyraża się we wzmożeniu się nasilenia odczynu i w skróceniu trwania wylęgania.

3) Przypadki, oddziałujące przy pierwszej próbie ujemnie, nie uczulają się tak, iżby zachodziła obawa nadmiernego odczynu za następnym razem.

4) Powtarzanie odczynu śródskórnego już po 24 godzinach (Hamburger) wydaje mi się przedwczesnem wobec tego, iż odczyn ten wogóle występuje stosunkowo późno (w porównaniu z odczynem Pirqueta) i dochodzi szczytu dopiero po 48 godzinach. Uważam więc dwie doby (2×24 godz.) za najwcześniejszy termin ponownej próby, a obawę nadmiernego uczulenia przy późniejszych próbach (u dzieci

za pierwszym razem zupełnie nie oddziałujących) za nieuzasadnioną.

Pozostaje mi do omówienia jeszcze ostatnia serya przypadków, w których szło mi o stwierdzenie stosunku, jaki zachodzi między: 1) oddziaływaniem ustroju gruźliczego na tuberkulinę i stopniem zakażenia gruźliczego z jednej strony, a 2) tworzeniem się swoistych niweczników w tym ustroju (wiązanie dopełniacza) z drugiej. Niedawno jednak dopiero rozpoczęte i niedość jeszcze liczne moje w tym kierunku spostrzeżenia nie dają mi prawa do zabierania już dziś głosu w tej sprawie; poprzestaję tylko na zaznaczeniu, iż dotychczas, po zbadaniu kilkudziesięciu przypadków co do 1-go i kilkunastu — co do 2-go punktu, nie udało mi się stwierdzić żadnego związku i wzajemnej zależności tych czynników.

Z pracowni kliniki dermatologicznej Prof. Jadassohna w Bernie.

Kilka słów w sprawie martwicy tkanki tłuszczowej podskórnej.

Podał

Dr med. J. Leyberg (Łódź).

Martwica tkanki tłuszczowej (Fettgewebsnekrose), znana nam w patologii ludzkiej przeważnie jako martwica tłuszczu trzustki i otaczającej ją otrzewnej, przedstawia sprawę patologiczną sui generis i występuje pod wpływem zupełnie innych warunków, niż martwica innych rodzajów tkanek zwierzęcych. Tesame warunki, które są zdolne doprowadzić inne tkanki do martwicy i rozpadu, działając na tkankę tłuszczową, zmieniają ją w zupełnie innym kierunku. Dla podskórnej tkanki tłuszczowej stanowią one tylko silniejszy bodziec, pod wpływem którego komórki tłuszczowe okazują wyraźną tendencyę do bujania i zmian postępowych.

Na tę właściwość tkanki tłuszczowej pierwszy zwrócił uwagę Czajewicz w pracy, wykonanej w Warszawie w pracowni Hoyera i ogłoszonej po niemiecku w roku 1866 w »Archiv f. Anatomie und Physiologie«. W pracy tej Czajewicz dochodzi do wniosku, który przed nim przez nikogo wypowiedzianym nie był, mianowicie, że komórki tłuszczowe pod wpływem pewnych substancyi drażniących zdolne są do wytwarzania w obrębie własnej plazmy młodych elementów komórkowych, podobnych do młodych komórek łącznotkankowych.

Flemming, który powtórzył doświadczenia Czajewicza i zagadnieniu temu poświęcił kilka prac, nazywa sprawę tę »zanikiem z bujaniem« (Wucheratrophie). Sprawa ta polega w zasadzie na następującem: w pierwotnej komórce tłuszczowej zjawia się kilka lub wiele jąder; jądra te albo leżą w ogólnej plazmie komórki bez wzajemnego odgraniczenia, albo też każde jądro lub tylko niektóre z nich otoczone są wyraźnie odgraniczoną bryłką protoplazmy, tak, że cała przestrzeń pierwotnej komórki tłuszczowej sprawia wrażenie, jak gdyby była wypełniona ogromną nieraz ilością komórek małych, młodych, wewnątrz komórki macierzystej powstałych. W protoplazmie wielu z tych młodych nowoutworzonych komórek daje się przy poruszaniu śrubą mikrometryczną zauważyć budowa delikatnie wodniczkowata, inne znów komórki wykazują większe lub mniejsze t. zw. krople poboczne (Nebentropfen), które według Flemminga mają być tłuszczem, powstałym wtórnie wewnątrz protoplazmy komórek nowoutworzonych. Gdy liczba nowoutworzonych komórek, względnie jąder, jest bardzo znaczną, otoczka komórki macierzystej pod wpływem zwiększonego napięcia pęka i treść jej wydostaje się na zewnątrz. Wtenczas w miejscach, które uległy temu zanikowi (nigdy jednocześnie na całej przestrzeni tkanki tłuszczowej), tkanka tłuszczowa zatraca zupełnie swój pierwotny charakter i na jej miejscu widzimy szereg porozrzucanych jąder i różnokształtnych komórek. Te komórki nazywa Flemming »wucheratrophische Zellen«.

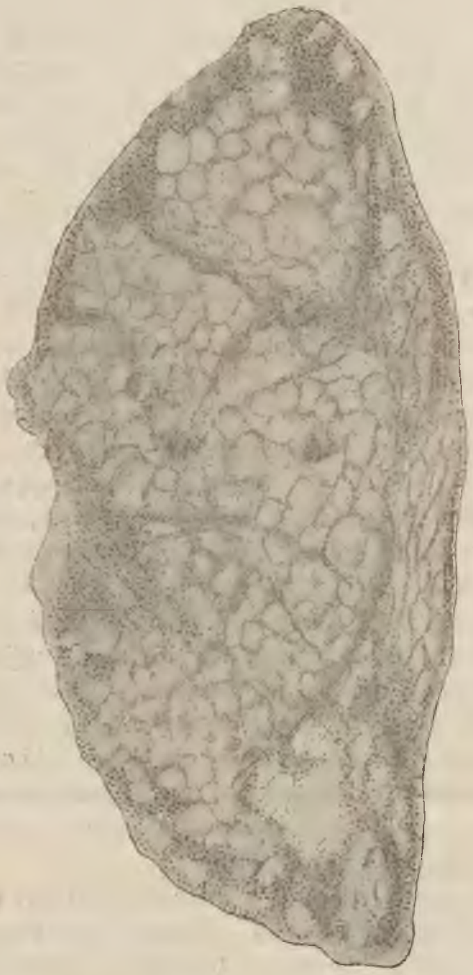
Co do pochodzenia tych wybujałych elementów komórkowych, to w pracach anatomo-patologów, którzy dopiero w ostatnich czasach sprawie tej poświęcili więcej uwagi, znajdujemy pogląd, że są one pochodzenia leukocytów, chociaż autorowie ci przyznają, że trudno jest je nieraz odróżnić od elementów, powstałych z komórek tłuszczowych (Maximoff, K. Ziegler, Verebély). Marchand wyprowadza je wszystkie wyłącznie od komórek tłuszczowych. Ten pogląd zdaje się być prawdopodobniejszym, ponieważ taki sam proces w tkance tłuszczowej spotykamy u zwierząt i ludzi, poddanych głodzeniu, gdzie nie widzimy żadnych śladów zapalenia (Flemming, Schidachi). Są to zatem najprawdopodobniej wybujałe resztki protoplazmy i jąder pierwotnych komórek tłuszczowych, które należy uważać za wynik ich odczynu na niepomyślne i utrudnione warunki odżywiania, powstające przy głodzeniu lub przy miejscowem zapaleniu. Im bodziec, wywołujący miejscowe zapalenie, jest silniejszy, tem silniejszą jest sprawa bujania.

Wybornym przedmiotem dla demonstracyi tej właściwości tkanki tłuszczowej jest — jakem się o tem osobiście przekonał — skóra królika. Wstrzykując królikowi głęboko pod skórę 4% zawiesinę kalomelu widzimy, jak skąpa ilość komórek tłuszczowych, (które w skórze królika nie tworzą zbitej warstwy, lecz ułożone są w postaci wązkich płacików tłuszczu pomiędzy grubemi włóknami właściwej tkanki łącznej), ulega silnemu bujaniu, tworząc szerokie wyspy komórek pochodnych od komórek tłuszczowych, które rozpychają leżące pomiędzy niemi włókna łącznotkankowe. W miejscach, gdzie w otaczającej tłuszcz tkance łącznej tworzą się ogniska rozpadowe i ropnie, możemy z łatwością rozpoznać te odporne dobrze zachowane elementy komórkowe (»wucheratrophische Zellen«).

Badając przewlekłe stany zapalne tkanki tłuszczowej podskórnej u różnych zwierząt, przekonałem się, że pod wpływem środków rozpuszczających tłuszcz tkanka tłuszczowa może uledz typowej martwicy, jaką spotykamy w trzustce.

Przy wstrzykiwaniu tych środków napotykamy na pewne trudności techniczne, ponieważ szczury, które się najbardziej nadają do takich doświadczeń dzięki temu, że mają obfitą podściółkę tłuszczową podskórną, po wstrzyknięciu odpowiedniej ilości płynu często zdychają, zanim jeszcze zdołają się w tkance tłuszczowej wytworzyć głębsze zmiany. W przypadkach takich tkanka tłuszczowa jest tylko mechanicznie porozrywaną, a jej otoczenie naciekłe drobnokomórkowo. Najlepiej do tego celu nadaje się eter. Rozle-

głe ogniska martwicy tkanki tłuszczowej udało mi się otrzymać w podplatyzmoidalnej warstwie tłuszczowej skóry białego szczura na 10-ty dzień po jednorazowem wstrzyknięciu podskórnem 3 gramów eteru i dodawaniu w miejsce nacieklłe codziennie po 1—2 kropli. Ogniska takie (patrz rycinę) przedstawiają się pod drobnowidem jako martwaki



(sequester), pozbawione jąder, otoczone zapalnym pasem demarkacyjnym, w których po ustaleniu alkoholem komórki tłuszczowe wypełnione są jednolitą bezbarwną masą. W środku takich ognisk widoczne są tu i ówdzie nieforemne strzępki i bryłki, rozpuszczalne w kwasie octowym stężonym i silnie barwiące się błękitem metylenowym (złogi tłuszczanów wapnia). Dodać tutaj muszę, że dla wywołania martwicy tkanki tłuszczowej podskórnej widocznie prócz miejscowego wpływu środków rozpuszczających tłuszcz, potrzebne są jeszcze inne, bliżej nieznane nam warunki, w przypadkach bowiem kontrolnych mimo stosowania tej samej metody nie udało mi się wywołać martwicy.

W patologii ludzkiej martwica tkanki tłuszczowej podskórnej nie odgrywa żadnej roli. Zdarza się ona obok martwicy tkanki tłuszczowej podotrzewnej i podopłucnej w rzadkich przypadkach urazów trzustki, w których dochodzi do ogólnego przesiąknięcia tkanek ustroju fermentem rozszczepiającym tłuszcz (według Opie, przyt. u Kaufmana), w warunkach zatem do pewnego stopnia podobnych do tych, przy których u zwierząt zjawisko to daje się wywoływać sztucznie.

Piśmiennictwo.

1) Czajewicz: Mikroskopische Untersuchungen über die Textur, Entwicklung, Rückbildung und Lebensfähigkeit des Fettgewebes. Archiv f. An. u. Physiol. 1866. — 2) Flemming: Über die Veränderungen des Fettgewebes bei Atrophie und Entzündung. Virchows Archiv. T. 52. 1871. — 3) Kaufmann: Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie. — 4) Leyberg: O przewlekłem zapaleniu tkanki tłuszczowej skóry białego szczura. Medycyna i Kron. lek. 1910. Nr 37, 38, 39. — 5) Marchand: Prozess der Wundheilung. Deutsche Chirurgie. 1901. — 6) Maximoff: Über entzündliche Bindegewebsneubildung bei der weissen Ratte und die dabei auftretenden Veränderungen der Mastzellen. Beiträge zu pat. An. u. zur allg. Pathologie v. Ziegler. T. XXXV. Z. 1. 1904. — 7) Verebély: Die Granulation des menschlichen Fettgewebes. Beitr. zur klin. Chirurgie. T. LIV. Z. 2. — 8) K. Ziegler: Histologische Untersuchungen über das Oedem der Haut und des Unterhautzellgewebes. Beiträge zur pathol. Anatomie und zur allg. Pathol. Bd. XXXVI. 1904.

Szpitalnictwo w gubernii Siedleckiej

przez

Dra A. Jarosińskiego (Sterdyń).

Po sprawie szkolnej, jedną z ważniejszych spraw, oddawna oczekujących u nas na reformy, jest niewątpliwie sprawa szpitalniana. Gdy oświata u nas stoi jeszcze bardzo nizko i mamy wysoki odsetek analfabetyzmu (68%), to i w dziedzinie szpitalnictwa znajdziemy potworne, iż tak się wyrażę, stosunki.

Ludność nasza szybko wzrasta, szpitali jednak od szeregu lat nie przybywa, ba nawet zaczynają ubywać. Te stosunki znajdujemy na całym obszarze naszego kraju, znajdujemy je i u nas w gub. Siedleckiej.

Że szpitalnictwo u nas w ostatnich dziesiątkach lat upada, dowodzą następujące cyfry (zob. tabl. I.):

Tablica powyższa[1]) jasno wykazuje, że sprawa szpitalniana u nas nie postępuje, ale cofa się wstecz.

W krajach kulturalnych szpitale cieszą się opieką społeczeństw i rządów; kraje te chlubią się ilością oraz doskonałem urządzeniem swych szpitali, zawczasu obmyślają środki ku budowie nowych i rozszerzeniu starych; u nas zaś nic prawie w tym kierunku się nie robi.

Jak daleko pozostaliśmy w tyle poza Europą, niech pouczy następujące porównawcze zestawienie z krajami Rzeszy Niemieckiej (zob. tabl. II.).

Jak szybko rozwija się szpitalnictwo w Niemczech, widać tablicy III. (według Krankenhaus- Lexicon für das Deutsche Reich, 1900).

Wogóle w Niemczech od r. 1876 do 1900, tj. w ciągu 25 lat ilość szpitali wzrosła z 3000 do 6300, a ilość łóżek ze 140,900 do 370,000, tj. przeszło się podwoiła.

W Królestwie zaś Polskiem od r. 1867 do 1909, t. j. w ciągu 42 lat przybyło tylko 13 szpitali (przeważnie prywatnych fabrycznych), w gub. zaś Siedleckiej przybyły dwa szpitale, a jeden ubył.

Nie mam pod ręką liczb, odnoszących się do Francyi lub Anglii, gdzie szpitalnictwo wyżej jeszcze stoi, niż w Niemczech; wynik porównania liczb w tym razie byłby jeszcze bardziej monstrualny.

By się zrównać z Księstwem Poznańskiem, które posiada 20 łóżek szpitalnych na każde 10,000 mieszkańców i jest ostatnią pod względem szpitalnym prowincyą niemiecką, my przy 10,200.000 ludności w Królestwie, musielibyśmy

[1]) Dr Męczkowski. Stan i potrzeby szpitali Król. Pol. 1905 oraz Sprawozdania urzędowe.

TABLICA I.

	Liczba szpitali w latach				Liczba łóżek szpitalnych w latach				Ludność w latach				Na 10,000 mieszkańców przypada łóżek szpitalnych w latach				Na 10.000 mieszkańców korzysta z pomocy lekarskiej w latach				Jedno łóżko przypada na mieszkańców w latach			
	1867	1897	1902	1909	1867	1897	1902	1909	1867	1897	1902	1909	1867	1897	1902	1909	1867	1897	1902	1909	1867	1897	1902	1909
Królestwo Polskie wraz z Warszawą	75	88	88	—	3,811	5,031	6,051	—	5,476,832	9,455,900	10,200,000	—	7,0	5,3	5,8	—	87,8	65,4	69,0	—	1430	1880	1686	—
Gubernia Siedlecka	8	10	10	9	147	172	172	183	455,496	776,500	836,500	1,021,711	3,2	2,2	2,0	1,8	46,6	45,7	44,0	40,0	3089	4507	4860	5583

TABLICA II.

Na 10,000 ludności w r. 1897 przypadało łóżek szpitalnych [2]).

	Liczba łóżek	Ludność	Na 10,000 mieszkańców przypada łóżek
Prowincye Nadreńskie	52,547	5,165,347	101,5
Alzacya	10,788	1,229,986	87,7
Król. Wirtemberskie	11,262	2,081,151	54,11
Westfalia	14,259	2,702,420	52,76
Śląsk Pruski	13,709	4.015,308	34,14
Prusy	7,266	3,400,749	21,40
Księstwo Poznańskie	2,565	1,828,748	19,49
		wtedy gdy	
Państwo Rosyjskie z kresami (1895)	72,242	119,288,804	6,2
Król. Pol. z Warszawą (1897)	5,030	9,255,900	5,3
Król. Pol. bez Warszawy (1897)	—	—	2,5
Gub. Siedlecka (1897)	172	775,300	2,2
Gub. Siedlecka (1909)	183	1,021,711	1,8

TABLICA III.

	Ilość szpitali		Ilość łóżek	
	1876	1900	1876	1900
Prusy	1626	3892	76,310	214,320
Bawarya	476	732	20,800	39,511
Saksonia	158	299	8,006	22,755
W. K. Badeńskie	149	275	6,487	17,213
W. K. Hesskie	69	84	3,111	6,679
Alzacya i Lotaryngia	130	222	8,151	20,231

i t. d.

śmy mieć 20,400 łóżek szpitalnych, zamiast obecnych 6,051, a w gub. Siedleckiej 2043, zamiast 185.

Cyfry te są wymowne.

Z kolei rzeczy wypada zaznajomić się z naszymi szpitalami.

Wszystkie szpitale w gub. Siedleckiej, od 1870 roku znajdujące się pod zarządem gubernialnej i powiatowych Rad Dobroczynności Publ., powstały z ofiar polskiego społeczeństwa w następującym chronologicznym porządku [3]).

I. Szpital w Białej, założony w 1716 r. przez księcia Karola Radziwiłła pod wezwaniem S-go Karola Boromeusza. Około 1890 r. szpital przemianowany został na szpital S. Maryi Magdaleny. Obsługą chorych do 1887 r. zajmo-

[2]) loco citato.
[3]) Sprawozdanie urzędowe z r. 1906.

wały się Siostry Miłosierdzia ze Stowarzyszenia św. Wincentego a Paulo (Szarytki), od tego zaś czasu Siostry Mił. ze Stow. św. Elżbiety (Krzyżanki). Od lat kilku istnieje kaplica prawosławna. Budynki szpitalne wskutek starości podległy zniszczeniu, przed paru przeto laty powstała myśl zbudowania nowego gmachu szpitalnego. Etatowych łóżek szpital posiada 25. Szpital w Białej jest najbogatszym w gubernii, oprócz bowiem posiadłości z lasami w Mokranach i serwitutami na dobrach w Białej, posiada przeszło sto tysięcy rs. kapitału[4]). W szpitalu leczy się około 650 chorych rocznie, na chorego wydaje się 88 kop. na dobę[5]).

II. Szpital w Siedlcach, założony na początku XIX stulecia przez książąt Ogińskich, którzy ofiarowali drewniany dom przy ul. Starowiejskiej, leczyli chorych na swój koszt i utrzymywali stałego lekarza. Ważniejsze daty w rozwoju tego szpitala są następujące: W r. 1817 szpital przechodzi pod opiekę parafii Siedleckiej, przyczem stworzono etat na 12 łóżek. W r. 1832 b. Rada Opiekuńcza Siedlecka zbiera składki od osób prywatnych i muruje piętrowy dom oraz oficynę przy tejże ulicy Starowiejskiej. Tą drogą powstaje szpital pod wezwaniem N. Maryi Panny. W 1866 roku taż Rada Opiekuńcza w celu przysporzenia szpitalowi dochodów, buduje przy szpitalu wanny do użytku ogólnego. W 1892 r. obecna Gubernialna Rada Dobroczynności Publ. uzyskuje od Ministeryum zapomogę w ilości 17,313 rs. i rozszerza szpital. W tymże roku nastały do Siedlec Siostry Mił. Elżbietanki, które odwołane na wojnę rosyjsko-japońską, zastąpione zostały przez zakonnice z prawosławnego klasztoru w Wirowie. Majątek szpitala wynosi 27,000 rs., etatowych łóżek 40. W szpitalu leczy się około 800 chorych rocznie, koszt utrzymania jednego chorego wynosi 64 kop. na dobę.

III. Szpital św. Konstancyi w Maciejowicach, wybudowany w 1834 r. przez hr. Stanisława Zamoyskiego, spełniającego wolę swej matki Konstancyi z książąt Czartoryskich, która w 1796 r. zapisała na cel powyższy 30.000 rs. Hr. Zamoyski wystawił swoim kosztem murowane budynki szpitalne, zapisany zaś przez swą matkę fundusz pozostawił jako kapitał żelazny. Szpital posiada etatowych łóżek 10, może jednak pomieścić do 30 chorych. W szpitalu leczy się około 300 chorych rocznie, wydatek dzienny na chorego wynosi 66 kop. W szpitalu Maciejowickim od niedawna obsługują chorych Siostry Szarytki.

IV. Szpital Żydowski w Międzyrzecu, urządzony w murowanym domu, ofiarowanym na ten cel przez Arona i Ryfkę małżonków Minców w 1837 r. Szpital po 8 latach zgorzał, a w 1851 r. po odbudowaniu zniszczony został przez huragan. Ponownie odrestaurowany, mieści w sobie 14 etatowych łóżek, leczy 200 chorych rocznie. Kapitał szpitala wynosi 5400 rs., na chorego wydaje się 50 kop. na dobę.

V. Szpital św. Tadeusza w Łukowie, założony w 1859 roku staraniem hr. Fr. Suchodolskiego z ofiar i składek dobrowolnych. Szpital mieści się w dawnym gmachu popijarskim, posiada etatowych łóżek 20. Od 1878 r. przy szpitalu są Siostry Mił. Szarytki. Szpital posiada 18583 rs. kapitału leczy 1300 chorych rocznie i wydaje na każdego po 44 kop. dziennie.

VI. Szpital św. Jerzego w Radzyniu, założony w 1849 roku staraniem b. Rady Opiekuńczej z ofiar i składek dobrowolnych. Z początku pod wezwaniem św. Kunegundy, od 1888 r. otrzymał nazwę św. Jerzego (Gieorgia). Siostry Mił. Szarytki w 1885 r. ustąpić musiały Siostrom Elżbietankom. Budynek szpitalny murowany, obszerny, w dobrym stanie, położony w pięknym ustronnym ogrodzie. Łóżek etatowych 20, kapitału 24,777 rs. W szpitalu leczy się około 280 chorych rocznie, dzienny wydatek na chorego wynosi 52 kop.

VII. Szpital św. Pawła w Sterdyni, założony w 1862 roku z dobrowolnych ofiar, staraniem Dra Sebastyana Rosickiego, oraz pp. Górskich, właścicieli Sterdyni. Budynek szpitalny drewniany, parterowy, z murowaną przybudówką, w której mieszczą się wanny, stoi na ziemi, należącej do dom. Sterdyń. Z tej racyi szpital opłacał 1 rs. 50 kop. rocznie czynszu dzierżawnego. W 1885 r. Siostry Mił. Szarytki zamienione zostały przez Siostry Mił. Elżbietanki. Etatowych łóżek 17. Nie posiadający kapitału (zaledwie dwa tysiące rs.), a liczący tylko na ofiarność ogółu, szpital św. Pawła stopniowo upadał, a ostatecznie od stycznia 1906 r. przestał funkcyonować. W szpitalu leczyło się około 300 chorych rocznie, dzienne utrzymanie chorego wynosiło średnio 49 kop. na dobę.

VIII. Szpital w Milanowie, powstał w 1862 r. z funduszów ofiarowanych na ten cel (30,000 rs.) przez hr. Wandę z Potockich Caboga. W 1889 r. z powodu usunięcia przez rząd Sióstr Mił. Szarytek, właściciel Milanowa ks. Włodzimierz Światopełk-Czetwertyński, opierając się na woli testatorki (by chorymi opiekowały się Siostry Szarytki), szpital zamknął. Wyrokiem sądu okręgowego Siedleckiego, potwierdzonym w Warszawskiej Izbie Sądowej oraz w Senacie w Petersburgu, szpital ponownie został otwarty, z tą jednak różnicą, żo zamiast Sióstr Szarytek wprowadzone zostały dozorczynie cywilne. Chorzy leczeni są bezpłatnie. O ilości leczonych chorych wiadomości nie posiadam, szpital bowiem, jako instytucya prywatna, sprawozdań nie podaje.

IX. Szpital św. Tadeusza w Wyrozębach, założony w 1873 r. przez właściciela dóbr Repki i Wyrozęby Tadeusza Doria-Dernałowicza, który jeszcze w styczniu 1862 roku zapisał na cel powyższy majątek Wyrozęby. Szpital na 16 łóżek mieści się w umyślnie na ten cel wymurowanym piętrowym domu. Do 1887 r. były w szpitalu Siostry Szarytki, poczem wprowadzono Siostry Elżbietanki. Majątek Wyrozęby, z którego dochód szedł na utrzymanie szpitala, z biegiem czasu przestał dawać dochody, nawet dawał niedobory i z tego powodu szpital od szeregu lat z trudnością egzystował. Przed rokiem szpital wraz z majątkiem Wyrozęby przeszedł na własność rodziny testatora i dziś jest instytucyą prywatną, w której chorych dozorują po dawnemu Siostry Szarytki. W szpitalu leczyło się około 260 chorych rocznie; na każdego chorego wydawano po 60 kop. na dobę.

X. Szpital Żydowski w Siedlcach, założony w 1891 r. na 10 łóżek w umyślnie na ten cel wymurowanym domu. Myśl założenia szpitala powstała o wiele dawniej, mianowicie w 1869 r., kiedy b. Rada Opiekuńcza przeznaczyła na

---

[4]) Od r. 1901 Administracya dóbr Biała odmówiła wydawania serwitutów, wskutek czego prowadzony jest proces sądowy.

[5]) Cyfry przeciętne z lat ostatnich.

ten cel 11,551 rs. Szpital jest subwencyonowany przez gminę żydowską, która corocznie płaci po 2000 rs. za swych ubogich chorych. Dla powiększenia dochodu w 1905 roku zbudowano przy szpitalu sklepy, które dają około 800 rs. rocznego dochodu. Szpital posiada oprócz tego 3784 rs. kapitału, leczy po 340 chorych rocznie, dzienny koszt utrzymania chorego wynosi średnio 72 kop.

Taką jest w krótkości historya szpitali w gub. Siedleckiej. Z tej historyi widzimy, że od 20 lat nie powstał żaden szpital, że Sterdyński szpital ubył; od 40 przeszło lat nie powstała żadna myśl wybudowania szpitala.

W szpitalach tych leczy się bardzo mała część ludności, gdyż zaledwie $^4/_{10}\%$ ogółu, czyli $^1/_{180}$ część wszystkich chorych [6]); szpitale te nędznie utrzymują swych chorych, wydatkując od 44 kop. (szpital w Łukowie) do 72 kop. (szpital Żydowski w Siedlcach), średnio po 57 kop. na jednego chorego na dobę. Jestto kwota bezwarunkowo za mała, dowodząca z jednej strony ubóstwa naszych szpitali, z drugiej zaś niezrozumiałej oszczędności, gdy to się dzieje w szpitalu zasobnym, jak np. w Białej.

Osobliwie sprawa żywienia chorych, ten najważniejszy czynnik w lecznictwie, jest u nas w szpitalach w zaniedbaniu. Na wyżywienie chorego wydaje się średnio po 19 kop. dziennie. Jestto kwota tak mała, że o racyonalnem żywieniu chorego mowy być nie może, czyli że chorzy poddawani są systematycznemu głodzeniu [7]).

Jeżeli poza tem uwzględnimy brak należycie urządzonych kąpieli, nieodpowiednią wentylacyę, często brak czystej pościeli, dobrego opału i oświetlenia, niemożność odosobnienia chorych i t. d. i t. d., to dojdziemy do smutnego wniosku, że nasze szpitale w obecnej fazie są podobne do średniowiecznych przytułków dla nędzarzy [8]).

Sprawność naszych szpitali w gub. Siedleckiej wobec powyższych warunków musi być słabą. Pomijając tę okoliczność, że nie posiadamy szpitali dla umysłowo chorych, brak nam przytułków położniczych, szpitalika dla dzieci, pracowni naukowych przy szpitalach i t. d.; nawet w zakresie zwykłych rękoczynów chirurgicznych wogóle stoimy dość słabo. Ta ostatnia okoliczność zależy w wielkim stopniu od lekarza szpitalnego; — im lekarz jest dzielniejszy, tem w szpitalu zawsze lepiej się dzieje. W każdym razie należy podziwiać naszych lekarzy, pracujących w małych szpitalach: z podziwu godną wytrwałością poświęcają oni czas i pracę, a muszą być nietylko lekarzami, ale i intendentami, aptekarzami; muszą prowadzić obszerną korespondencyę z gminami, powiatami, sądami, układać rozmaite sprawozdania i t. d. — jednem słowem muszą prowadzić całą kancelaryę z uszczerbkiem dla lecznictwa. I za całą tę pracę lekarz pobiera 200—300 rs. rocznie. To małe wynagrodzenie lekarza szpitalnego przy trudnych wogóle warunkach bytu lekarza na prowincyi również nie może przyczynić się do szybkiego postępu w naszych szpitalach.

Szpitale nasze, jak widzimy, są w upadku, rozwój szpitalnictwa i w całym krajn i w naszej gubernii prawie zamarł, społeczeństwo nasze w tym razie jest bezczynne, apatyczne. Czy my nie posiadamy poczucia ludzkości, że nie chcemy opiekować się naszymi ubogimi chorymi, czy też są tu przyczyny inne, od nas niezależne?

Mimowoli nasuwa się pytanie, czy u nas zawsze tak źle bywało.

Gdy się zwrócimy do historyi, to przekonamy się, że już w X i XI stuleciu istniały w Polsce szpitale (Hospitale, a także Xenodochium, Gerantocomium i t. p.) [9]), które w następnych stuleciach szybko i znacznie się pomnożyły. Ludzie możni, powodowani miłością bliźniego i troską o duszne zbawienie, nie szczędzili kosztów na fundowanie i utrzymanie szpitali. Szpitale te miały na celu nietylko opiekę nad chorymi, ale także nad sierotami, starcami, kalekami oraz wszelką nędzą. Szpitale te po miastach pozostawały przeważnie pod opieką zakonów (Bonifratrzy, Duchaki, Benedyktyni, Zakonnicy św. Jana Jerozolimskiego i t. d.), po wsiach zaś pod opieką plebanów. W każdej parafii istniał szpital-przytułek wraz z odpowiednim funduszem na utrzymanie kilkunastu osób.

W XVII w. wraz z początkiem upadku Polski, następuje również i upadek szpitali, które powoli tracą swoje fundusze i stopniowo chylą się do ruiny. Duchowieństwo wiejskie zaczyna zapominać o włożonych nań obowiązkach względem chorych i ubogich, a ostatecznie całe to urządzenie parafialne ginie w 1865 r. wraz z zabraniem przez skarb posiadłości i funduszów katolickiego duchowieństwa [10]).

Dziś w wielu miejscowościach przy kościołach parafialnych są domy, zwane szpitalami; jest to ślad dawnych pożytecznych urządzeń.

Co do szpitali miejskich, które w stuleciu XV i XVI widzimy w stanie kwitnącym, a w XVII wieku w upadku, to można powiedzieć, że one wraz z odrodzeniem się społeczeństwa zaczynają również w XVIII wieku się dźwigać. W 1768 r. powstaje ustanowiona przez Rząd Rzeczypospolitej Komisya Dobrego Porządku, mająca na celu opiekę nad szpitalami. W czasach Księstwa Warszawskiego wprowadzono do szpitali stałą opiekę lekarską i szpital ówczesny miejski z przytułku zamienił się na właściwy szpital z przeznaczeniem do leczenia chorych. W 1817 r. zostają wprowadzone Rady Dozorcze, Ogólna w Warszawie, oraz Szczególne w Województwach. Rady Dozorcze, ściśle urzędnicze, nie wiele przyczyniły się do rozwoju szpitalnictwa. gdyż udział gmin oraz miast w Radach był bardzo nieznaczny, szpitalami kierowali urzędnicy, dla których sprawa szpitalna była tylko zajęciem pobocznem.

Rok 1832 jest początkiem rozkwitu szpitali. W roku tym przy Komisyi Rząd. Spr. Wewn. utworzono Radę Główną Opiekuńczą, zawiadującą szpitalami i sprawami dobroczynności w Królestwie.

W skład Rady wchodzili: 1. Prezes mianowany przez rząd. 2. Prezydent m. Warszawy. 3. Wyższy duchowny. 4. Wszyscy opiekunowie szpitali Warszawskich. 5. Naczelnik

---

6) Według Pettenkofera na każdego zmarłego przypada 30 zachorowań. Przyjmując dla naszej gubernii 24‰ śmiertelności, mamy 24,000 wypadków śmierci, czyli 720,000 zachorowań. A że w szpitalach naszych leczy się 4111 chorych, to stanowi zaledwie 180-ą część.

7) Szpitale berlińskie wydają po $3^1/_4$ marki (1.50 rs.) dziennie na chorego, z tego na żywienie 40%, co wynosi 60 kop.

8) Męczkowski l. c.

9) Okolski. Szkic historyczny opieki nad biednemi w Polsce. 1878 r.

10) O tych funduszach Rady Dobr. Publ. sprawozdań nie podają.

wydziału do spraw duchownych i oświaty publ. 6. Dwóch członków Rady Lekarskiej. 7. Prawnik, 8. Budowniczy. 9. Osoby prywatne, powoływane przez Radę.

Przy każdym szpitalu w Warszawie, jak i na prowincyi, istniały Rady Opiekuńcze Szczegółowe, składające się z lekarza szpitalnego oraz osób z miejscowej ludności, bliżej się interesujących sprawami filantropii. Rada Główna i Szczegółowe, wychodzące ze społeczeństwa i mające wpływ na nie, umiały skutecznie zainteresować ogół i oddziaływać na ofiarność publiczną, wskutek czego w okresie istnienia Rad Opiekuńczych (1832—1870) powstało u nas wiele szpitali lub też uczyniono przygotowania i zebrano środki do wzniesienia nowych. Praca szła planowo, Rada bowiem Główna, z siedzibą w Warszawie i władzą niemal autonomiczną, obejmowała całokształt szpitalnictwa i skutecznie zaradzała potrzebom kraju i potrzebom każdej miejscowości. Z 10 szpitali gub. Siedleckiej, 6 powstało w tym okresie czasu, a do otwarcia dwóch uczyniono odpowiednie przygotowania [11]).

Z biegiem czasu działalność Rad Opiekuńczych zaczęła być stopniowo krępowaną; na członków Rady przyjmowano tylko osoby wysoce prawomyślne, stopniowo zaprowadzano kontrolę państwową, w styczniu 1862 r. p. o. Namiestnika Król. Polskiego Jenerał-adjutant Lüders wydał okólnik, nakazujący, by o każdem zebraniu Rady był zawiadomiony miejscowy Naczelnik Wojenny w 1865 r. do szpitali zostaje wprowadzony język rosyjski oraz zastosowany rozkaz, by na posiedzeniach Rad był obecny Naczelnik Żandarmeryi, a ostatecznie w 1870 r. wychodzi ukaz Cesarza Aleksandra II, kasujący Radę Główną i Rady Szczegółowe, ustanawiający natomiast w guberniach i powiatach Rady Dobroczynności Publicznej, zależne bezpośrednio od Petersburskiego Ministeryum Spraw Wewnętrznych. Od tej chwili datuje się upadek naszego szpitalnictwa.

Uczyniłem dość dużą wycieczkę w dziedzinę historyi, by dać chociaż przybliżony obraz naszego szpitalnictwa czasów dawnych i doby ubiegłej.

To co powiedziałem o całym kraju, można powiedzieć i o gub. Siedleckiej i vice versa.

Do upadku naszego szpitalnictwa przyczyniło się wiele okoliczności.

Przedewszystkiem brak w Warszawie centralnego organu, któryby miał na widoku szerzenie hygieny i opiekę nad zdrowiem ogółu, Departament bowiem Medycyny przy Ministeryum Spraw Wewnętrznych w Petersburgu nie może dostosować się do wymagań i kulturalnych potrzeb krajów, w skład obszernego Państwa Rosyjskiego wchodzących.

Następnie ogromną rolę w sprawie upadku naszych szpitali gra okoliczność, że polskie społeczeństwo usunięte zostało od zarządu szpitalami. Dzisiejsze Rady Dobroczynności Publ. składają się prawie wyłącznie z urzędników i osób, nie wiele wspólnego z miejscowem społeczeństwem mających. Jeżeli zaś są pomiędzy członkami i miejscowi, to oni nie wiele dla dobra ogółu mogą uczynić, Rady bowiem nie cieszą się zaufaniem naszego społeczeństwa [12]).

Rady Powiatowe składają się z 3 członków z urzędu (Naczelnik powiatu, pomocnik naczelnika i lekarz powiatu), oraz z członków z wyboru. Ci członkowie z wyboru bywają powoływani przez Naczelnika powiatu i również często są to osoby czasowo w danym powiecie zamieszkałe i obce miejscowej ludności [13]).

Dla zapewnienia sobie wpływów donioślejszych, Rady poczęły usuwać ze szpitali Szarytki i wprowadzono Elżbietanki. Tak było w Bialej, Sterdyni, Wyrozębach, Radzyniu i Mianowie. Niekiedy było to dla władz połączone z wielkiemi trudnościami ze względu na odmienny warunek, wyrażony przez testatorów w akcie erekcyjnym szpitala. To zdarzyło się ze szpitalami w Milanowie i Wyrozębach. W aktach erekcyjnych tych szpitali za warunek podano, by w szpitalach pracowały Siostry Szarytki i by zapisane na rzecz szpitali dobra i fundusze przeszły z powrotem do legataryuszów lub ich spadkobierców, jeżeliby kiedykolwiek temu warunkowi zadość się nie stało. Gdy w 1887 r. Szarytki z tych szpitali usunięte zostały i spadkobiercy żądali zamknięcia instytucyi, żądanie ich zostało uchylone przez władze administracyjne i sądowe.

Nowomianowane siostry Krzyżanki zazwyczaj prowadziły politykę na swoją rękę, czasami bardzo energicznie, np. zabraniały służbie szpitalnej rozmawiać pomiędzy sobą i z chorymi po polsku, upominały felczera, o ile ten z chorymi posiłkował się ich polską rodzinną mową, utrudniały wstęp do szpitala księdzu katolickiemu i t. p. [14]).

---

[11]) Działalność Rad Opiekuńczych dla całego kraju była bardzo owocną: założono 47 nowych szpitali, wiele podźwignięto z upadku. Zebrano fundusze i poczyniono starania do założenia szpitali, których otwarcie nastąpiło już po skasowaniu Rad Opiekuńczych (szpitale w Augustowie, Będzinie, w Płocku, Siedlcach, Turkwi, w Wyrozębach). Rady Opiekuńcze pod koniec swego istnienia zaprojektowały i czyniły przygotowania do otwarcia szpitali, które do dziś nie są jeszcze otwarte (Ciechanowiec, Jędrzejów, Kałuszyn, Końskie, Lubartów, Nowo-Mińsk, Pińczów, Włoszczowa). Rady Op. pomyślały o pomocy położniczej przez założenie Instytutu Położniczego i Szkoły babek wiejskich, pomyślały i przygotowały się do założenia dużego szpitala dla obłąkanych (co uczyniono dopiero po 30 latach przez założenie szpitala w Tworkach), zaprowadziły szczepienie ospy, walkę z chorobami wenerycznemi, uporządkowały źródła lecznicze w Busku, Ciechocinku i Solcu i t. p.

[12]) Przytoczę przykłady. (Sprawozdania urzędowe):
W 1908 r. do Składu Rady Gub. Siedleckiej wchodzą: prezes — gubernator, A. N. Wołżyn; Członkowie z urzędu; wice-gubernator O. M. Kobyleckij, prezes Izby Skarbowej N. A. Ołfierjew, naczelnik Dyrekcyi Naukowej W. A. Kostylow, Inspektor lekarski W. F. Sprimon, radca gubernialny C. D. Kasińskij. Członkowie z wyboru: Ochmistrz Dworu L. Górski, prezydent m. Siedlec A. Korsak, sekretarz magistratu A. Ostrowski, rz. rad. st. Dr. med. I. Maluszycki, właściciel majoratu N. M. Puszczyn, lekarz powiatu Dr. J. Maluszycki, rad. kol. W. W. Kiriłłow, inżynier kolejowy C. P. Nieklukow, opiekun przytułków Formiński, kupiec i obywatel m. Siedlec N. J. Weintraub.

[13]) Jako przykład przytoczę skład Rady pow. Sokołowskiego w 1901 r. Do Rady tej wchodzą z urzędu: Przewodniczący, Nacz. pow. L. N. Orżyckij, pomocnik Nacz. pow. W. N. Zajączkowskij, lekarz pow. S. Polkowski, oraz z wyboru: L. Górski, Ochmistrz Dworu, właściciel Sterdyni, K. M. Bezkiszkin, porucznik, Nacz. Straży Ziemskiej, K. Szabaryn, duchowny prawosławny, D. Olejnik, duchowny prawosławny, I. I. Ambrożewicz, poborca powiatowy.

W ostatnich latach pomiędzy członkami z wyboru spotykamy więcej nazwisk polskich, stanu jednak rzeczy to nie zmienia. Charakterystycznym jest fakt, że lekarz szpitalny do Rady nie należy i w praktyce jest bezpośrednio podwładnym Naczelnika powiatu, ten bowiem, jako prezes Rady, faktycznie rządzi szpitalem.

[14]) W 1892 r. w tym okresie czasu, kiedy w instytucyach państwowych u nas wywieszano ogłoszenia z napisem: »zabrania się mówić po polsku«, pracowała w szpitalu Sterdyńskim Siostra R. Siostra owa pomiędzy innemi strofowała felczera szpitalnego za to, że z chorymi rozmawia po polsku. Wskutek za-

Te i tym podobne fakty, jak łatwo się domyśleć, musiały znakomicie zniechęcać ludzi zamożnych do zapisów i ofiar na rzecz szpitali, nie mogli oni bowiem mieć pewności, że wola ich będzie uszanowana.

Przytaczam fakty powyższe, gdyż stanowią one cechę charakterystyczną w życiu szpitali naszych. Jestto część licznych faktów, świadczących, że do szpitali wprowadzono cele uboczne, niezgodne z istotnem i prawnem przeznaczeniem szpitala[15]).

Jednem z następstw takiego stanu rzeczy było całkowite odsunięcie się społeczeństwa miejscowego od szpitali, co zresztą stało się w myśl ustawy z 1870 r. Jednym z objawów uchylenia się społeczeństwa polskiego było to, iż ofiarność na rzecz szpitali ustała prawie zupełnie. Tem się objaśnia fakt, że od 50 przeszło lat, t. j. od czasu zaprowadzenia dzisiejszych Rad Dobroczynności Publ., nie powstała u nas myśl założenia nowego szpitala, że szpital opierający swój byt wyłącznie na ofiarności publicznej, jak np. szpital Sterdyński, zmuszony był zawiesić swe czynności. Widocznem jest, że ludność polsko-katolicka, przeważająca liczbą (prawosławnych około 10%), na której barkach powinna spoczywać opieka nad szpitalami, instynktownie od nich stroni i woli nie podtrzymywać instytucyi, mających na celu raczej co innego, niż niesienie rzetelnej bezinteresownej usługi cierpiącym. Ten objaw, jak już poprzednio zauważyliśmy, jest powszechny w całym kraju, a na Podlasiu występuje jeszcze jaskrawiej. Nietylko sfery zamożne i inteligentne są tego zdania, również i lud włościański zdaje sobie z tego sprawę i bardzo wyraźnie co do szpitala się wypowiada w swych uchwałach gminnych (w latach 1905 i 1906).

Niech mi wolno będzie jeszcze powiedzieć słów parę o Siostrach Miłosierdzia.

Rola Sióstr Miłosierdzia w szpitalach jest pierwszorzędną. Siostra Miłosierdzia zastępuje choremu matkę, siostrę, rodzinę. Siostra Szarytka, większą część dnia przebywając na sali chorych, żywa się z nimi, wtajemnicza w ich prywatne życie, zazwyczaj zna troski domowe chorych, ich stosunki rodzinne. Chory z lubością przeprowadza wzrokiem swą czasową opiekunkę, którą szanuje i do której się przywiązuje, — ta bowiem i rany mu opatrzy i pościel poprawi, pocieszy słowem i otuchy doda, wspólnie się pomodli i konającemu gromnicę poda, zmarłemu siostrzaną ręką oczy zakryje. Taką przywykliśmy widzieć Siostrę Miłosierdzia i taką jest ona powszechnie — cichą, łagodną, poświęcającą się, daleką od życia światowego.

W gub. Siedleckiej do ostatnich czasów rzeczy miały się nieco odmienniej, gdyż większość szpitali obsługiwana była przez Siostry ze Stowarzyszenia św. Elżbiety, t. zw. Krzyżanki. Nie mogę nic złego powiedzieć o Siostrach »Czerwonego Krzyża«, działalność ich bowiem chlubnie się zapisała w Rosyi. Jako dozorczynie przy chorych i pomocnice lekarzy, Siostry Krzyżanki po większej części stoją na wysokości swego zadania, u ludności jednak naszej nie mogą się cieszyć pełnem zaufaniem, na które skądinąd najzupełniej zasługują. Obce wyznaniem i językiem, a głównie tem, że są wyrazicielkami nieprzyjaznego nam kierunku, Siostry Krzyżanki zajęły miejsce usuniętych ze szpitali Szarytek. Zrozumiałą przeto będzie dla nas ta, nie powiem niechęć, raczej żal i nieufność mieszkanców Podlasia do Sióstr Krzyżanek.

W gub. Siedleckiej przez długi czas jeden tylko szpital Łukowski obsługiwany był przez Siostry Szarytki. W szpitalu tym, posiadającym zaledwie 20 etatowych łóżek, jest największa w gubernii frekwencya chorych, dochodząca do 1400 chorych rocznie. Jeżeli dla porównania weźmiemy dwa sąsiednie powiatowe miasta — Łuków i Radzyń, odległe od siebie tylko o 24 wiorsty, z równą mniejwięcej gęstością zaludnienia, z jednakową kulturą i zamożnością mieszkańców, z jednakowymi kapitałami (Łuków 17,740 rs., Radzyń 24,777), z jednakową ilością łóżek szpitalnych, to znajdziemy następujące cyfry wyjęte ze sprawozdań urzędowych:

Leczono chorych		
w roku	w Radzyniu	w Łukowie
1891	156	810
1900	175	1174
1901	172	1203
1905	254	1192
1906	206	1233
1907	301	1221
1908	446	1415
1909	427	1096
średnio rocznie	267	1168

Zestawienie tych liczb jest wymowne. Chociaż na utrzymanie chorego szpital Łukowski wydaje o kilka kopiejek na dobę mniej, niż szpital Radzyński, chorzy widocznie wolą leczyć się w szpitalu w Łukowie. Gra tu niewątpliwie rolę owa nieuchwytna przyczyna, owo zaufanie, jakie chorzy mają do szpitala, obsługiwanego przez Siostry Szarytki.

Sumując wszystko tu powiedziane, dochodzimy do przeświadczenia, że upadek naszych szpitali nie zależy od apatyi naszego społeczeństwa; przyczyna jest ta, że społeczeństwo, stopniowo usuwane od wpływu na kierownictwo swemi sprawami wewnętrznemi, usunięte również zostało od możności oddziaływania na bieg spraw szpitalnych. Powiem nawet, że ów upadek szpitali jest raczej objawem odporności naszego społecznego organizmu, który nie po-

---

biegów Siostry, Zarządzający Szkołą Felczerską w Warszawie przysłał do szpitala papier (1/IV 1892 nr. 27), polecający odebrać od felczera jego świadectwo aż do czasu ponownego zdania egzaminu z języka rosyjskiego. Taż sama Siostra R. nie pozwoliła pewnemu umierającemu ewangelikowi wyspowiadać się, pomimo żądania chorego, przed księdzem katolickim; natomiast ofiarowywała usługi duchownego prawosławnego. Gdy chory na to się nie zgodził, sprawa oparła się o lekarza szpitalnego, który zmuszony był posłać do pastora ewangelickiego do odległego o 4 mile Węgrowa.

[14]) Artykuł 385 ustawy 1870 r. (Tom XIII Zbioru Praw 1892 r.) głosi: »Gubernatorzy obowiązani są czuwać nad ścisłem spełnianiem w zakładach dobroczynnych rozporządzeń rządu, a przedewszystkiem nad tem, by zakłady te nie wykraczały z granic ich przeznaczenia, gdyż mają na celu wyłącznie tylko dobroczynność«.

trafi biernie poddać się z góry nakreślonym, a niekorzystnym dla niego planom.

Gdy przeszkody krępujące nasze życie i rozwój naszej kultury zmniejszą się, to przyjdzie kolej i na podniesienie naszego szpitalnictwa.

Społeczeństwo nasze zdaje sobie z tego sprawę, rozumie, że sprawa ta jest bardzo ważną, prawie równoznaczną z podniesieniem oswiaty, — rozwój bowiem szpitalnictwa u nas ściśle jest złączony ze sprawą lecznictwa ludowego, z rozwojem higieny krajowej. Społeczeństwo rozumie, że dobrze urządzony i wzorowo prowadzony szpital nietylko służy do leczenia chorego, lecz jest zarazem szkołą, w której w poglądowej formie stosowane są zasady higieny. A brak tej higieny, mnóstwo istniejących zakorzenionych przesądów i zazwyczaj towarzysząca temu wszystkiemu gruba ciemnota ludu podlaskiego aż nadto są widoczne.

Nie ja pierwszy zabieram głos w tej sprawie; byli przedemną godniejsi, którzy na szpaltach pism i w oddzielnych broszurach sprawę szpitalnictwa u nas poruszali. Przypomnę tylko Drów Męczkowskiego, Polaka, Sawickiego, Jakimiaka, Fidlera i innych. Głos mój jest tylko echem tego jęku, jaki w naszem Siedleckiem Podlasiu co do braku szpitali i stosunków naszego szpitalnictwa powszechnie słyszeć się daje.

Stan położnictwa w powiecie Włodawskim

(w latach 1908—1910).

Podał

Dr Leonard Tokarzewski

(Włodawa).

Średnia roczna liczba ludności płci żeńskiej według statystyki powiatowej za lat 10 nie przekracza w powiecie Włodawskim za ostatnie trzy lata 62.576 jednostek; średnia liczba regestrowanych rocznie porodów wynosi 4893, z tego noworodków płci żeńskiej 2456.

Licząc średnio 17. rok życia kobiety, kiedy rozpoczyna się jej macierzyństwo, wypada [1]) 23.280 kobiet rocznie, zdolnych do zapłodnienia.

Z tej liczby należałoby odliczyć % starych w okresie przekwitania, jakoteż % bezdzietnych. Ponieważ jednak przyjąłem zaledwie 17. rok, jako początek macierzyństwa kobiety, gdy, jak wiadomo, następuje ono w naszych wsiach w pokaźnej ilości przypadków w roku 15—16., i tem samem znacznie obniżyłem ogólną ilość kobiet zdatnych do zapłodnienia, a znowu % bezpłodnych jest stosunkowo bardzo niewielki [2]), więc okresu przekwitania nie biorę w rachubę i powiem, że kobiet zdolnych być matkami mamy w powiecie średnio 23.000; rodzą one 4893 żywych dzieci rocznie, czyli płodność ich wynosi 21%.

Jednakże odsetek samych porodów będzie znacznie większy, jeżeli doliczyć tu przypadki poronienia i śmiertelność dzieci do przyjścia ich na świat, lub w pierwszych dniach po urodzeniu.

Zobaczmy, jaką pomoc lekarską mają zabezpieczoną te 23.000 kobiet przy łożu ich macierzyństwa i ile przypadków porodów i wogóle przypadków wykazania pomocy lekarskiej przy porodzie przypada faktycznie na każdego lekarza.

W całym powiecie Włodawskim ze średnią ludnością 124.000 niema nietylko zakładu, ani przytułku położniczego, ale wcale żadnej instytucyi leczniczej. Dziewięciu lekarzy (nie licząc wojskowego, który ma swój wyłączny teren działania), zajmuje się prywatną praktyką lekarską, a ośmiu z nich praktyką położniczą — na każdego więc wypada 12.600 ludności, 2875 kobiet zdolnych do porodu, 612 samych porodów rocznie.

Poród prawidłowy zbyt rzadko u nas odbywa się pod okiem lekarza i całkowicie prawie należy do akuszerek. Zobaczmy więc, jak często korzysta z pomocy wykwalifikowanych akuszerek nasza ludność. W nadesłanym mi liście lekarza powiatowego czytam: »W całym powiecie mamy obecnie akuszerek szkolnych 1, mających prawo praktyki 2, lekarzy 9. Przed laty 10 było akuszerek 2, lekarzy 8; przed laty 20 lekarzy 5, aknszerka 1«. A więc 23 tysiące matek ma 3 akuszerki, 1631 porodów wypada rocznie na jedną babkę i to nie szkolną, która niby ma jakie takie pojęcie o rzeczy, nabyte praktycznie, która niby może udzielić stosunkowo prawidłowej pomocy rodzącej kobiecie!

Ale tak się przedstawiają tylko ogólnikowe, czysto statystyczne dane. W rzeczywistości sprawa ma się inaczej. Akuszerki mieszkają wyłącznie w miasteczkach, a na wieś do wieśniaka prawie nigdy nie bywają wzywane. Każda wieś, każde miasto poza akuszerką ma swój własny zastęp babek, w ręku których wyłącznie obraca się cała pomoc położnicza.

Na zapytanie, rozesłane wszystkim lekarzom w powiecie, ile porodów prawidłowych i patologicznych przeprowadzają rocznie, licząc w tem przypadki poronień i wydobycia łożyska, odebrałem w odpowiedzi zdumiewająco małe liczby.

Prawidłowych porodów przeprowadza lekarz rocznie od 0 do 30, patologicznych od 10—48. Ogólna ilość wypadków porodów prawidłowych i patologicznych, przez lekarzy przeprowadzonych, wynosi 224—254, co stanowi zaledwie 4·6%—5·2% ogólnej liczby porodów, a reszta 94·8%—95·4% zdana jest na łaskę i niełaskę babek, które gospodarzą, jak chcą.

To też i skutki tej ich opieki dają się odczuć stosunkowo wysoką śmiertelnością wśród położnic — powiadam stosunkowo wysoką, gdyż przy takiej opiece, jaką ma nasza położnica wiejska, należałoby oczekiwać jeszcze większego odsetka śmierci.

Statystyka powiatowa wykazuje, że na ogólną ilość przeszło 63 000 ludności płci żeńskiej umiera rocznie 1586. A więc na ogólną ilość kobiet, mogących być w ciąży, to jest na 23.000 jednostek, które stanowią $^{2}/_{5}$ ogółu, umiera

---

[1]) $2456 \times 16 = 39.296$.
$62.576 - 39.296 = 23.280$.

[2]) Na 2200 kobiet w wieku 20—45 lat, badanych przezemnie w tym kierunku, 30 wcale nie miało dzieci, co stanowi koło 1·4%.

mniej więcej 634, co stanowi 2·7% ogółu kobiet mogących być matkami.

Taki odsetek śmiertelności przypada, powiadam, według statystyki powiatowej. Starałem się wedle możności sprawdzić go, zwracając się do lekarzy w powiecie z prośbą o wiadomość, jaką mają rocznie śmiertelność matek, 1) przy osobiście przeprowadzonych porodach, i 2) o ilu przypadkach śmierci położnic wiedzą rocznie tam, gdzie nie zawezwano pomocy lekarskiej.

Ankieta ta dała następujące średnie liczby: Śmiertelność matek przy porodach, przeprowadzonych osobiście przez lekarzy, waha się od 0 do 12%, według zaś wszystkich obliczonych przypadków stanowi 1·7% w stosunku do ogólnej liczby porodów osobiście przez lekarzy przeprowadzonych. Umiera zaś rocznie bez pomocy lekarza z chorób porodowych i poporodowych około 63 osób, co na 4893 porodów rocznie stanowi 1·25%, a więc razem z porodu i jego następstw umiera (1·7 + 1·25) 2·95% ogółu matek. Widać więc, że odsetek śmiertelności według statystyki powiatowej jest bardzo blizki odsetkowi śmiertelności według obliczeń lekarzy.

Uderza tu jedna rzecz, napozór paradoksalna, jedna jakby bardzo smutna dla lekarzy strona. Mianowicie według tylko co podanych liczb wypada, że odsetek śmiertelności porodów osobiście przez lekarzy przeprowadzonych jest większy od tego, gdzie chorej nie dotknęła ręka lekarska. Fakt ten wymaga wytłómaczenia. Po pierwsze, odsetek śmiertelności w pierwszym przypadku obliczony jest daleko ściślej, gdyż łatwiej lekarzowi wiedzieć o losie swoich chorych, niż o przypadkach wcale mu nieznanych, o których zaledwie trafem się dowiedział. Wogóle przypuszczać należy, że przypadków śmiertelnych, do których nie zawezwano pomocy lekarza, było znacznie więcej, ale tylko część ich zdołano zapisać. Po drugie, jak widzieliśmy, u wielu z lekarzy odsetek śmierci w osobiście przeprowadzonych porodach równa się zeru, pomimo że mamy przypadki prawie zawsze poważne, zawsze zaniedbane, gdzie do czasu naszego przybycia radzili i pomagali wszyscy, kto chciał i nie chciał, zakażając położnicę przez nieodpowiednie zabiegi, podejmowane zawsze nieczystą ręką; że wreszcie chore zwracają się do nas tylko w ostateczności, zawsze po stracie długiego czasu.

Jak dalece zwleka u nas ludność z zawezwaniem lekarza, poświadczą następujące fakty: Kolegę Krzyżanowskiego zawezwano na 8. dzień po porodzie do wydobycia łożyska; przez osiem dni oczekiwano, że może urodzi się samo. Dwa razy byłem przy łożu rodzących, u których przed 4—5 dniami wypadła rączka; w jednym przypadku babki rączkę wyrwały i gdy nie miały za co ciągnąć, wtedy dopiero uradziły posłać po lekarza. Znam przypadek w poblizkiej wsi, gdzie kobieta w ostatnich dniach ciąży dzień i noc krwawiła w ciągu trzech dni, a wreszcie zginęła bez pomocy lekarskiej, gdyż babki stanowczo sprzeciwiły się zawezwaniu lekarza. Analogiczny przypadek miał miejsce w innej sąsiedniej wiosce, gdzie chociaż zawezwany na drugi czy trzeci dzień lekarz rodzącą rozwiązał, ale położnica wskutek poprzedniego upływu krwi skonała prawie na jego ręku. Mnie samemu zdarzyło się być wezwanym w nocy do Kulczyna (30 wiorst od Włodawy) do pierwiastki, która dwie doby nie mogła urodzić płodu Mąż jej na pytanie, czemu nie przyjechał wcześniej, tłómaczył się, że go babka nie puszczała, i że nawet teraz tylko gwałtem wyrwał się, widząc, że żona traci już przytomność. Chora ta zmarła, zanim przybyliśmy na miejsce. Chyba dosyć przekonywających faktów, które dostatecznie oświetlają warunki, w jakich znajduje się jeszcze nasza wiejska położnica.

Nic zatem dziwnego, że odsetek śmiertelności w osobiście przez lekarzy przeprowadzonych porodach jest jakby większy od tego, gdzie lekarza nie było. Przeciętna 20-wiorstowa przestrzeń, jaką każdemu z nas jechać wypada, brak czystej wody, miski, barłóg z grochowin zamiast czystego prześcieradła, zaniedbany przypadek, zakażone ręce bab, przy pomocy których wszelką operacyjno-położniczą pomoc udzielać się musi; — wobec tego wszystkiego odsetek śmiertelności 0—1.7 jest w rzeczywistości mały!

W tych warunkach, w jakich my pracujemy, nie jeden lekarz wielkomiejski, przywykły do wygód i otoczenia względnie przyzwoitego szpitala, pracujący wśród bardziej kulturalnego społeczeństwa, byłby często w wielkim kłopocie i z trudnością niemałą sobieby poradził.

Jako powikłania w czasie ciąży i porodu dość często zdarzają się u nas krwotoki — 30 przypadków rocznie — a najczęstszą ich przyczyną bywa poronienie (10) i zatrzymanie łożyska (10), następnie przodowanie łożyska (7) i atonia macicy (3). Oprócz wymienionych przypadków raz krwotok nastąpił z powodu zaśniadu groniastego (przypadek własny).

Po porodzie zaś prześladuje naszą położnicę gorączka połogowa. Z 2200 kobiet, wypytywanych o zasłabnięcia poporodowe, 1005 opowiada o gorączce i dreszczach na 3—7. dzień po urodzeniu dziecka, z czego wypada, że na gorączkę połogową zapada przeszło 45% ogółu rodzących i tu największy kontyngent przypada na położnicę wiejską — 24%, pozostałe 21% stanowią mieszkanki naszych miasteczek. Najczęstszą przyczyną śmierci również bywają zakażenia, spowodowane brudną ręką babek.

Dodać tu muszę, że nietylko babki zajmują się u nas pokątną praktyką położniczą. Jeden z naszych lekarzy pisze mi: »Spotykałem się u położnic z radami lekarskiemi aptekarza z Sosnowicy, w Parczewie zaś felczera; przypadek skończył się śmiercią z gorączki porodowej«. Te same fakta potwierdza i inny lekarz z Parczewa. Inny znowu kolega, który przez lat kilkanaście pracował w powiecie Włodawskim, przyczynę tej klęski widzi — »w braku oświaty u ludu, we wstrętnej taktyce akuszerek (tak nazywa babki) i nieludzkości aptekarzy, którzy nie skierowują opiekunów kobiet rodzących (ojców, mężów, matek) do lekarza, ale dają różne bezsensowe leki (sporysz, chininę, makowiec), pocieszając, iż to pomoże«...

Czy to jest praktyka filantropijna, gdzie choremu pomaga każdy, kto czem może? Myślę, że nie. Jest to praktyka, eksploatująca ciemnotę naszego ludu.

Wspomnę tu jeszcze o jednym fakcie. Chory epileptyk z okolic Włodawy jeździ i radzi naszemu ludowi, jak umie i może; — często słyszę, że bywa przy porodach, bada położnicę. Raz przysłał męża, by lekarz przywiózł narzędzie do wydobycia łożyska, gdyż u niego (powiem — na szczęście) takiego narzędzia niema. Lekarz pojechał i wydobył łożysko, ale położnica na 3. dzień skonała wskutek zakaże

nia. W obronie owego amatora-położnika powiedzieć można, że to, co robi, robi jedynie w celu filantropii. Lud nasz wszelako wyszedłby lepiej, gdyby ów pan fiilantropię swą w inny sposób zechciał okazywać.

Fakty — powie ktoś — sporadyczne... Prawda, ale o jakiej ciemnocie ludu świadczą one, jak nizki poziom etyczny wykazują u tych, którzy pod płaszczem filantropii eksploatują u ludu jego zdrowie dla swego zysku! To też lekarz w większości przypadków wzywany bywa na pomoc tylko w ostateczności — gdzie felczer, aptekarz nie pomógł, gdzie baby-akuszerki po długiej naradzie posłać po lekarza pozwoliły.

Pomoc nasza przy łożu rodzącej najczęściej w tych warunkach polega na embryotomii i wymóżdżeniu; obroty zaś i kleszcze używane są albo w miejscu pobytu lekarza, albo w bardzo pomyślnych przypadkach w okolicy.

Embryotomia, to »ultimum refugium« lekarza-położnika na prowincyi. Wiele matek zawdzięcza jej swe życie. Bez embryotomii lekarz na prowincyi nie mógłby się obejść, nie miałby czem ratować położnicy od niechybnej śmierci. Mamy najczęściej przypadki zapóźnione, położenie poprzeczne z wypadnięciem kończyn i pępowiny już nieżywych dzieci.

To też i śmiertelność płodów jest stosunkowo bardzo wysoka. Waha się ona od 6% do 30% w stosunku do ogólnej liczby osobiście przez lekarzy przeprowadzonych porodów. O odsetku śmiertelności płodów przy porodach bez lekarza nie mam żadnych danych.

Wyłuszczyłem, o ile mogłem, stan naszego położnictwa; nie jest onwprawdzie wyświetlony wszechstronnie i dostatecznie. Jednak niezupełnie w tem moja wina. Nie pozwalają na to z jednej strony brak danych statystycznych, gdyż statystyka czysto miejscowa nie jest u nas jeszcze praktykowana. Lekarze wolnopraktykujący na prowincyi rzadko prowadzą notatki, z których potrzebne dane możnaby poczerpnąć. Szpitala też nie mamy, a więc nie mamy ogniska, gdzie skupia się zwykle pokaźna ilość obchodzących nas przypadków. Z drugiej znów strony, kto próbował rozpoczynać pracę w dziedzinie podobnej statystyki, ten niewątpliwie zrozumie wszelkie inne często nieprzezwyciężone trudności, stające na każdym kroku w drodze. Tak, prawie niepodobieństwem jest obliczyć ilość starych kobiet w okresie przekwitania, jakoteż odsetek bezdzietnych, a liczby te mają wielką wagę przy obliczaniu ogółu kobiet zdolnych do porodu, przy obliczaniu ich płodności. Jeszcze bodaj trudniej obliczyć odsetek śmierci wskutek zakażeń połogowych; słowem, nasuwają się na tem polu zawikłania nieprzezwyciężone.

Jednak i z tego, co powiedzieć mogłem, łatwo wnioskować o naszej biedzie i naszej potrzebie.

Największą biedą naszą jest wielki brak oświaty u ludu, a stąd jego eksploatacya przez każdego, kto wyzyskiwać chce i może jego wielką niedolę. Stąd wielka śmiertelność rodzących i położnic.

Drugą naszą biedą jest wielka nieuczciwość tych, którzy dla grosza biorą się nie za swoją robotę i śmierć przez to sieją.

Wielką potrzebą naszą jest szpital z dobrą organizacyą pomocy lekarskiej. Ilu nieszczęściom zapobiedz, w ilu cierpieniach ulgę przynieśćbyśmy mogli, mając tę niezbędną dla powiatu Włodawskiego instytucyę!

Wielką potrzebą naszą są odpowiednio wykwalifikowane położne, z których jedna w każdej wsi naszej zamieszkać powinna, by najrychlejszą najpraktyczniejszą nieść pomoc rodzącej kobiecie, jeżeli nie uczynkiem, to rozumną radą.

Wreszcie obowiązkiem naszym jest wiedza o losie naszych chorych; a więc byłoby dobrze, gdyby lekarze na prowincyi wedle możności prowadzili odpowiednie zapiski o swych chorych, a mielibyśmy wtedy skąd poczerpnąć nieraz obfite dane statystyczne.

Obyż nasze potrzeby jak najrychlej zostały zaspokojone! Niech każda położnica doczeka jak najprędzej lepszej doli, by o jej losie przestał rozstrzygać ciemny przesąd znachorki, która patrzy obojętnie na upływ krwi nieszczęśliwej ofiary, aż do ostatniego jej tchnienia; niech jaknajprędzej doczeka, by przy jej łożu zawsze czuwała jeżeli nie opieka lekarza, to przynajmniej porada akuszerki szkolnej.

Wszystkim kolegom, którzy się przyczynili do niniejszej pracy, składam serdeczne wyrazy podziękowania.

O walce z rakiem macicy.

Napisała

Zofia Garlicka (Łódź).

Istnienie przypadków nieuleczalnych stwarza często w życiu lekarza-praktyka sytuacye niewypowiedzianie ciężkie. Wprost trudną do zniesienia staje się taka sytuacya wobec zaniedbanego raka macicy. Widzi się resztę życia skazanej na śmierć kobiety: szybko wzrastające wyniszczenie rakowate, bezsenne noce, nieustępujące pod wpływem żadnych środków nerwobóle uciskowe, odrazę, jaką budzi jej obecność i w bliższej rodzinie i w towarzyszkach szpitalnych, tułaczkę z domu do szpitala i ze szpitala do domu. Świadomość całej tej nędzy czyni uczucie bezradności lekarza jeszcze bardziej dotkliwem. A nie są to sytuacye wyjątkowo rzadkie, gdyż w Niemczech np. na raka macicy umiera rocznie 10—15 tysięcy kobiet, choruje około 25 tysięcy. Sekcye wykazują raka w 8—15% przypadków, z tego około $1/5$ stanowią raki macicy.

Liczne próby sposobów zachowawczego leczenia raka, nie wyłączając surowic, zawiodły na razie. Prace naukowe, doświadczalne badania raka mogą mieć ogromne znaczenie dla przyszłych pokoleń, ustalając racyonalne podstawy zachowawczego leczenia. W rękach jednak współczesnego lekarza pozostaje jedyny sposób ratowania chorej na raka — przerwanie choroby przez doszczętne usunięcie chorego narządu.

Od czasu wprowadzenia przez Wertheima brzusznej operacyi raka macicy z usunięciem zajętego przymacicza i zmienionych gruczołów, operacyjność raków macicy znacznie się podniosła. Niezbyt rozległe zajęcie pęcherza lub moczowodu również nie jest obecnie przeszkodą w doszczętnem operowaniu raka. Pomimo jednak tak daleko posuniętych wskazań operacyjnych i obecnie jeszcze znaczna

część zgłaszających się do klinik chorych zostaje uznana za nienadającą się już do operacyi. (Schauta o = 50—60% Winter po przeprowadzeniu akcyi o = 74%, Wertheim w seryi 500 przypadków średnio 43,2%). Technika poszczególnych chirurgów wzrasta, dowodzi tego zmniejszająca się śmiertelność pooperacyjna, która w ciągu 10 lat spadła u Schauty, przy postępowaniu pochwowem, z 8% na 4%, u Wertheima, przy postępowaniu brzusznem, z 24% na 11,5%, wzrastające odsetki dodatnich wyników późniejszych (u Wertheima brak nawrotu w ciągu niemniej jak 2 lat wśród zoperowanych raków z rakowato zwyrodniałymi gruczołami wynosi w drugiej połowie jego seryi 42,5%, gdy w pierwszej wynosił 29,2%). Jako wynik tych dwóch czynników widzimy wzrastające odsetki uleczonych w stosunku do wszystkich zgłaszających się o pomoc. Ta bezwzględna uleczalność jednak wynosi u Schauty zaledwie 13% w roku 1909 i 15% w r. 1910, u Wertheima w r. 1909 — 19%, t. j. wynik uważa się za doskonały, jeśli z każdych 100 kobiet, które się po pomoc zgłosiły, 20 pozostało w ciągu lat 5 po operacyi bez nawrotu. Wertheim w książce swojej o rozszerzonej operacyi brzusznej raka szyjki macicznej, wydanej w roku bieżącym, wypowiada zdanie, iż obecnie dalej posunięte wskazania już uleczalności bezwzględnej polepszyć nie mogą, bo będą zwiększać śmiertelność pooperacyjną. Zwiększenie uleczalności, poza doskonalszem opanowaniem techniki, uzależnia on jedynie od wcześniejszego operowania raków i zwiększenia dzięki temu odsetek ich operacyjności.

To samo twierdził Winter w r. 1902 i rozpoczął rozległą i energiczną akcyę, mającą na celu umożliwienie wczesnego operowania chorych na raka macicy. Zapomocą zebrania odpowiednich wywiadów ustalono 3 czynniki, będące przyczyną zbyt późnego zgłaszania się chorych do chirurga: 1) niedbałość oraz strach przed badaniem i operacyą samych chorych, 2) niedpowiednie zachowanie się położnych, 3) błędy w postępowaniu lekarzy domowych, do których się chore najpierw zwróciły. 31% zgłaszających się do polikliniki chorych na raka udało się tam odrazu, 12% zasięgało uprzednio rady położnej, 57% — rady lekarza domowego. Z 30 położnych tylko 3, nie badając wcale chorej, odesłało ją zaraz do lekarza, 9 — skierowało do lekarza, lecz po uprzedniem zbadaniu, 18 — zatrzymało chore w swojej opiece. Z lekarzy domowych 14% wcale nie zbadało ginekologicznie chorych na raka. Jaki wpływ na dalsze losy chorej ma zachowanie się tego pierwszego lekarza, pokazuje fakt, że z pośród chorych niebadanych zaledwie 38% nadawało się do operacyi, wśród chorych zaś badanych 54%.

W kierunku usunięcia tych trzech przyczyn rozpoczął Winter energiczną akcyę: rozesłał do pism codziennych artykuły, wyjaśniające uleczalność, doniosłość wczesnego rozpoznania i operowania raka macicy, oraz zaznajamiające publiczność z oznakami tej choroby; do położnych i lekarzy wystosował listy, w których donosił o wynikach zebranych przez siebie wywiadów, podkreślał niezbędność jaknajszybszego skierowania chorej w odpowiednie ręce przy rozpoznaniu lub najlżejszem podejrzeniu raka, przypominał jego początkowe objawy. Skutek wystąpienia Wintera był ten, iż w następnym roku nie stwierdzono ani jednego większego błędu w rozpoznaniu raka ze strony lekarzy, błędy akuszerek były bardzo nieliczne, operacyjność podniosła się do 74% (dawniej 41—62%).

Akcyę Wintera powtórzyły liczne towarzystwa ginekologiczne Niemiec. W końcu roku zeszłego hamburskie Towarzystwo oprócz listu do lekarzy wydało odezwę dla rozdawania chorym. Akcya ta znalazła również naśladowców we wszystkich prawie krajach Europy (Austrya, Francya, Anglia, Szwajcarya, Holandya, Belgia, Dania, Norwegia, Szwecya) i w Stanach Zjednoczonych, uzyskała powszechną aprobatę na międzynarodowej konferencyi o raku w Paryżu w jesieni roku ubiegłego. Jedynym zarzutem, jaki napotkała część akcyi Wintera, skierowana do szerszej publiczności, była obawa wzniecenia wśród tej publiczności nieuzasadnionej paniki raka. Obawa ta jednak bez wahania uznana została przez ogół klinicystów za przyczynę niewystarczającą do zaniechania akcyi, gdyż z wyjątkiem przypadków hipochondryi, łatwo jest rozwiać obawę raka tam, gdzie go niema.

Winter prowadzi swą akcyę dalej. Proponuje rozpowszechnić ją na całe Prusy i wszelkie rodzaje raka, zrobić ośrodkiem tej akcyi niemiecki Komitet centralny badania raka i za jego pośrednictwem odwołać się o pomoc do odpowiednich władz.

Że podobna walka z rakiem u nas jest potrzebna, — nikt chyba nie wątpi.

Nie mamy dokładnych danych statystycznych, którymibyśmy potrzebę tę zmierzyć mogli, jeśli jednak operacyjność raka macicy w Niemczech waha się między 25—75%, u nas natrafienie na raka niezaniedbanego jest wyjątkową ucztą dla ginekologa. Świtalski podaje w »Przeglądzie lekarskim« z r. 1896 18,5% raków szyi macicznej, nadających się do operacyi, z zebranego z 13 lat materyału kliniki krakowskiej. Do powiatowego szpitala św. Aleksandra w Łodzi zgłosiło się w ciągu ubiegłego roku 9 chorych na raka macicy, co na ogólną liczbę 1350 chorych stanowi nikły odsetek 0,65%. Z tych 9 zaledwie 3 nadawały się do operacyi doszczętnej. Leczenie chorych ginekologicznych przez położne praktykowane jest u nas na szeroką skalę. Błędy wśród lekarzy nieraz się zdarzają, niejeden ginekolog mógł je stwierdzić.

Już w r. 1906 Józef Jaworski podniósł w warszawskiem Towarzystwie higienicznem potrzebę walki z rakiem macicy i podał projekt odpowiedniego kwestyonaryusza do lekarzy i odezwy do kobiet. Dotychczas jednak nie została u nas przeprowadzona w tym celu żadna systematyczna akcya Dla uświadomienia szerszej publiczności robi się tylko tyle, że się wspomina przygodnie o raku macicy w jakimś popularnym odczycie lub wydawnictwie z dziedziny higieny. W celu zmniejszenia szkodliwej działalności położnych Łódzkie Towarzystwo lekarskie wydało i rozpowszechniło w roku zeszłym odpowiedni list do położnych. Podobne sporadyczne wystąpienia nie mogą naturalnie odegrać żadnej poważniejszej roli. A jednak energiczna nieustająca walka z rakiem w Niemczech dała niezaprzeczenie doniosłe wyniki dodatnie. Prowadzą ją tam niezmordowanie poszczególne towarzystwa ginekologiczne. U nas największe może prawdopodobieństwo powodzenia jako inicyator takiej powszechnej akcyi, mógłby mieć obecny Zjazd lekarzy prowincyonalnych. Poszczególne Towarzystwa lekarskie musiałyby prowadzić akcyę, mającą na celu jak najwcześniejsze

zgłaszanie się kobiet do operacyi. Rozporządzające większym materyałem szpitale mogłyby z roku na rok sprawdzać, jakie są skutki tej akcyi przez wykazywanie zmian w odsetkach raków, nadających się do operacyi.

XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

(18—22 lipca 1911).

Zgłoszone w dalszym ciągu tematy i wykłady:

Sekcya medycyny wewnętrznej: 62) Prym. Witołd Ziembicki (z oddziału wewn. II. powsz. szpitala krajowego we Lwowie): O cierpieniach przysadki mózgowej ze szczególniejszem uwzględnieniem materyału szpitala lwowskiego. — 63) Tenże: Przyczynek do parazytologii klinicznej. — 64) Doc. J. Hornowski i St. Rudzki: Przyczynek do nauki o istocie erytromelalgii (z przedstawieniem preparatów histopatologicznych). — 65) M. Eiger (Kraków): Zależność załamka elektrokardyograficznego θ od pęczka Hisa-Tawary i wyjaśnienie t. zw. »atypowych« elektrokardyogramów.

Sekcya farmaceutyczna: 1) Zawałkiewicz Z.: O potrzebie ustalenia niektórych jednostek i norm w ordynacyach lekarskich. 2) Tenże: Polskie słownictwo farmaceutyczne. 3) Tenże: Reforma studyów farmaceutycznych w Austryi. 4) B. Gładych: Towaroznawstwo apteczne a przemysł farmaceutyczny. 5) Tenże: Stan piśmiennictwa zawodowego w Polsce w zaraniu XX wieku.— Z działalnością Sekcyi połączona będzie Wystawa przemysłu farmaceutycznego w lokalu Ligi pomocy przemysłowej przy ul. Straszewskiego l. 28 (naprzeciw Uniwersytetu).

Sekcya okulistyczna: Temat ogólny: Etyologia i postacie kliniczne zapalenia jaglicowego. Sprawozd. r. dw. Prof. Wicherkiewicz i Dr Rosenhauch. — Odczyty: 1) Doc. Noiszewski (Petersburg): O jaskrze niezapalnej. 2) W. Witaliński (Kraków): Przypadki jaskry po operacyi zaćmy. 3) Edm. Rosenhauch (Kraków): Cataracta e lactatione. 4) Kleczkowski (Kraków): Badania nad rozwojem nerwu wzrokowego. 5) Szafnicki (Kraków): Plama Mariotta w przypadkach zapalenia obrzękowego nerwu wzrokowego. 6) Tenże: Ulcus serpens w uniwersyteckiej klinice krakowskiej w latach 1900—1909. 7) Lewicki (Kraków): Pyocyanaza w okulistyce. 8) R. dw. Prof. Wicherkiewicz: Własne doświadczenia co do wągra wśródgałkowego. 9) Tenże: Niezwykle ciężki przypadek choroby Basedowa. 10) Tenże: Złośliwe narośle nagałkowe. 11) Prof. K. W. Majewski (Kraków): Nowy refraktometr, demonstracya przyrządu i objaśnienie metody badania. 12) Kamocki (Warszawa): Z kazuistyki śródbłoniaków naczyniówki. 13) Ziemiński (Warszawa): Zaburzenia psychiczne, a operacye oczne. 14) Prof. Adam Bednarski (Lwów): Uwagi o zapaleniu pryszczykowem spojówki i rogówki. 15) Bałłaban (Lwów): Temat zastrzeżony. 16) Prof. Machek (Lwów): Temat zastrzeżony. 17) Z. Kramsztyk (Warszawa): Temat zastrzeżony. 18) Wulffson (Warszawa): Temat zastrzeżony. 19) Kuropatwiński: Demonstracya umywalni dla okulistów praktyków.

Wiadomości bieżące.

Towarzystwo lekarskie Łódzkie mianowało z okazyi dwudziestopięciolecia swego istnienia członkami honorowymi następujących lekarzy:

Z Łodzi członków założycieli: M. Cohna, J. Kolińskiego, i H. Rundę.

Z Królestwa: F. Arnsteina (Kutno Ciechocinek), Prof. J. Baranowskiego (Warszawa), K. Chełchowskiego (Warszawa), A. Czaplickiego (Kielce), H. Dobrzyckiego (Warszawa), S. Goldflama (Warszawa), H. Fidlera (Radom), T. Herynga (Warszawa), A. Jaworowskiego (Lublin), A. Maciesze (Płock), J. Majkowskiego (Radom-Warszawa), W. Męczkowskiego Warszawa), F. Neugebauera (Warszawa), A. Puławskiego (Warszawa), M. Reichmana (Warszawa), L. Rutkowskiego (Płońsk), B. Sawickiego (Warszawa), A. Sokołowskiego (Warszawa), A. Troczewskiego (Kutno).

Z Galicyi: Prof. T. Browicza (Kraków), Prof. N. Cybulskiego (Kraków), W. Czyżewicza (Jarosław), Prof. A. Gluzińskiego (Lwów), Prof. Jurasza (Lwów), Prof. H Kadyiego (Lwów), Prof. K. Kostaneckiego (Kraków), A. Kwaśnickiego (Kraków), Doc. J. Mazurkiewicza (Lwów), Prof. P. Pieniążka (Kraków), Prof. L. Rydygiera (Lwów), J. Walczyńskiego (Tarnów).

Z W. Ks. Poznańskiego: F. Chłapowskiego (Poznań), J. Święcickiego (Poznań), Szumana (Toruń).

Do tej chwili członkami honorowymi Towarzystwa byli: W. Biegański (Częstochowa), Prof. Jakubowski (Kraków), Prof. Kosiński (Warszawa) i J. Lohrer (Łódź).

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 24. V. b. r. posiedzenie, na którem prym. Dr Borzęcki przedstawił chorych ze swego oddziału, a Dr Nowaczyński miał zapowiedziany wykład.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Antoni Karol Horak, rodem z Krakowa, Jan Porębski z Królestwa, Zygmunt Leszczyński z Bazaru, Ludwik Rudolf Król z Rychwałdu, Maksymilian Krengel i Marya Schönberg-Gemska z Krakowa, Mieczysław Maryan Offmański, z Magnuszewa w Król. Pol. i Józef Szymanowicz z Zakliczyna w Galicyi.

— Dr Jakób Baschkopf, lekarz pułkowy w stanie spoczynku, odznaczony został stopniem lekarza sztabowego.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 21. V. do 27. V. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † 1 (w tem obcych 1 † 1), krztuśca 3 † 1, ospy wietrznej 4, płonicy 12 † 7 (7 † 5), odry 14 † 1 (9 † 1), duru brzusznego 4 † — (3 † —), róży 2 † 1 (1 † 1), gorączki połogowej 1, wąglika 1, jaglicy 18.

Dr Janiszewski.

Warszawa. Warszawskie Towarzystwo higieniczne wybrało swym prezesem Dr J. Polaka, wiceprezesem Dr Bączkiewicza, skarbnikiem Dr J. Szwejcera, sekretarzem Dr W. Dąbrowskiego.

— Towarzystwo naukowe warszawskie otrzymało w darze: na ogólne swe cele od p. Floryana Rakowskiego dla uczczenia pamięci ś. p. Floryana Giżyckiego rb. 500, na fundusz im. ks. J. T. Lubomirskiego od p. Stefana Dziewulskiego rb. 500; na Instytut biologiczny: za pośrednictwem p. Edw. Natansona od bezimiennego ofiarodawcy rb. 5000, od p. Edw. Natansona rb. 1000, od Dr E. Zielińskiego rb. 1000, od Dr K. Chełchowskiego rb. 500, od Dr Z. Dmochowskiego rb. 1000.

— Na posiedzeniu komisyi antropologicznej przy Wydziale II Towarzystwa naukowego warszawskiego w d. 13. bm. odczytana została praca p. Stefana Sterlinga p. t.: »Wskazówki do badań nad dziedzicznością cech psychicznych«, mająca wejść do »Instrukcyi do badań antropologicznych i etnograficznych«, opracowywanej w łonie komisyi.

Z różnych stron. Ważna zmiana zajdzie obecnie w nowej austryackiej ustawie wojskowej co do odbywania służby jednorocznych ochotników medyków. Dotąd służyli oni pół roku pod bronią, a drugie pół po doktoracie w szpitalu wojskowym, w randze zastępczych lekarzy asystentów. Obecnie zaś pod bronią służyć będą podobno słuchacze medycyny tylko 3 miesiące i to w czasie feryi letnich, tak, że przez to nie stracą nic ze studyów. Po doktoracie zaś służyć będą jako lekarze-asystenci 9 miesięcy, z tego 6 w szpitalu, a 3 przy pułkach. Przez to zyskają obie strony, bo i częściowo usunięty zostanie wybitny brak lekarzy wojskowych, i słuchacze medycyny półrocza nie stracą. Kl.

— W armii austryackiej wprowadzono także leczenie salvarsanem, ale z wielu zastrzeżeniami. I tak leczenie to może być prowadzone jedynie w szpitalach garnizonowych, i to pod okiem specyalistów dermatologów. Leczenie, jak na razie, odbywać się ma w postaci wstrzykiwań śródmięśniowych i to w przypadkach złośliwych z licznymi nawrotami tam, gdzie rtęć nie skutkuje lub stosować jej nie można. Na leczenie salvarsanem należy uzyskać zezwolenie chorego, co powinno być zaznaczone w historyi choroby (Vormerkblatt) podpisem chorego, a leczeni mają być po wyleczeniu nadal ściśle obserwowani.

Kl.

— Urządzenia sanitarno-polowe ulegają w Austro-Węgrzech korzystnym zmianom. Do najważniejszych zmian należą: wprowadzenie w konnicy po dwóch konnych sanitaryuszy przy szwa-

dronie i podział szpitala wojskowego polnego (dawniej 600 łóżek) na trzy oddziały po 200 łóżek, a górskiego na dwie sekcye po 100 łóżek. X.

— Zakład badania radu w Wiedniu, pozostający pod dyrekcyą Dr Exnera, otrzymał półmilionowy zapis Dr Kupelwiesera; zakład rozporządza 3 gramami radu, wartości miliona koron. X.

— Lekarze peszteńscy, wobec złych doświadczeń przy stawianiu ogromnych szpitali w jednem miejscu, postanowili przy projektowaniu nowego szpitala w Peszcie żądać wystawienia zamiast niego kilku mniejszych na różnych punktach miasta. X.

— Austryackie ministeryum spraw wewnętrznych poleciło krajowym władzom politycznym oddawać do leczenia szpitalnego młodzieńców, których komisya poborowa uwalnia od służby wojskowej z powodu jaglicy i starać się o to, by szpitale cywilne każdej chwili takich chorych przyjmowały i nie wypuszczały przed zupełnem wyleczeniem. W przypadkach, w których niemożliwe jest oddanie chorego do szpitala, ma władza postarać się o leczenie chorego u prywatnego lekarza. Lekarze rządowi mają prowadzić wykaz tych młodzieńców, na jaglicę chorych, a do służby wojskowej obowiązanych. Po wyleczeniu mają tacy chorzy stawać ponownie przed komisyą poborową.

— Z powodu planu założenia miejskiego uniwersytetu we Frankfurcie nad Menem powstało wielkie zaniepokojenie w sąsiednich uniwersytetach w Marburgu i Giessen, obawiających się konkurencyi i utraty słuchaczów, których pewnie przyciągną do Frankfurtu zakłady urządzone nowocześnie i pobyt w dużem mieście. W ostatnich nadto czasach podobno miasto Hamburg nosi się też z myślą założenia swego uniwersytetu. X.

— Bardzo dobre wyniki osiąga w Darmstadt utworzone przez tamtejsze Koło pań schronisko dla niemowląt. Śmiertelność zmniejszyła się z 16% na 9·3%. Gdyby tak było w całych Niemczech, to rocznie ratowanoby przeszło 130.000 niemowląt od śmierci, a więc więcej, niż umiera na raka lub gruźlicę, na których zwalczanie wydaje się olbrzymie sumy. Postępowanie w Darmstadt jest proste: Po porodzie odwiedza położnicę siostra-dozorczyni, poucza o karmieniu, ewentualnie zachęca, by matka z dzieckiem zgłosiła się do kontroli do schroniska, lub kontroluje matkę co pewien czas sama. (Podobna instytucya powstać ma także w Krakowie przy Domu samarytańskim Panien Ekonomek i będzie prowadzona przez obznajomionego dokładnie z tą sprawą pedyatrę). X.

— W Brukseli zaczął wychodzić obszerny słownik lekarski, obejmujący wszelkie nazwy lekarskie w językach: łacińskim, francuskim, niemieckim i holenderskim. X.

— W Anglii przeznaczył rząd z nadwyżek kasowych półtora miliona funtów (30 milionów koron) na budowę sanatoryów dla robotników.

— O znacznem zwiększeniu się liczby chorych na kamienie dróg moczowych donosi Lardy z Genewy, kładąc to zgodnie z Höttingerem na karb spożywania wielkiej ilości mięsa baraniego. Właśnie w krajach, gdzie ludność żywi się baraniną (Turcya, Syrya, Anglia, Arabia, Węgry) są też kamienie moczowe częste. X.

— We Francyi postanowili lekarze celem ograniczenia napływu słuchaczy na medycynę, czynić starania, by wprowadzono bardzo surowe egzamina wstępne z nauk przyrodniczych, co zarazem podniesie poziom wykształcenia lekarzy. X.

— Towarzystwo »Societé obstétricale de France« ze względu na przerażające wprost liczby sztucznych poronień (36.000 rocznie) zwróciło się wprost do kobiet francuskich z odezwą, przedstawiającą skutki tego nierozsądnego postępowania. 6% kobiet, (a więc z ogólnej liczby niemal 2000) traci przytem przez lekkomyślność życie. X.

— Dane statystyczne o częstości raka podał Bertillon na posiedzeniu Akademii lekarskiej w Paryżu. Mianowicie rak występuje we Francyi obecnie znacznie częściej, a zwłaszcza w okolicach północnych, co stwierdzono i w innych krajach (np. w Anglii w ostatniem pięćdziesięcioleciu liczba schorzeń na raka potroiła się). W samym Paryżu zwiększyła się zwłaszcza częstość raków przewodu pokarmowego. W roku 1909 zmarło we Francyi aż 34.053 osób na raka. X.

Mianowani: Prof. Schaffer z Wiednia profesorem histologii i embryologii w Gracu.

Zmarli: Ginekolog Prof. Hennig w Lipsku.

Dr Izydor Jurowicz, wieloletni prymaryusz szpitala izraelickiego, prezes Stowarzyszenia izraelitów postępowych, w 60 r. ż. w Krakowie.

Redakcya otrzymała: M. Eiger: 1) Topografia zwojów nerwowych wewnątrzsercowych. Warszawa 1911. 2) Przyczynek do sprawy miesienia serca w świetle elektrokardyografii. Kraków 1910. 3) Metoda elektrokardyograficzna, jej znaczenie oraz zastosowanie kliniczne. Kraków 1911. 4) O działaniu hemolitycznem i hemoaglutynującem wyskoku i t. d. Kraków 1910. 5) O elektrokardyogramach przy rozmaitych rodzajach uśpienia. »Med. i Kron. lek.« 1910.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w maju 1911.

Gazeta lek. Nr 18—21. Kino: O zahamowaniu skurczów dodatkowych przedsionkowych. Przyczynek do nauki o tętnie zwolnionem (18). — Dunin-Karwicka (c. d. 18—21). — Spielrein: Kilka słów o nakłuwaniu osierdzia przy zapaleniu wysiękowem (19). — Biernacki: Rola biologiczna potasu (20—21). — Gębarski: Dwa przypadki choroby Addisona (21).

Medycyna i Kronika lek. Nr 18—21. Pechkranc (dok. 18). Borzęcki T. (dok. 18—19). — Stefan Kramsztyk: O znaczeniu klinicznem wydzielanego w moczu fosforu u niemowląt, karmionych naturalnie i sztucznie (19). — Hertz: O odchyleniu dopełniacza w przypadkach bąblowca (20). — Pechkranc: Moczówka prosta oraz niedorozwój całego ciała, jakoteż narządów płciowych (zespół przysadkowy) (20—21). — Mintz: O samoistnych rozszerzeniach przełyku (21). — Dembicki: Kilka słów o źródłach ciechocińskich (21).

Tygodnik lekarski Nr 18—21. Wilenko (dok. 18—20). — Tomaszewski Z. (dok. 18). — T. Zalewski: Przyczynek do operacyi wewnątrzusznych (19). — W. Orłowski: Jeszcze kilka słów o objawie różnicy ciepłoty pod pachą i w odbytnicy przy zapaleniu wyrostka robaczkowego i o mojej metodzie badania wyrostka (19). — Rothfeld: Przypadek polyneuritis meniriformis (20). — Halban: O porażeniu postępowem w wieku młodocianym (21). — Papée: Syphilis d'emblée (21).

Neurologia polska. Tom I. Zesz. 6. Bregman i Krukowski: Przyczynek do nowotworów kąta mostkowo-móżdżkowego. — Flatau i Wł. Sterling (dok.). — Borowiecki: Przyczynek do poznania mechanizmu psychologicznego urojeń prześladowczych.— Rotstadt: O próchnieniu kręgów bez garbu w wieku podeszłym.

Przegląd chorób skórn. i wen. Nr 1. i 2. Serkowski i Kraszewski: Badanie stopnia kwasowości moczu i stosunek kwaśnych związków do zasadowych.

Przegląd chirurg. i ginekol. T. IV. Z. 3. Ad. Majewski: Sprawy zapalne kości klatki piersiowej i ich leczenie operacyjne. — Wrześniowski: Leczenie otwarte gruźlicy stawów ropnej.

Przegląd higieniczny Nr 5. Lewicki (c. d.).

Kronika dentyst. Nr 5. Zwierzchowski (dok.).

Słowo lekarskie Nr 9. Z rozmyślań lekarza. — Lekarze w Poznańskiem. — Zdrowie publiczne w państwie rosyjskiem.— Klęsk: O publikacyach lekarzy praktycznych.

Głos lekarzy Nr 10. Legeżyński (dok.). — Udział lekarzy w pojedynkach. Ankieta międzynarodowa (c. d.). — Mikołajski: Z I. austryackiego kongresu przeciwgruźliczego.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr 2. Zanietowski (dok.). — Inwestycye Krynickie.

Nasze Zdroje Nr 4. Wybory do parlamentu a zdrojownictwo. — Z doby odrodzenia Krynicy. — Przegląd zdrojowisk. — Międzynarodowa wystawa higieniczna w Dreznie. — Nasze komisye zdrojowe.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dn. 7. czerwca 1911 o godz. 6 wieczór. w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Dr J. Kostrzewski: Odczyn Freund-Kaminera. Serodyagnostyka raka. 2) Dr K. Weber: Dziegieć z węgla kamiennego w leczeniu chorób skórnych.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.

Doc. Dr **Gabryszewski**, lekarz zakładowy.

Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, lekarz zakładowy (od końca kwietnia do końca września).

Kosów.

Dr **Tarnawski**, właśc. lecz., otwart. od 1 maja do końca paźdz.

Krynica.

Dr **Cereha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").

Dr **Dębicki Klemens**, ordynuje od 20 maja (pod Jeleniem).

Dr **Lewicki Stanisław**, willa pod „Trąbką".

Kudowa (Szląsk).

Dr **Brodzki Jan**, (zimą w Helouanie w Egipcie).

Rabka.

Dr **Lang O.**, Willa „pod Luboniem".

Dr **Supiński E.**, lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr **Regiec Jan**, lekarz zakładowy, (utrzymuje tamże przez lato zakład ortopedyczny).

Swoszowice.

Dr **Zanietowski**, kąpiele siarczane i mułowe radioczynne.

Szczawnica.

Dr **Gorski Xawery**.

Dr **Hammerschlag Rudolf**.

Dr **Kolączkowski**, ord. i prowadzi pensyonat hidropatyczny.

Dr **Kruszyński Kazimierz**, Radca.

Truskawiec.

Dr **Gerns Kazimierz**, lekarz zakładowy, ordynuje jak dawniej od maja do końca września.

Dr **Pelczar Zenon**.

Dr **Praschil Tadeusz**.

Żegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz**, Radca cesarski.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Hall (w górnej Austryi).

Dr **Feuerstein Leon**, Villa „Söllradl".

Bad Nauheim.

Dr **Lowiński Zygmunt**, Fürstenstr. 14, róg Karlstr. Tel. 271.

Dr **M. Wolfheim**, Reinhardstrasse 1. Telefon 47.

Cieplice Trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz Stefan**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Steinsberg Leopold**, Zakł. leczn. („Villa Dra Steinsberga").

Dr **Zeitner Józef**, Kirchenstr. Villa „Stadt Paris".

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski**, Radca ces. Villa „Höflinger" IV.

Karlsbad.

Dr **Maciąg Adam**, b. asystent kliniki lekarskiej Uniw. Jag., ordynuje Alte Wiese „Dom Börse".

Kołobrzeg.

Dr **Kramsztyk Stefan**, b. asystent berlińskiej kliniki chorób dzieci. Pensyonat Polski. Promenada 26.

Kissingen (w Bawaryi).

Dr **Chłapowski F.**, Radca san. Prinzregenterstr. 1, tamże pensyonat dyetetyczny własny.

Dr **Maciejowski J.**, kierownik i właściciel Sanatoryum „Quo vadis", Ludwigstr. 16. Zakład otwarty od maja do października. Prospekty i wyjaśnienia odwrotnie.

Doc. Dr **Modrakowski**, willa „Elsa".

Marienbad.

Dr **Eichhorn Ferdynand**, ord. jak dotychczas Dom „Mozart".

Dr **Kwiatkowski St. Benedykt**, od 1 maja do 1 października „Haus Hamburg" (od 1 października do 1 maja w Meranie, „Haus Venosta).

Dr **Liebeskind Józef**, ord. jak dotychczas Haus Kronprinz.

Rok L. Kraków, dnia 10. czerwca 1911. Nr. 23.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Oklepywanie wątroby i żołądka i ucisk wibracyjny.

Podał

Prof. W. Jaworski.

Dla poznania siedziby stanu chorobowego zapomocą badania fizycznego chorych, używa się często ucisku. Uciska się często rozmaite okolice ciała końcami palców nietylko dla poznania oporności i spoistości narządów, lecz często i dla sprawienia bólu. Ucisk bowiem na narządy, opatrzone nerwami czuciowymi, jeżeli się w nich toczy sprawa zapalna, sprawia o wiele większe uczucie bólu, niż w stanie prawidłowym. Przez odpowiednie zastosowanie ucisku można rozpoznać i zróżniczkować nerwobóle międzyżebrowe, gościec mięśni międzyżebrowych i zapalenia suche opłucnej. Ucisk jest ważnym a prostym sposobem rozpoznawczym dla lokalizacyi schorzeń powierzchownie leżących narządów, skóry, mięśni i nerwów obwodowych. Należy jednak objaw uciskowy krytycznie oceniać, i nie każde miejsce bolesne za schorzałe uważać, albowiem można natrafić na projekcye punktów lub obszarów bolesnych Heada, które wywołane zostały przez schorzenie daleko leżących narządów.

Uciskać można tylko powierzchownie leżące narządy, innych, jak serca, śledziony, nerek, większej części wątroby nie można palcem ucisnąć, jeżeli położenie tych narządów jest prawidłowe. Można jednak na nie przenosić wstrząśnienia, jeżeli prostopadle do ich powierzchni wykonywa się szybko po sobie następujące uderzenia, czyli jeśli się je oklepuje. Wstrząśnienia te sprawiają w dotyczących narządach uczucie bólu, jeżeli one są zapalnie zmienione. Zwrócono też dotąd wielokrotnie uwagę na bolesność okolic lędźwiowych, która powstaje przy ich uderzaniu, jeżeli nerki są przez kamyki i złogi podrażnione (S. Goldflam, O wstrząsaniu nerek. Medycyna 1900 Nr 25).

W niniejszem doniesieniu zamierzam przytoczyć moje spostrzeżenia, jakie zebrałem oklepując wątrobę i żołądek u osób chorych. Przy oklepywaniu wątroby należy odróżnić jej powierzchnię grzbietną, boczną, i przednią. Grzbietna powierzchnia wątroby leży całkowicie w klatce piersiowej, a nadto jest osłoniętą od góry aż do 10 żebra miąższem płucnym, a tylko od 10—12 żebra przylega bezpośrednio do klatki piersiowej, obok kręgosłupa zaś pokrywa wątroba górny odcinek nerki prawej. Ten ostatni szczegół ma swoje znaczenie ze względu na ocenę wyników oklepywania w tem miejscu, o czem jeszcze niżej. Wątroba więc na swej powierzchni grzbietnej może być oklepywana od 10—12 żebra. Również i boczna powierzchnia wątroby jest pokryta miąższem płucnym, a tylko od 8—10 żebra, leży bezpośrednio przy ścianie klatki piersiowej i tu można ją oklepywać. Na przedniej powierzchni klatki piersiowej daje się wątroba oklepywać od 6—8 żebra, gdyż na tej przestrzeni nie jest pokryta płucem. W dołku podsercowym leży wątroba bezpośrednio pod powłokami brzusznymi i nie nadaje się do bezpośredniego, lecz tylko do pośredniego oklepywania za pośrednictwem pukadła (plesymetru) lub palca.

Oklepywanie wątroby i żołądka uskutecznia się w położeniu leżącem; przednią powierzchnię wątroby oklepuje się w położeniu na wznak, boczną, przy położeniu na lewym boku, a tylną przy położeniu na brzuchu. Dla wykonania oklepywania uderza się szybko brzegiem wyprostowanej dłoni prawej równolegle do przebiegu żeber, najlepiej na międzyżebrza, zmieniając siłę uderzenia co kilka uderzeń. Zaczyna się wykonywać uderzenia od górnej części klatki piersiowej np. od kąta łopatki w dół i oklepuje się wątrobę nie tylko na klatce piersiowej, lecz i w okolicy lędźwiowej prawej. Dla kontroli oklepuje się tak stronę prawą, jak i symetryczne miejsca po stronie lewej. Oklepywany chory odczuwa w odpowiednich przypadkach chorobowych »ból wewnętrzny«. Część wątroby, leżąca poniżej dolnego przedniego brzegu klatki piersiowej, wstrząsa się pośrednio przez silne opukiwanie jej na małym dobrze naciśniętym plesymetrze zapomocą palca lub lepiej młotka. Można ucisnąć podejrzane miejsce palcem lewej ręki, a opukiwać palcem prawej; korzystniej jednak użyć małego plesymetra. O oklepywaniu żołądka będzie niżej wzmianka.

Oklepywanie wątroby stosowałem przy badaniu chorych na napady kolki żółciowej, lub podejrzanych o ich przebycie. We wszystkich przypadkach, w których były objawy kamicy żółciowej (żółtaczka, barwiki żółciowe w moczu, powiększenie i bolesność dolnego brzegu wątroby, bolesność powiększonego pęcherzyka żółciowego), można było wywołać bolesność przez oklepywanie części klatki piersiowej otaczającej wątrobę. W wielu niejasnych, a o kolkę żółciową podejrzanych przypadkach, wykonywałem stale próbę oklepywania, co niejednokrotnie naprowadziło mnie na rozpoznanie rzeczywistego stanu chorobowego. Do tego rodzaju przypadków należą liczne, w których bądź z wywiadów, bądź przez badanie, tylko małoznaczące objawy kamicy żółciowej zebrać można, jako to: kilkora-

zowe porody, przebyty dur brzuszny, przemijające ściskania lub bóle w klatce piersiowej, albo w górnej części jamy brzusznej, małe wzniesienia ciepłoty, krótko trwające ściemnianie moczu, nudności lub wymioty. Z tych nieuchwytnych objawów, zwłaszcza u osób tak zwanych nerwowych, nie można wnosić o istnieniu kolki żółciowej, a dopiero dodatni wynik oklepywania wątroby pozwala często ją rozpoznawać, jak to poniżej przytoczone przypadki pouczają.

Z drugiej strony może kolka żółciowa okazywać objawy zupełnie nietypowe, tak że może przybrać obraz chorobowy innych cierpień i naprowadzić lekarza na rozpoznanie każdej innej choroby, tylko nie kolki żółciowej. Czasem okazuje kamica żółciowa w swoich początkach obraz dusznicy bolesnej, jeżeli pojawiają się tylko bóle rozpierające klatkę piersiową, rozszerzające się więcej ku stronie prawej, a badanie serca nie może wykazać w niem zmian. Tu przechyla dodatni wynik oklepywania wątroby szalę rozpoznania na stronę kamicy żółciowej.

Podobne trudności rozpoznawcze powstają, jeżeli bóle w kamicy żółciowej, rozpromieniając się przeważnie ku jamie brzusznej, przybierają cechę morzyska (kurcz brzuszny, enteralgia, gastralgia), jaki napotykamy w przebiegu miażdżycy aorty brzusznej lub rozgałęzień tętnic krezkowych pod nazwą kliniczną »dyspragia intermittens angiosclerotica intestinalis« (Ortner), albo jako bóle przybierające cechę napadową w przebiegu przełomów żołądkowo-jelitowych (crises gastroentericae) bez możności wykazania objawów wiądu. W tych przypadkach, wielce trudnych do rozstrzygnięcia, dodatni wynik oklepywania przemawia za kolką żółciową.

Każdy praktyk pamięta o przypadkach, zwłaszcza u kobiet, u których przez długie lata rozpoznanie pozostaje w zawieszeniu: wrzód okrągły, czy kamica żółciowa. Jedynym sposobem rozstrzygnięcia tej zagadki może się stać dodatni wynik oklepywania wątroby, pojawiający się w czasie bólów.

O odróżnianiu nerwobólów żołądka (cardialgia) od wrzodu okrągłego i kamicy żółciowej będzie mowa w ostatnim ustępie.

W końcu należy tu wspomnieć o przypadkach opadnięcia nerek, żołądka i jelit (nephro-gastroenteroptosis). Pojawianie się bólów napadowych jest tu bardzo częstym objawem. Mogą one przybrać te cechy, jakie dostrzegamy w kolce żółciowej. Jeżeli oklepywanie wątroby w tych przypadkach jest dodatnie, to należy wnosić, że przyczyną bólów nie jest opadnięcie trzew, lecz kamica żółciowa.

Bardzo rzadko zdarza się, że bolesność w dołku podsercowym lub w okolicy pęcherzyka żółciowego jest rozpromienianiem się kolki wyrostkowej (colica appendicularis).

Co do oklepywania lewej strony grzbietnej, to ono tu o wiele rzadziej wywołuje bolesność, niż po stronie prawej. Jeżeli po lewej stronie grzbietu okazywała się bolesność przy oklepywaniu, a po prawej jej nie było, to uważałem za przyczynę tego objawu wrzód okrągły na tylnej ścianie żołądka. Należy jednak, nim się zrobi takie rozpoznanie, wyłączyć z obszaru oklepywanego obecność punktów bolesnych, bolesność nerwów i mięśni międzyżebrowych, bolesność okostnej i opłucnej.

Przytaczam kilka przypadków z mojej obserwacyi:

I. K. M. nauczyciel, 26 lat; w nieokreślonych odstępach czasu zgaga, przytem często »kurcze«, jeżeli się chory przeje; »kurcze« trwają krótko, albo przez kilka godzin, rozpoczynają się w dołku podsercowym i rozpromieniają nieco ku prawemu podżebrzu, równocześnie kwaśny smak w ustach, który chory zwalcza przez gryzienie kredy; szybkie jedzenie, zwłaszcza chleba, ma wywoływać kurcze; mocz w czasie bolów ma być ciemniejszy. Chory wyskoku nie nadużywał, kiły nie przebył. Ostatnie bole przed 2 tygodniami.

Badanie: Chory dość dobrze odżywiony, »habitus paralyticus«, odruchy ścięgniste wzmożone, żółtawego zabarwienia na gałkach ocznych niema, rozszerzenie źrenic prawidłowe, gra źrenic żywa; ani z przodu, ani z tyłu niema punktów bolesnych, lecz oklepywanie grzbietnej części wątroby bolesne, po lewej nie. Mocz jasny, blady, wolny od białka. Rozpoznanie wahało się tu między nerwobolami żołądka, a kamicą żółciową. Próba oklepywania wątroby rozstrzygnęła na korzyść kamicy.

II. D. K., 54 l., architekt. Od 10 laty uczucie duszenia i napadowych bolów, które rozpoczynają się pod mostkiem od rozpychania klatki piersiowej i rozpromieniają się ku górze i ku lewej stronie klatki piersiowej. Napady powstają w nieregularnych odstępach czasu bez wiadomej przyczyny, trwają albo krótko, albo przez kilka godzin, kończą się czasem uczuciem, jakby się coś nagle urwało w piersiach; żółtaczki nie było, mocz po napadach ma być ciemniejszy, stolec regularny. Ostatni napad bolów przed 3 dniami.

Badanie: Odżywienie dobre, odruchy ścięgniste prawidłowe, zachowanie się źrenic prawidłowe. W żołądku nieznaczne pluskanie po obiedzie. Tętno 66 prawidłowe, tony serca zwłaszcza nad aortą głuche. Punktów bolesnych niema, tylko w okolicy pęcherzyka żółciowego nieznaczna i nieokreślona tkliwość uciskowa, natomiast oklepywanie prawej grzbietnej powierzchni od 10—12 żebra okazuje się nawet przy pukaniu na plesymetrze bolesnem. Mocz ciemno-żółtawy bez białka. Rozpoznanie wahało się między dusznicą bolesną sercową z powodu miażdżycy aorty i cechy bolów a kamicą żółciową przewlekłą. Próba oklepywania wątroby i barwa ciemna moczu wykazały obecność podrażnienia przewodu wątrobnego (ductus hepaticus).

III. P. K., l. 35, dwa razy rodziła. Od 5 tygodni uczucie tłoczenia w żołądku naczczo, które się powiększa po jedzeniu, nawet po kawie lub herbacie i budzi chorą ze snu; tłoczeniu towarzyszy odbijanie czcze; stosowana woda karlsbadzka ma dolegliwości powiększać, stolec prawidłowy.

Badanie: Odżywianie mierne, skóra blada. Odruchy ścięgniste nie zwiększone. Na gałkach ocznych zabarwienia żółtaczkowego niema. Zachowanie się źrenic prawidłowe. Przy ucisku i opukiwaniu dołka podsercowego bolesność mierna. Tkliwość uciskowa obu jajników; punktów bolesnych na grzbiecie kręgosłupa niema. Oklepywanie wątroby na grzbiecie bolesne, w lędźwiach niebolesne. Mocz pomarańczowy wysycony moczanami. Rozpoznanie: Tu należało rozstrzygać między nerwicą czuciową żołądka a kamicą żółciową; próba oklepywania wątroby i ciemny mocz przeważyły szalę rozpoznania na stronę kamicy żółciowej.

IV. P. P, l. 40, rodziła kilka razy. Od kilku miesięcy krótkotrwałe bole w prawej stronie klatki piersiowej w nieregularnych odstępach, bez gorączki, przyczem jednak mocz ma ciemnieć. Przed tygodniem przebyła bole. Badanie nie wykazuje nigdzie jakiejkolwiek nieprawidłowości. Punktów bolesnych nigdzie niema. Mocz blady. Oklepywanie wątroby na grzbiecie wywołuje »bolesność wewnętrzną« i stwierdza przypuszczenie kolki żółciowej z powodu podrażnienia przewodu wątrobnego (ductus hepaticus).

V. K. Z., l. 54. Dwa porody. Uskarża się na ciśnienie w żołądku, które od 2 lat w kilkutygodniowych od-

stępach się pojawia, przytem niema ani gorączki, ani moczu ciemniejszego. Badanie kobiety dobrze odżywionej nie wykazuje żadnej nieprawidłowości; punktów bolesnych niema, mocz jasny, blady bez białka. Oklepywanie wątroby na grzbiecie wywołuje w 10—11 międzyżebrzu bolesność wewnętrzną. Objaw ten każe oceniać napadowe dolegliwości żołądkowe (tłoczenie) jako pochodzące od kamicy żółciowej przewlekłej, a nie od wrzodu żołądka.

Na przytoczonych przypadkach widzimy, że dodatni wynik oklepywania jest dla lekarza bardzo pożądanym objawem, gdyż wydobywa go często z ciężkiego kłopotu rozpoznawczego. Niestety ten wynik dodatni nie pojawia się w każdym przypadku kamicy żółciowej. Jest on bowiem objawem podrażnienia lub istnienia stanu zapalnego dróg żółciowych. Stan ten po napadzie kolki może szybko przeminąć, a ból przy oklepywaniu już się nie pojawia. Mogą nawet w przewodach żółciowych lub pęcherzyku żółciowym znajdować się złogi, nie sprawiające stanu podrażnienia, a tem samem i bolu przy oklepywaniu. Dlatego ujemny wynik oklepywania nie przemawia przeciw kamicy żółciowej. Tylko w tym przypadku możnaby wnosić o nieobecności kamicy żółciowej, jeżeli chory uskarża się na bole w okolicy wątroby, a oklepywanie jej bolów ani nie wywołuje, ani ich nie zwiększa.

Jak długo po przebyciu napadu kolki żółciowej oklepywanie jest bolesne, trudno mi jeszcze powiedzieć. Widziałem przypadki, w których 2 tygodnie po napadzie kolki żółciowej nie było już żadnych objawów przedmiotowych i podmiotowych, a oklepywanie grzbietnej powierzchni wątroby dało jeszcze wynik dodatni.

Nie każdy ból, powstający podczas oklepywania wątroby, ma być pochodzenia wątrobnego. Przed oklepywaniem należy się upewnić, czy niema na powierzchni skóry punktów lub obszarów bolesnych, pojawiających się przy wrzodzie okrągłym i u osób nerwowych, czy niema nerwobolów międzyżebrowych, gośćca mięśni międzyżebrowych, bolów okostnej żeber, i opłucnej. Są to przeszkody, które przy oklepywaniu należy omijać, a w takich przypadkach należy do badania używać bocznej powierzchni wątroby w liniach pachowych, zwłaszcza w linii pachowej przedniej. Wyniki zaś oklepywania tych przypadków są zawsze mniej pewne.

Oklepywanie wątroby daje jeszcze wyniki niepewne, jeżeli w braku innych objawów, mamy do odróżnienia kolkę nerki prawej od kolki wątrobnej. Zdarza się bowiem, że nietylko przy kolce nerkowej, ale i przy kolce wątrobnej oklepywanie okolicy lędźwiowej prawej jest bolesne, co się daje tłómaczyć topograficznem położeniem wątroby względem nerki prawej. Dla odróżnienia tych stanów należy zwrócić uwagę na oklepywanie wątroby w liniach pachowych, zwłaszcza przedniej. Bolesność, wywołana w tych miejscach, przemawia więcej za kamicą żółciową, niż nerkową.

Najpewniejsze wyniki otrzymuje się przez oklepywanie części grzbietnej wątroby, a wskazują one na podrażnienie, względnie zapalenie przewodów żółciowych. Jeżeli bolesność pojawia się tylko przy oklepywaniu bocznej powierzchni wątroby, to może ona pochodzić tak od zajęcia przewodów żółciowych, jak i od zajęcia pęcherzyka żółciowego. Oklepywanie przedniej piersiowej powierzchni wątroby sprawia rzadziej bolesność, najwięcej jeszcze w linii pachowej przedniej, a wtedy pochodzi od zajęcia pęcherzyka żółciowego. Natomiast silne opukiwanie dolnego brzegu wątroby na mocno uciśniętym plesymetrze lub palcu daje często dobre wyniki. Albo istnieje bolesność opukowa wzdłuż całego dolnego brzegu wątroby, a wtedy przemawia to za zajęciem zapalnem wątroby, względnie za kamicą żółciową, — albo bolesne jest tylko ograniczone miejsce między linią przymostkową a sutkową, mogące sięgać aż do wysokości pępka. Wyszukane miejsce ograniczone z bolesnością opukową w tym obszarze, odpowiada podrażnionemu pęcherzykowi żółciowemu, chociażbyśmy go wyczuć nie mogli. Należy jednak przy ocenianiu tego wyniku mieć na względzie tę okoliczność, że w pobliżu pęcherzyka leży odźwiernik, który w razie zajęcia wrzodem okrągłym, wzgl. rakiem, może okazywać bolesność opukową.

Podobne stosunki istnieją przy oklepywaniu pośredniem wątroby w dołku podsercowym. Wprawdzie wątroba leży tu bezpośrednio pod powłokami brzusznemi i pokrywa całkowicie krzywiznę małą żołądka, lecz wstrząśnienie, wywołane przez silne opukiwanie dołka podsercowego, udziela się przez zdrowy miąższ wątroby ścianie żołądka i sprawia bolesność w przypadkach wrzodu okrągłego krzywizny małej. Można przeto mylnie bolesność przy opukiwaniu dołka podsercowego uważać za wątrobną, podczas gdy ona pochodzi od żołądka. Tylko wtedy należy uważać bolesność opukową w dołku podsercowym za wątrobną, jeżeli ona pojawia się jeszcze w innych miejscach wątroby, n. p. wzdłuż całego jej brzegu dolnego, a niema cechujących objawów wrzodu okrągłego.

Wspomniałem już wyżej, że oklepywanie wątroby i żołądka stosowałem tylko w przypadkach podejrzanych o kolkę żółciową i wrzód okrągły żołądka i muszę zaznaczyć, że jest to w wielu wątpliwych przypadkach cenny, a bardzo prosty pomocniczy sposób rozpoznawczy. O tem, jak się sprawa ma z oklepywaniem w innych chorobach wątroby i żołądka, obecnie jeszcze niczego stanowczego powiedzieć nie mogę.

O ucisku wibracyjnym.

W związku z wywołaniem bolesności przez oklepywanie, jest odróżnienie bolów uciskowych tak zwanych organicznych od bolesności nerwowej. Tutaj zamierzam mówić tylko o bolesności uciskowej w dołku podsercowym i w okolicy pęcherzyka żółciowego. W bolu uciskowym wątrobnym w tych miejscach pośredniczy splot wątrobny (plexus hepaticus), a w żołądkowym splot wieńcowy górny i splot żołądkowy przedni (pl. coronarius superior i pl. gastricus anterior). Uciskając końcem palców powłoki zewnętrzne w tych obu miejscach, można sprawić dotkliwą bolesność. Wtedy, przy warunkach niewyjątkowych, przypuszcza się jako najczęstszą przyczynę bolu trzy stany chorobowe: Ból nerwowy (cardialgia, spasmus pylori), wrzód okrągły lub rozpoczynający się rak na krzywiźnie małej, względnie w odźwierniku, a wreszcie kamica żółciowa. Jeżeli niema swoistych objawów wrzodu okrągłego, raka lub kamicy żółciowej, a oklepywanie daje wynik ujemny, to odróżnienie tych stanów chorobowych na podstawie samej bolesności uciskowej jest bardzo trudne. Najczęściej przypuszcza lekarz, że ma przed sobą bolesność nerwową,

jako objaw nerwicy czuciowej, i opiera się na wnioskowaniu przez analogię, szukając w ustroju innych objawów nerwowych, cechujących ogólne psychoneurozy, jak: dermographia, globus, singultus, tachycardia, rhachalgia, asphyxia localis, tachypnoë, zwiększenie odruchów ścięgnistych i t. p. Przedewszystkiem jednak należy tu uwzględnić w ocenie bolesności nerwowej jako pomocniczy środek rozpoznawczy znane już wprawdzie zachowanie się źrenic, na które jednak w praktyce nie zawsze zwraca się należytą uwagę. U wielu osób tak zwanych nerwowych (neurosis universalis irritativa) na tle podrażnienia bądź nerwu współczulnego bądź też kory mózgowej, można dostrzedz nadmiernie rozszerzone źrenice, a średnica ich już podczas badania ulega ciągłej zmianie; istnieje tak zwany »niepokój źreniczny«. W innych przypadkach rozszerzone źrenice są nierówne i zmienne, tak że źrenica, która była przedtem szeroka, zwęża się, gdy tymczasem druga nadmiernie się rozszerza; istnieje tak zwane »przeskakiwanie źrenic«. Na światło oddziaływają takie źrenice niezmiernie żywo, to szybko zwężając się, to nadmiernie rozszerzając się. Przy szybkiem zasłanianiu i odsłanianiu oka okazuje się zadziwiająca gra źrenic. Całe to zachowanie się źrenic wskazuje na łatwą pobudliwość układu nerwowego współczulnego i na chwiejność równowagi psychicznej na tle nadmiernej pobudliwości kory mózgowej. Uważny spostrzegacz już przy samem wstępie chorego do pokoju ordynacyjnego wyczytuje ze źrenic, z jakim chorym ma do czynienia. U osób z chorobami organicznemi bez domieszki »nerwowości« przytoczonych objawów źrenicznych nie napotykamy. Tylko wtedy, jeżeli się u nich uciśnie miejsca bolesne wyżej wymienione, mające związek z kamicą żółciową lub wrzodem okrągłym żołądka, czyli jeśli się wywoła ból organiczny, to źrenice również się rozszerzają, co należy uważać za oznakę rzeczywistego, a nie udanego bolu. Niepokoju źrenicznego i żywej gry źrenicznej u osób z bolesnością organiczną zwykle nie napotykamy, a zwężanie się odruchowe nawet rozszerzonych źrenic pod wpływem światła bywa leniwe.

Należy jeszcze podnieść tu jedną oznakę, podniesioną przez Leubego, a cechującą bolesność nerwową, t. j. skutki galwanizowania miejsca bolesnego. Bolesność nerwowa np. w dołku podsercowym pod wpływem prądu galwanicznego znika, bolesność od wrzodu okrągłego pozostaje.

Pomimo tych wszystkich sposobów rozpoznawczych pozostają jeszcze przypadki, w których trudno rozstrzygnąć, czy bolesność jest nerwowa, czy organiczna. Rozpoznanie choroby pozostaje przeto w zawieszeniu aż do czasu, gdy się okaże jeden z objawów, cechujących chorobę właściwą.

W moich spostrzeżeniach zauważyłem odmienne zachowanie się punktów bolesnych podczas ucisku. Tak np. daje się dostrzegać, że u tak zwanych osób nerwowych ból uciskowy przy dłuższem trwaniu uciskania palcem zmniejsza się, a niekiedy całkiem znika, natomiast ból organiczny zwykle się zwiększa. Znikanie bolów nerwowych następuje przy ucisku prawie zawsze, jeżeli ucisk połączy się z wibracyą, wykonując tę manipulacyę w ten sposób, że wtłacza się opaską palca bolesne powłoki brzuszne ku wewnątrz i równocześnie wykonywa ruch wibracyjny, nie odejmując końca palca od powierzchni ciała. Utrzymując ruch wibracyjny od $^1/_4$—1 minuty, stwierdzimy, że ból się zmniejszył, a w końcu znikł. Przy ponownem badaniu chory nieraz nie umie podać, w którem miejscu go bolało. Jeżeli punkty bolesne są na tle anatomicznem (ulcus, cholithiasis), to bolesność przy wykonywaniu ucisku wibracyjnego nie znika, a często potęguje się, tak że chory broni się przed powtórzeniem próby. Oceniając równocześnie i inne objawy odróżniające, stosowałem często ucisk wibracyjny dla odróżnienia nerwobólu żołądkowego od wrzodu okrągłego i kamicy wątrobnej. Muszę jednak nadmienić, że do tej próby nadają się przeważnie chorzy inteligentniejsi. Objaśnią to następujące, w krótkości przytoczone przypadki.

VI. L. K. kleryk l. 24; od 2 lat chory, miał sobie zepsuć żołądek przez kuchnię seminaryjną. Czuje prawie trwale ciśnienie w żołądku, które przy wyprostowaniu się, lub ściąganiu się paskiem powiększa się; po kwaśnych i po ostrych potrawach dostaje silnych bólów żołądkowych; po obiedzie dość często zgaga, nudności i zrywanie na wymioty, które jednak nie następują; stolec zaparty. Oprócz tego: częsty ból głowy, zły sen, uczucie ziębienia, migotanie przed oczyma. Chory pracuje wiele umysłowo.

Badanie: Dość dobre odżywienie, wejrzenie czerstwe. Dermografia. Źrenice bardzo szerokie, gra źrenic bardzo żywa, odruchy ścięgniste wzmożone, tętno 88. Oklepywanie wątroby wszędzie ujemne, w dołku podsercowym ograniczone bolesne miejsce uciskowe i opukowe; bolesność uciskowa znika całkiem po wibracyi, a przy powtórzeniu próby uciskowej nie wraca; chory nie umie wskazać dokładnie, gdzie go boli. Mocz mętny, od fosforanów alkaliczny, bez białka.

Wywiady i ograniczone miejsce bolesne w dołku podsercowym zdawały się wskazywać na wrzód okrągły, tymczasem znikanie bolesności wśród i po ucisku wibracyjnym przemawiały za bólem przyrody nerwowej, co poparły także inne objawy nerwowe, a mianowicie zachowanie się źrenic i moczu (fosforany).

Rozpoznanie: Neurasthenia visceralis, praecipue cardialgia c. pyrosi, phosphaturia.

VII. K. F. 35 lat, urzędnik, czuje od dłuższego czasu ciśnienie »jak kamień« w żołądku, po jedzeniu jeszcze większe; zgagi, wymiotów nie doznaje, stolec codziennie, mocz oddaje obficie, o barwie bladej; żołądek miał być trzy razy przepłukiwany, nieprawidłowości nie znaleziono.

Badanie: Odżywienie mierne. Przestrzeń półksiężycowata zmniejszona, pluskanie po obiedzie ponad pępkiem, na małej przestrzeni. Ucisk i opukiwanie dołka podsercowego bolesne. Pod uciskiem wibracyjnym bolesność znika. Oklepywanie wątroby bez bólu. Źrenice szerokie, gra źrenic żywa.

Rozpoznanie wahało się w tym przypadku między wrzodem okrągłym, a nerwobólem żołądka; wynik ucisku wibracyjnego przeważył rozpoznanie na stronę tego drugiego cierpienia.

VIII. R. H. kupiec, żonaty, lat 33. Zawsze zdrów, od 3 miesięcy zgaga, palenie i wzmożone pragnienie; szczególnie dokuczają choremu bóle w żołądku, których rano niema, a które pojawiają się po jedzeniu prawie przez cały dzień, w nocy przerywają sen. Mocz oddaje chory często, o barwie bladej. Stolec zaparty.

Badanie: Odżywienie mierne, odruchy ścięgniste prawidłowe, zachowanie się źrenic prawidłowe, język obłożony. W samym dołku podsercowym bolesność uciskowa, ograniczona do przestrzeni wielkości korony; bolesność zwiększa się przy opukiwaniu tego miejsca, a przy wykonaniu ucisku wibracyjnego utrzymuje się i nie znika, przy powtórzeniu zaś próby zwiększa się. Po lewej stronie kręgosłupa na wysokości 12. żebra punkt uciskowy bolesny. Okle-

pywanie wątroby wszędzie z wynikiem ujemnym. Natomiast oklepywanie lewej strony grzbietu od 10. żebra na dół sprawia wewnętrzny ból. Mocz blady, bez zmian. Badanie żołądka na czczo: 20 cm^3 treści zielonkowatej bez resztek pokarmów pod mikroskopem, kw. 16. Po śniadaniu próbnem: kw. 72, od HCl 50. W treści żołądkowej i w stolcu nie wykazano krwi utajonej. Wyłączono w rozpoznaniu kolkę żółciową i nerwicę żołądka, a przyjęto wrzód okrągły, nietylko na podstawie ograniczonego bólu w dołku podsercowym i punktu bolesnego po stronie lewej kręgosłupa, ale i z powodu dodatnich wyników oklepywania żołądka na grzbiecie i ucisku wibracyjnego na miejsce bolesne w dołku podsercowym, chociaż nie zdołano wykazać krwi utajonej w stolcu i w treści żołądkowej.

Oklepywanie nerek wykonywamy, oklepując obydwie okolice lędźwiowe, tak samo, jak grzbietną powierzchnię wątroby. Znaczenie tego oklepywania uwidocznia następujący przypadek.

IX. M. P. lat 41, niezamężna. Chorób nie przebywała. Od 8 lat rozpoczęły się bóle w dolnej części lewej połowy klatki piersiowej z boku i z tyłu. Bóle z czasem stawały się coraz silniejsze i przechodziły na podżebrze lewe z przodu i z tyłu, wreszcie przybrały cechę napadów powtarzających się co kilka dni, przytem pojawiają się wymioty bardzo kwaśne. W ostatnich czasach uśmierzają się bóle tylko wstrzykiwaniami morfiny; jazda wózkiem, trzęsienie szkodzi chorej i wywołuje bóle. Mocz podczas napadów i po napadach blady i czysty. Chora była leczona rozmaicie, to na »chorobę żołądka«, to »na nerwy«, to »na kiszki«, to »na nerki«. Ostatni napad bólów przed dwoma tygodniami, trwał 24 godzin.

Badanie: Odżywienie dość dobre. Zachowanie się źrenic prawidłowe, odruchy ścięgniste nieco wzmożone. W żołądku po obiedzie lekkie chełbotanie, jelito grube wyczuwalne jako wałek sprężysty, przy ucisku nieco tkliwy, zresztą w brzuchu i na powłokach brzusznych żadnej bolesności ani punktów bolesnych niema. Sledziona i nerki niewyczuwalne. Zmian czuciowych i ruchowych w kończynach dolnych wykazać nie można. Z tyłu kręgi niebolesne, jedynie ostatnie międzyżebrze lewe przy ucisku tkliwe, skóra ujęta we fałd niebolesna; opukiwanie z tyłu na plesymetrze i na palcu bolesne w ostatniem międzyżebrzu i na przestrzeni lędźwiowej lewej, po stronie prawej niebolesne. Oklepywanie sprawia ból wewnętrzny tylko na żebrze 11—12 i na obszarze lędźwiowym lewym, po prawej stronie wynik oklepywania ujemny.

Wywiady, wynik badania i oklepywania nerek pozwalają tu wyłączyć chorobę żołądka, jelit, rdzenia, nowotwory, i pomimo braku zmian w moczu przyjąć chorobę nerek. A ponieważ niema objawu nowotworu, gruźlicy, lub ropnia nerek, zapalenia okołonerkowego lub zapalenia miedniczek, należy uważać ten przypadek za kolkę nerkową, wywołaną najprawdopodobniej kamicą nerkową. Rozpoznanie byłoby niemożliwe, gdyby oklepywanie nie było bolesne po stronie lewej, lecz prawej. Po prawej bowiem stronie kolka wątrobna sprawia często bolesność przy oklepywaniu nietylko na żebrach 11—12, ale i w okolicy lędźwiowej prawej.

Z Zakładu farmakologii doświadczalnej Prof. Dra L. Popielskiego we Lwowie.

O wpływie tłuszczów i mydeł na czynność wydzielniczą trzustki.

Podał

Dr Jan Studziński (Kijów).

(Ciąg dalszy).

Doświadczenie VII. 13. XII. 1909. Pies »Kasztan« wagi 15 7 kilo; operowany 3. XII. 1909. Do dwunastnicy wprowadzono i rozdęto balonik (tabl. IV.).

TABLICA IV.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	
10 h. 10′	—	
„ 11′	1	
„ 12′	1	
„ 13′	0	4
„ 14′	1	
„ 15′	1	
„ 16′	1	
„ 17′	1	
„ 18′	1	4
„ 19′	0	
„ 20′	1	
„ 21′	0	
„ 22′	1	
„ 23′	1	3
„ 24′	0	
„ 25′	1	
„ 26′	0	
„ 27′	0	
„ 28′	1	3
„ 29′	1	
„ 30′	1	
Od 10 h. 30′ do 10 h. 32′ wprowadzono do dwunastnicy 40 cm sz. najlepszej oliwy (kwaśność 5·4°).		
10 h. 31′	1	
„ 32′	1	
„ 33′	1	5
„ 34′	1	
„ 35′	1	
„ 36′	1	
„ 37′	1	
„ 38′	1	6
„ 39′	2	
„ 40′	1	
„ 41′	2	
„ 42′	2	
„ 43′	2	8
„ 44′	1	
„ 45′	1	

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	
10 h. 46′	1	
„ 47′	1	
„ 48′	3	7
„ 49′	2	
„ 50′	0	
„ 51′	1	
„ 52′	1	
„ 53′	2	5
„ 54′	1	
„ 55′	0	
„ 56′	1	
„ 57′	0	
„ 58′	1	4
„ 59′	1	
11 1′	1	
Wprowadzono do dwunastnicy 18 cm sz. soku trzustkowego		
11 h. 1′	1	
„ 2′	10	
„ 3′	7	24
„ 4′	2	
„ 5′	4	
„ 6′	4	
„ 7′	5	
„ 8′	7	27
„ 9′	6	
„ 10′	5	
„ 11′	6	
„ 12′	8	
„ 13′	3	22
„ 14′	3	
„ 15′	2	
„ 16′	3	
„ 17′	3	
„ 18′	3	15
„ 19′	3	
„ 20′	3	
„ 21′	3	
„ 22′	4	
„ 23′	3	17
„ 24′	3	
„ 25′	4	
Doświadczenie zakończono.		

Wydzielanie w doświadczeniu tem było bardzo niewielkie; przed wprowadzeniem tłuszczu prawie żadne (3—4 podziałki w 5 min.); po wprowadzeniu tłuszczu zwiększyło się bardzo niewiele: 5, 6, 8, 7, 5, 4 przez każde następne 5 minut. Po wprowadzeniu do dwunastnicy 18 cm. sz. soku trzustkowego, wydzielanie wzrosło do 24, 27, 22, 15, 17 podziałek. Powyższe dane wskazują, że dla wzmożenia wydzielania wystarcza aby tłuszcz był w zetknięciu z sokiem

trzustkowym w ciągu bardzo krótkiego czasu, w danym przypadku np. w ciągu 2 minnt. Należy tu zaznaczyć, że sok trzustkowy sam przez się nie wywołuje wydzielania soku trzustkowego.

Do następnego doświadczenia użyłem tłuszczu, który po dokładnem zmieszaniu z sokiem trzustkowym (9 części tłuszczu na 1 część soku) wstawiony został do cieplarki na 10 minut. Tutaj badałem także wpływ na wydzielanie czystego kwasu oleinowego jako produktu rozkładu tłuszczów.

Doświadczenie VIII. 16. XII. 1909. Pies »Bułany« wagi 14·8 klg., tensam, na którym przeprowadzono doświadczenie VII. Do dwunastnicy wprowadzono i rozdęto balonik (tabl.V.).

TABLICA V.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	
8 h. 46′	—	
„ 47′	2	
„ 48′	3	
„ 49′	5	13
„ 50′	2	
„ 51′	1	
„ 52′	2	
„ 53′	1	
„ 54′	1	12
„ 55′	2	
„ 56′	6	
„ 57′	4	
„ 58′	3	
„ 59′	2	13
9 h. —	2	
„ 1′	2	
Od 9 h. 1′ do 9 h. 2′ wprowadzono do dwunastnicy 30 cm sz. oliwy, która zmieszana z sokiem trzustkowym pozostawała w cieplarce 10 m. przy 37° C. (kwasota mieszaniny 10°)		
9 h. 2′	2	
„ 3′	3	
„ 4′	2	11
„ 5′	2	
„ 6′	2	
„ 7′	2	
„ 8′	2	
„ 9′	4	14
„ 10′	3	
„ 11′	3	
„ 12′	5	
„ 13′	6	
„ 14′	5	31
„ 15′	8	
„ 16′	7	
„ 17′	5	
„ 18′	5	
„ 19′	6	28
„ 20′	8	
„ 21′	4	
„ 22′	5	
„ 23′	2	
„ 24′	1	11
„ 25′	2	
„ 26′	1	
„ 27′	1	
„ 28′	3	
„ 29′	1	8
„ 30′	1	
„ 31′	2	
„ 32′	1	
„ 33′	0	
„ 34′	1	
Wprowadzono do dwunastnicy 15 cm sz. czystego kwasu oleinowego Kahlbauma *)		
9 h. 35′	3	
„ 36′	3	
„ 37′	16	52
„ 38′	15	
„ 39′	15	
„ 40′	7	
„ 41′	2	
„ 42′	8	30
„ 43′	3	
„ 44′	10	
„ 45′	5	
„ 46′	5	
„ 47′	3	28
„ 48′	9	
„ 49′	6	
„ 50′	2	
„ 51′	2	
„ 52′	12	24
„ 53′	5	
„ 54′	3	
„ 55′	13	
„ 56′	15	
„ 57′	11	73
„ 58′	16	
„ 59′	18	
10 h. —	27	
„ 1′	20	
„ 2′	25	
Zastrzyknięto pod skórę 0·005 siarczanu atropiny		
10 h. 3′	6	
„ 4′	10	
„ 5′	40	76
„ 6′	9	
„ 7′	11	
„ 8′	12	
„ 9′	7	
„ 10′	4	39
„ 11′	11	
„ 12′	5	
„ 13′	6	
„ 14′	2	
„ 15′	3	17
„ 16′	2	
„ 17′	4	
„ 18′	3	
„ 19′	5	
„ 20′	4	23
„ 21′	4	
„ 22′	7	
Doświadczenie zakończono.		

*) Kwas oleinowy (Kahlbaum) przedstawia się w postaci gęstej przeźroczystej bezbarwnej cieczy zupełnie nierozpuszczalnej w wodzie.

Z doświadczenia tego widać, że po wprowadzeniu tłuszczu, zmieszanego z sokiem trzustkowym, daje się zauważyć wyraźnie zwiększenie się ilości wydzielającego się soku: zamiast 13, 12 podziałek otrzymujemy 14, 31, 28 podziałek. Przypuszczenie, że w tłuszczach rozszczepionych, do jakich należą tłuszcze kupne, ciałem, pobudzającem trzustkę do wydzielania, jest kwas tłuszczowy, staje się zupełnie dowiedzionym faktem. Po wprowadzeniu 15 cm. sz czystego kwasu oleinowego, ilość soku wzrasta z 8 podziałek do 52, 30, 28, 24, 73. Ilość ta pozostaje prawie bez zmiany i po wstrzyknięciu atropiny: 76, 39, 17, 23 podziałek. Widać z tego, że atropina nie wywołuje żadnych zmian w sprawie wydzielania soku trzustkowego pod wpływem kwasów tłuszczowych, a zatem i rozszczepionych tłuszczów. Ten fakt podkreślić tutaj należy, gdyż i wydzielanie pod wpływem wprowadzenia do dwunastnicy kwasu solnego nie ulega zmianom po atropinie. Kwas oleinowy w wodzie wcale się nie rozpuszcza, wydzielanie przeto wywołane przez ten kwas powstać może tylko drogą odruchu z błony śluzowej dwunastnicy.

Ciało, które się znajduje między produktami trawienia białka i które wchłonięte do krwi wywołuje wydzielanie soku trzustkowego rozpuszcza się w wodzie. Ciało to nazwał Popielski wazodylatyną i zbadał szczegółowo jego fizyologiczne i chemiczne własności. Wydzielanie wskutek działania kwasu oleinowego nie ma nic wspólnego z wydzielaniem wskutek działania wazodylatyny. Wydzielanie wskutek działania wszelkich kwasów (oleinowego, solnego i innych) powstaje drogą odruchową przez ośrodki, wykryte przez Popielskiego i znajdujące się w samej trzustce. Wydzielanie wskutek działania wazodylatyny powstaje przez krew, która wchłania tę substancyę z jelit, gdzie ona powstaje jako produkt trawienia białka przez pepsynę lub trypsynę. Ciało to może być wprowadzone do przewodu pokarmowego w gotowej już postaci, ponieważ znajduje się ono w bulionie, polewce rybiej, świeżem mięsie, we wszystkich narządach ciała, a także ustrojach zwierząt niższych: pijawek, dżdżownic, ślimaków. Robiąc wyciągi z rozmaitych części naszego ciała lub ciała zwierząt zapomocą gorącej wody lub kwasu otrzymujemy w nich wielkie ilości wazodylatyny, która przechodząc do przewodu pokarmowego *) i będąc wchłonięta przez krew, wywołuje wydzielanie soku trzustkowego. Tylko wprowadzona do odbytnicy i jelita grubego nie wywiera wazodylatyna żadnego wpływu, ponieważ szybko się tam rozkłada. W tem właśnie leży głęboka różnica w poglądach szkoły Pawłowa i szkoły Popielskiego. Szkoła Pawłowa uważa wydzielanie, wywołane przez bulion, pepton, polewkę itd., za wynik odruchu (między innymi także i z tego powodu, że wprowadzenie tych ciał do odbytnicy wydzielania nie wywołuje), nie określając bliżej wywołującego go czynnika Popielski i jego szkoła zapatruje się na to wydzielanie jako na »humoralne«, przyczem czynnik działający został przez Popielskiego szczegółowo

*) Wazodylatyna wywołuje wydzielanie soku trzustkowego i przy bezpośredniem wprowadzeniu do krwi i przy wstrzyknięciu pod skórę.

zbadany *). Co się zaś tyczy wydzielania, wywoływanego przez kwasy, wprowadzane do dwunastnicy, to szkoła Pawłowa zasadniczo zmieniła swój pogląd. W ciągu dłuższego czasu broniła ona zapatrywania, że wydzielanie, wywołane przez kwasy powstaje drogą odruchową; wydzielanie to było przytaczane, jako przykład wydzielania »nerwowego«, jako wzór współzależności nerwowej narządów. Ostatnimi czasy wszakże pogląd ten został odrzucony; Pawłow i jego uczniowie podają wydzielanie wywołane przez kwas jako przykład wydzielania »humoralnego«. Rozumie się, że zmiana ta wpłynęła zasadniczo na stworzony przez Pawłowa pogląd na sprawę trawienia, pogląd, który go ostatecznie doprowadził do teoryi o celowem przystosowaniu wydzielania do rozmaitych rodzajów pokarmu za pośrednictwem delikatnie urządzonego aparatu nerwowego. Tym sposobem zasady teoryi, odrzuconej przez Popielskiego, odrzuca teraz i sam Pawłow.

Doświadczenie z mieszaniną tłuszczu i soku trzustkowego powtórzyłem jeszcze raz na psie »Kasztanie« z zupełnie jednakowym wynikiem. Wobec poważnego znaczenia tej sprawy pozwolę sobie przytoczyć jeszcze jeden przykład wpływu tłuszczu kupnego na wydzielanie soku trzustkowego. W doświadczeniu tem stosowałem najlepszą oliwę o kwaśności $6{\cdot}6^{0}$ według Burstyna.

TABLICA VI.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	
8 h. 57′	—	
„ 58′	7	
„ 59′	5	
9 h. —	5	24
„ 1′	4	
„ 2′	3	
„ 3′	5	
„ 4′	5	
„ 5′	5	31
„ 6′	8	
„ 7′	8	
„ 8′	6	
„ 9′	7	
„ 10′	5	25
„ 11′	4	
„ 12′	3	
80 podziałek w 15 min.		
Od 9 h. 12′ do 9 h. 14′ wprowadzono do dwunastnicy 40 cm sz. oliwy o kwaśności $6{\cdot}6^{0}$		
9 h. 13′	6	
„ 14′	4	
„ 15′	5	35
„ 16′	10	
„ 17′	10	
„ 18′	8	
„ 19′	5	
„ 20′	8	36
„ 21′	8	
„ 22′	7	
„ 23′	6	
„ 24′	7	
„ 25′	7	37
„ 26′	6	
„ 27′	11	
108 podziałek w 15 min.		
9 h. 28′	8	
„ 29′	9	
„ 30′	7	42
„ 31′	10	
„ 32′	8	
„ 33′	9	
„ 34′	8	
„ 35′	7	38
„ 36′	8	
„ 37′	6	

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	
9 h. 38′	7	
„ 39′	7	
„ 40′	9	36
„ 41′	6	
„ 42′	7	
116 podziałek w 15 min.		
9 h. 43′	10	
„ 44′	6	
„ 45′	7	39
„ 46′	7	
„ 47′	9	
„ 48′	6	
„ 49′	7	
„ 50′	10	40
„ 51′	6	
„ 52′	11	
„ 53′	5	
„ 54′	6	
„ 55′	9	32
„ 56′	7	
„ 57′	5	
111 podziałek w 15 min.		
9 h. 58′	9	
„ 59′	13	
10 h. —	10	56
„ 1′	14	
„ 2′	10	
„ 3′	10	
„ 4′	9	
„ 5′	10	46
„ 6′	10	
„ 7′	7	
„ 8′	10	
„ 9′	8	
„ 10′	10	47
„ 11′	10	
„ 12′	9	
149 podziałek w 15 min.		
9 h. 13′	7	
„ 14′	10	
„ 15′	10	47
„ 16′	11	
„ 17′	9	
Doświadczenie zakończono.		

*) W pracowni Popielskiego przekonano się, że bulion i pepton Wittego nie działają przy wprowadzeniu do odbytnicy z tego powodu, że wazodylatyna rozkłada się.

Doświadczenie X. 14. I. 1910. Pies »Łysy« wagi 15·6 klg., tensam, na którym przeprowadzono doświadczenia III. i IV. Operowany 7. I. 1910. Do dwunastnicy wprowadzono i rozdęto balonik (tabl. VI.).

Z doświadczenia tego widać, że po wprowadzeniu tłuszczu nastąpiło widoczne, chociaż niewielkie zwiększenie wydzielania: do wprowadzenia tłuszczu wydzielanie wyrażało się 24, 31, 25 podziałek, po wprowadzeniu 35, 36, 37, 42, 38, 36, 39, 40, 32, 56 podziałek.

Takież same doświadczenia przeprowadzono na psie »Białym« (kwaśność tłuszczu $7{\cdot}4^{0}$) i psie »Buldogu« (kwaśność $5{\cdot}8^{0}$).

Badania nad tłuszczami kupnymi rozszczepionymi z jednej strony, a czystymi chemicznie i obojętnymi z drugiej strony, wykazują, że w pierwszym przypadku przyczyną wydzielania są produkty rozkładu tłuszczów, a jednym z nich, jak pokazuje doświadczenie VIII., jest kwas oleinowy. Między produktami rozkładu tłuszczów znajduje się jeszcze i gliceryna. Prowadząc badania w dalszym ciągu, starałem się zbadać wpływ tego ciała w następujących 2 doświadczeniach.

Doświadczenie XIII. 2. III. 1910. Pies »Pstry« wagi 16 klg.; operowany 19. II. 1910. Do dwunastnicy wprowadzono i rozdęto balonik (tabl. VII.).

TABLICA VII.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	
11 h. 43′	—	
„ 44′	10	
„ 45′	10	
„ 46′	5	48
„ 47′	13	
„ 48′.	10	
„ 49′	18	
„ 50′	6	
„ 51′	5	63
„ 52′	15	
„ 53′	19	
„ 54′	15	
„ 55′	5	
„ 56′	9	54
„ 57′	9	
„ 58′	16	
165 podziałek w 15′ min.		
Od 11 h. 58′ do 11 h. 59′ wprowadzono do dwunastnicy 15 cm sz. czystej chemicznie gliceryny		
11 h. 59′	5	
12 h —	8	
„ 1′	12	47
„ 2′	13	
„ 3′	9	
„ 4′	11	
„ 5′	15	
„ 6′	4	58
„ 7′	18	
„ 8′	10	

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w mi limetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	
12′ h. 9′	10	
„ 10′	7	
„ 11′	21	96
„ 12′	40	
„ 13′	18	
201 podziałek w 15 min.		
12 h. 14′	17	
„ 15′	8	
„ 16′	20	64
„ 17′	12	
„ 18′	7	
„ 19′	16	
„ 20′	4	
„ 21′	14	51
„ 22′	9	
„ 23′	8	
„ 24′	7	
„ 25′	9	
„ 26′	6	40
„ 27′	12	
„ 28′	6	
155 podziałek w 15 min.		
Doświadczenie zakończone.		

W doświadczeniu tem po wprowadzeniu gliceryny nastąpiło bardzo nieznaczne zwiększenie wydzielania: 165 po-

działek przez 15 minut przed wprowadzeniem gliceryny; 201, 155 podziałek po wprowadzeniu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Strasburger. **Leczenie emanacyą radu.** (Münch. med. Woch. 1911 Nr 15). Emanacyę radu stosował S. w postaci kąpieli, okładów lub też wewnętrznie. W czasie leczenia stosował zawsze u danego chorego jedną tylko metodę, by w ten sposób można stwierdzić, która z nich najlepsze daje wyniki. Zaznaczyć należy, że S., celem uniknięcia sugestywnego działania, nie wtajemniczał chorych, że leczeni są radem. Kąpiele stosowane przez autora, posiadały 10—15000 ME (jednostek Machego); wewnętrznie podawał S. emanacyę w ilości 700—1000 ME dziennie. Wyniki, otrzymane przez S., przedstawiają się zadawalająco. W znacznym odsetku przypadków przewlekłego gośćca stawowego, w którym dotychczas stosowane inne leczenie nie wywierało najmniejszego skutku, osiągnął S. bardzo dobre wyniki, kilka razy nawet był skutek zdumiewający. W niemniejszym jednakże odsetku przypadków leczenie emanacyą okazało się bezskutecznem; częściowo były to przypadki ze szczególnie ciężkiemi zmianami w stawach (zniekształcenia, zrosty), przy których zastosowanie zwykłego leczenia okazało się również bezskutecznem, jednak w pewnej części przypadków nastąpiło wyleczenie inną metodą.

W następnej części swej pracy zastanawia się S. nad pytaniem, jaką drogą należy wprowadzać do ustroju emanacyę, by wywarła najkorzystniejsze na ustrój działanie. Opierając się na doświadczeniach Löwenthala twierdzono dotychczas, że emanacya przez nietkniętą skórę nie może dostać się do ustroju. Dla Löwenthala jednak wskaźnikiem obecności emanacyi w ustroju była obecność jej w moczu. Dziś jednak wiemy, że przeważna część emanacyi radowej wydziela się za pośrednictwem dróg oddechowych, a w moczu znajduje się zaledwie $^1/_{4000}$ wprowadzonej do ustroju emanacyi. Badania, przeprowadzone w ostatnim roku przez Engelmanna, stwierdziły, że po kąpieli, zawierającej 1500 ME., już po 10 minutach można stwierdzić obecność emanacyi w wydychanem powietrzu. Przy zewnętrznem stosowaniu radu produkta przemiany emanacyi w postaci stałej odkładają się w skórze i przez to działają nawet czas dłuższy po kąpieli na ustrój (inducierte Activität). S. sądzi, że najodpowiedniejszą metodą stosowania emanacyi są okłady, ponieważ w ten sposób możemy podać ustrojowi największą ilość jednostek emanacyjnych.

W konstytucyonalnych cierpieniach, jak n. p. w skazie moczanowej, radzi S. stosować emanacyę wewnętrznie, zatem albo w postaci wody do picia, albo wziewań. Pod względem działania jednak dwie te metody nie są sobie równe, gdyż, jak to stwierdzili Kemen i Neumann, by dostarczyć ustrojowi równych ilości emanacyi, trzeba zastosować o wiele znaczniejsze ilości przy wziewaniu, aniżeli przy stosowaniu wewnętrznem. Sokołowski

Ehlers. **Nowy przetwór naparstnicy (digitalis Winckel)** (Münch. med. Woch. 1911 Nr 11). Ze wszystkich przetworów naparstnicy najchętniej używanym przetworem jest »pulvis fol. digit.«, ponieważ najmniej wywołuje szkodliwych ubocznych objawów. Nie jest jednak i on wolny od niepożądanych własności, do których przedewszystkiem należy niestałość działania, zależna jużto od miejsca i pochodzenia, już też od czasu zbioru i czasu przechowywania rośliny i wielu innych czynników. Drugą niepożądaną własnością jest działanie szkodliwe na przewód pokarmowy, które w wielu przypadkach uniemożliwia wewnętrzne stosowanie naparstnicy. Kobert jako powód zmienności przetworu tego przyjmuje obecność w roślinie enzymów, które z chwilą wysychania naparstnicy wywierają na glikozydy (a zatem na digitalinę i digitoksynę) rozszczepiające działanie, a powstałe stąd produkta rozpadu działają trująco. Chemik Dr Winckel niszczy zapomocą specyalnej metody enzymy, wytwarzając tem samem przetwór stały, który przechowywany nawet przez czas dłuższy nie zmienia swego działania. Przetwór ten stosował Ehlers w wielu przypadkach chorób sercowych i stwierdził, że odpowiada on wszelkim wymaganiom, stawianym świeżej dobrej naparstnicy, przewyższa ją zaś tem, że przechowywany, zachowuje jednakie zawsze działanie, a co najważniejsza, na przewód pokarmowy nie wpływa szkodliwie. Sokołowski.

Kauert. **Hormonal przy przewlekłem zaparciu stolca i przy poraźnej niedrożności jelit.** (Münch. med. Woch. 1911 Nr 17). Hormonal jest to połączenie chemiczne (odkryte przez Zuelzera), znajdujące się we wszystkich prawie narządach, przedewszystkiem jednak w śledzionie, a mające własność wywoływania ruchów robaczkowych jelit. Wyniki stosowania hormonalu, otrzymane przez K., są wcale dobre. Wprawdzie na 9 przypadków przewlekłego zaparcia stolca otrzymał K. tylko w dwóch wynik trwały, za to jednak wyniki w poraźnej niedrożności jelit, wywołanej ogólnem zapaleniem otrzewnej, były nadspodziewanie zadowalniające, działanie było pewne i utrzymywało się stale. Mały stosunkowo odsetek dobrych wyników przy przewlekłem zaparciu tłómaczy K. tem, że hormonal wywiera swe działanie prawdopodobnie tylko w tych przypadkach zaparcia, które polegają na niedowładzie (atonii lub hypotonii) przewodu pokarmowego. Hormonal stosował K. przeważnie w formie wstrzykiwań śródmięśniowych w ilości 15 cm^3. Prócz nieznacznego podniesienia ciepłoty nie zauważył przy stosowaniu hormonalu żadnych innych ubocznych objawów.

Sokołowski.

Hofmann. **O zapobieganiu i postępowaniu przy ukłuciach przez komary.** (Münch. med. Woch. 1911 Nr 20). Plaga komarów w niektórych okolicach i latach jest straszną, a wiele chorób, jak się zdaje, przenoszą właśnie komary. Zapobiegawczo polecano przeciwko ukłuciom komarów różne środki (kamfora, mięta, karbol, waselina, olejek lewandy, cytryna, ocet i t. p.), ale środki te działają niepewnie i krótko. Natomiast znacznie lepiej działa maść: »Rp. Ol. caryophyll. 5,0—10, lanolin. 30·0, ung. glycerin ad 100·0«. Jedyną wadą tej maści jest chyba to, że u osób drażliwych wywołuje ona ból głowy. Jeszcze lepszą, a tańszą, jest polecona przez Lewyego »tinctura pyrethri rosei«, t. j. wyciąg z proszku perskiego. Chroni on od ukąszeń 4—5 godzin. Po ukąszeniu dobrze działa tymol lub mentol, najlepiej z kolodium: »Rp. Menthol 0·2, therebint. laric. ol. ricini aa 1·0, collod. dupl. 18·0.« W Argentynie wypróbowano i polecono naftalan, zwłaszcza, że jest on tani i działa szybko.

K.

Roger i Garnier. **Badania jadów przewodu pokarmowego.** (Rév. de méd. 1910 Nr 4). Autorowie wykonali cały szereg doświadczeń na zwierzętach w celu określenia stopnia toksyczności treści rozmaitych odcinków przewodu pokarmowego. Z badań tych wynika, że treść żołądka jest bardzo mało toksyczna, prawdopodobnie skutkiem tego, że sok żołądkowy obniża toksyczność pokarmów. Dopiero w jelitach cienkich miazga pokarmowa (chymus) osiąga najwyższego stopnia toksyczność. Okazuje ona jednocześnie własności ścinające, co jeszcze bardziej podnosi jej własności trujące. Już po wstrzyknięciu 1·31 gr. wyciągu miazgi na 1 kilogram wagi, ginie zwierzę w silnych drgawkach. Sekcya wykazuje obecność skrzepów w układzie żyły wrotnej, częściej w żyle głównej i prawej komorze serca. Jeżeli zobojętnić własności ścinające wyciągu przez wstrzyknięcie poprzednie wyciągu z pijawek, to dawka śmiertelna podnosi się już do 5·78 gr., przyczem śmierć następuje przy objawach wzrastającego osłabienia serca i bez drgawek, lub

co najwyżej wśród lekkich drgawek. Dyeta mleczna znacznie obniża własności ścinające i trujące miazgi pokarmowej. W jelitach grubych miazga ulega gniciu i toksyczność jej jest to większą, to mniejszą, niż w górnych odcinkach jelita. Dalsze badania pokazały, że jad ten jelitowy nie rozpuszcza się w alkoholu i że wyższa ciepłota niszczy go. Na jego powstanie nie wpływa działalność beztlenowców, znajdujących w prawidłowych warunkach w jelitach, przynajmniej toksyna »b. perfringens« posiada zupełnie inne własności. Według wszelkiego prawdopodobieństwa jest jad jelitowy wytworem prawidłowych zmian pokarmu w czasie przejścia jego przez przewód pokarmowy. L. Mańkowski.

Hürter. **Leczenie dyetetyczne i fizyczne w chorobach nerkowych.** (Beit. z. med. Klin. 1911 Nr 3). Przy chorobach nerkowych postępują lekarze przeważnie szablonowo, polecając dyetę mleczną, a co do stanu nerek kierują się jedynie ilością białka w moczu. Nie jest to słuszne, bo po pierwsze czasem nawet mleka nerki nie znoszą, a powtóre istnieją ciężkie choroby nerek bez białkomoczu i naodwrót wielka ilość białka może być chwilową. Prócz białka są jeszcze i inne oznaki dobrej lub złej czynności nerek, a mianowicie: wydzielanie chlorków, wody i substancyi azotowych. Strauss i Widal zwracali uwagę, że chorzy na nerki nieraz wydzielają mało chlorków, a przez to sól w pokarmach podawana pozostaje w ustroju i nieraz przyczynia się do zwiększenia się obrzęków. Należy też u chorych nerkowych ograniczać ilość soli, zwłaszcza, gdy zapomocą próbnej dyety wykażemy małą tolerancyę nerek dla soli. Następnie omawia H. poszczególne grupy pokarmów i napojów, prostuje pewne utarte przesądy co do pewnych pokarmów, np. białego i czarnego mięsa, jarzyn i t. p. Jaja spożywać należy nie surowe, a co do mleka, to jeżeli je chory znosi, podajemy je w ilości $1-1^1/_2$ litra, i to z dodatkiem śmietanki i wody wapiennej celem związania drażniącego nerki kwasu fosforowego. Więcej mleka nie należy podawać ze względu na dużą ilość soli i białka w niem zawartych. Co do leczenia fizycznego, to głównie zachwala H. spokojne leżenie, dalej procedury napotne i kąpiele ciepłe (34—35° C) 2—3 razy na tydzień, a przy mocznicy nawet i gorętsze, przy zimnych polewaniach. Zabiegi napotne zakazane są w zapaleniach ostrych i podostrych miąższowych, jakoteż przy nawrotach zapaleń przewlekłych. K.

Pedyatrya.

Doc. Władimirow. **Odra szpitalna i kazuistyka śmierci z odry.** (Medic. Obozr. 1911, Nr 3). Autor przytacza statystykę szpitala św. Włodzimierza w Moskwie z 15 lat, z której widać znaczną śmiertelność dzieci z odry szpitalnej, prawie równającą się śmiertelności z błonicy i płonicy. Autor przytacza swój przypadek nagłej śmierci u dziecka, dochodząc na podstawie badań mikroskopowych do wniosku, że w tym przypadku i w podobnych do niego przyczyną nagłej śmierci jest porażenie n. błędnego. Tomasz Cichocki.

Cassel. **W sprawie gruźliczego zapalenia otrzewnej u dzieci.** (Berl. klin. Wochs. 1911, Nr 19). Wyniki następowe operacyjnego leczenia gruźliczego zajęcia otrzewnej u dzieci nie są zbyt świetne, a zależą w znacznej mierze od położenia socyalnego operowanych. Wskazanie do operacyi dają podług autora te tylko przypadki, gdzie pod wpływem leczenia wewnętrznego stan się nie polepsza, lecz pogarsza, a więc wysięk się zwiększa, istnieje gorączka, wychudzenie i t. p. K.

Gouget. **Płonica w szpitalu Claude-Bernarda w r. 1908.** (Révue de méd. 1910, Nr 1, 2, 4). Rozpatrując przebieg epidemii w szpitalu Claude-Bernarda i porównując go z przebiegiem w innych szpitalach i krajach, dochodzi G. do przekonania, że epidemia może osiągnąć swój szczyt o każdej porze roku. Z liczby 858 spostrzeganych przez G. chorych dzieci było 437 chłopców i 421 dziewcząt. Odsetka śmiertelności wynosiła 3,49%. Największa śmiertelność przypadała na 4. rok życia ($^1/_3$ część wszystkich przypadków). Wpływu płci na śmiertelność G. nie mógł zauważyć. Jako przyczynę śmierci podaje G. w $^3/_5$ przypadków ciężkość samej choroby i powikłanie zapaleniem gardła wrzodziejącem. Zapalenie w 28 przypadkach przybrało charakter wrzodziejący (ulcereux), w 20 nadżerkowy (erozywny). Wszystkich wogóle przypadków z zapaleniem gardła było 110. Zapaleniom gardła prawie zawsze towarzyszy wielka ilość śluzu, który zakrywa gardło i przeszkadza badaniu. Badanie mikroskopowe i bakteryologiczne wszystkich przypadków wrzodziejącego zapalenia gardła wykazało ziarenkowce i paciorkowce. Co się tyczy leczenia tego powikłania, to wszelkie przepłukiwania, jakoteż pędzlowania rozmaitymi środkami farmaceutycznymi nie wywierały wyraźnego wpływu na przebieg sprawy. W końcu ograniczał się G. tylko do usuwania mechanicznego śluzu zapomocą przepłukiwania przegotowaną wodą.

W 3 przypadkach spostrzegał G. niedowład podniebienia miękkiego. W jednym z tych przypadków było powikłanie błonicą; w 2 zaś było wrzodziejące zapalenie gardła pochodzenia czysto płoniczego. W jednym przypadku znalazł G. na sekcyi owrzodzenia w przełyku i w żołądku. Dwa razy spostrzegał krwotoki jelitowe. W 29 przypadkach było zajęcie stawów, w 27 — powikłania ze strony oskrzeli i płuc, w 3 — zapalenie opłucnej, w tej liczbie 1 ropne. Klinicznie zajęcie wsierdzia stwierdził G. tylko raz. Przy sekcyach w 22 przypadkach ani razu nie stwierdzono zajęcia wsierdzia lub osierdzia. G. podnosi wielką rzadkość powikłań błonicą, (zaledwie 5 przypadków, z tych 3 stwierdzone bakteryologicznie).

W 138 przypadkach stwierdzono białkomocz wczesny, w tej liczbie w 125 przypadkach tylko 1 raz (46 chłopców i 79 dziewcząt). G. nie mógł zauważyć związku tego objawu z ciężkością przypadku lub z powikłaniem błoniastem zapaleniem gardła (angina membranacea). G. sądzi, że bezwątpienia częstość białkomoczu była większa, gdyż niepodobna było co dnia badać mocz u wszystkich dzieci. Białkomocz wtórny zauważono 104 razy (34 chłopców i 70 dziewcząt) i 28 razy właściwe zapalenie nerek (tutaj przeciwnie liczba chłopców (18) była większa od liczby dziewczynek (10). Zapaleniem nazywa G. takie zajęcie nerek, kiedy białko wydziela się w ilości nie mniejszej od 1 grm na 1 litr moczu i kiedy są inne objawy zajęcia nerek. Wszystkie dzieci pozostawały na dyecie bezsolnej mleczno-węglowodanowej w ciągu pierwszych 3 tygodni pobytu w szpitalu, to znaczy mniej więcej do 25—26. dnia choroby. Dyetę tę stosował G. u 607 chorych i miał 79 przypadków białkomoczu, a w tej liczbie 12 zapaleń nerek. W początkach epidemii dyety nie stosowano tak długo, po spadku gorączki i powrocie do apetytu podawano chorym mięso i jarzyny, z początku mało, potem zwyczajnie osolone. W takich warunkach pozostawało 245 chorych; z tej liczby było 50 przypadków białkomoczu, a wśród nich 17 zapaleń nerek z 2 zejściami śmiertelnemi z powodu mocznicy. Zajęcie ucha średniego było w 5,13% wszystkich przypadków; występowało ono w ciągu pierwszych 3 tygodni choroby. G. spostrzegał 6 przypadków nawrotu płonicy, z których 1 zupełnie typowy z podniesieniem ciepłoty do 40,2°, wymiotami, wysypką, zapaleniem gardła, obrzmieniem gruczołów.

Co się tyczy leczenia, to było ono przeważnie objawowo-dyetetyczne. Surowicy G. nie stosował. Nukleinian sodu, zastosowany w kilku ciężkich przypadkach, nie wywarł wpływu na przebieg choroby. Tak samo mleczan wapnia (calcium lacticum) nie wywarł żadnego wpływu na moczenie krwawe i białkomocz.

W końcu oświadcza się G. przeciw szablonowemu oddzielaniu chorych w ciągu 6 tygodni, gdyż, według najnowszych badań, łuszczący się naskórek nie przenosi zarazka. Zarazek mieści się w wydzielinie nosowo-gardłowej, w ropie usznej, w moczu. W sprawie oddzielania chorych

stałej reguły podać niepodobna, trzeba indywidualizować. Ale w większości przypadków dostateczne okazuje się odosobnienie w ciągu miesiąca. Dr L. Mańkowski.

Neurologia i psychiatrya.

Mołczanow. **Leczenie przymiotu mózgu zapomocą arsenobenzolu Ehrlich-Haty („606“).** (Żurnał im. Korsakowa, 1910, zeszyt 5—6). Autor omawia szczegółowo 4 przypadki przymiotu mózgu, leczone zapomocą wstrzykiwań arsenobenzolu w postaci zawiesiny według Blaschko. Pierwszy przypadek dotyczy chorego, który przed 10 laty przechodził przymiot; u tego chorego wystąpiło zupełne wiotkie porażenie kończyny górnej i dolnej lewej, niedowład lewego n. VII. i XII. nieznacznego stopnia, objaw Argyll-Robertsona. Odczyn Wassermanna był wybitnie dodatni. Gdy podawanie przetworów jodowych i wstrzykiwania rtęciowe nie odniosły prawie żadnego skutku, wstrzyknięto choremu 0,4 arsenobenzolu. Już w 2 doby po wstrzyknięciu chory odzyskał ruchy w palcu I. i II lewej ręki, a w następnych dniach zaczął chory poruszać ręką lewą w stawach łokciowym, nadgarstkowym i stawach palców, a także i w stawach nogi lewej. Po 2 tygodniach zaczął chory już chodzić o własnych siłach, z pomocą laski. Wystąpiło także, co prawda słabe, oddziaływanie źrenic na światło. Odczyn Wassermanna, wykonany w 5. tygodniu po wstrzyknięciu, wskazywał $20^0/_0$ nierozpuszczonych ciałek czerwonych. W 2 następnych przypadkach objawy przymiotu mózgu wystąpiły w rok po zakażeniu w postaci porażeń, stanów kurczowych, niemoty. Leczenie jodowe i rtęciowe skutkowały bardzo mało. Po wstrzyknięciach arsenobenzolu 0,4—0,5 już na 2. dzień wystąpiła poprawa wyraźna, a po kilku tygodniach stan chorych znakomicie się poprawił. W jednym z tych przypadków w miesiąc po wstrzyknięciu przetworu Ehrlich-Haty nastąpiło nawet zupełne wyzdrowienie. W czwartym przypadku u osoby l. 32, na tle dziedzicznego przymiotu (odczyn Wassermanna) wystąpiła z powodu zapalenia nerwów wzrokowych obustronna ślepota, porażenie kończyn górnych, zaburzenia mowy i połykania. Leczenie rtęciowe dało lekką poprawę wzroku = $^2/_{10}$ norm. i nieznaczne polepszenie co do kończyn; leczenie mogło być stosowane przez czas dłuższy z powodu obostrzenia się starej gruźlicy płuc. W 8 miesięcy po wystąpieniu pierwszych objawów przymiotu mózgu, ślepoty, wstrzyknięto chorej 0,45 arsenobenzolu. Już w tydzień potem nastąpiło polepszenie ze strony kończyn, a w 2 miesiące po wstrzyknięciu chora mogła już trochę chodzić. Stale postępowało także polepszenie wzroku, a w 2 miesiące po wstrzyknięciu arsenobenzolu bystrość wzroku wynosiła $^6/_{10}$ prawidłowej. Na podstawie własnego doświadczenia i piśmiennictwa uważa autor za wskazane stosowanie arsenobenzolu w następujących przypadkach kiły mózgu: 1. Gdy leczenie jodowo-rtęciowe nie wywołuje prędkiego i wyraźnego polepszenia; 2. gdy leczenie jodowo-rtęciowe nie jest znoszone z powodu idyosynkrazyi, albo gdy istnieją przeciwwskazania w postaci gruźlicy, charłactwa, znacznego ogólnego wycieńczenia; 3. gdy sprawa w mózgu postępuje nadzwyczaj szybko i jest obawa wystąpienia zwyrodnień wtórnych z następowymi stanami kurczowymi. Grzywo-Dąbrowski.

Marinesco. **Leczenie radem w porażeniu postępującem** (paralysis progressiva). (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 18). Autor stosował naświetlania czaszki radem w początkach rozwijającego się porażenia postępującego. Na 10 przypadków, leczonych w ten sposób, w 8 wystąpiło znaczne polepszenie: znikły w znacznym stopniu, a w niektórych przypadkach zupełnie, zaburzenia mowy, pisma, nierówność źrenic, drżenie, a niekiedy występowała nawet poprawa władz umysłowych. Na podstawie tych spostrzeżeń dochodzi autor do wniosku, że w początkowych okresach porażenia postępującego leczenie radem może być bardzo skuteczne, o ile będzie stosowane w sposób odpowiedni i przez czas dłuższy. (Autor stosował od 15 do 108 naświetlań, każde naświetlenie trwało 10 minut). Grzywo-Dąbrowski.

M. Neuhaus. **Działanie salvarsanu przy kile ośrodkowego układu nerwowego.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 18). Na podstawie kilkunastu przypadków schorzeń ośrodkowego układu nerwowego, (lues cerebrospinalis, poliomyelitis subacuta [luetica?] tabes, paralysis progressiva), leczonych salvarsanem, dochodzi N. do następujących wniosków: Przy wszystkich tych cierpieniach działał salvarsan w niektórych przypadkach bardzo skutecznie. Szczególnie prędko, często po kilku dniach, ustępowały tak nieprzyjemne objawy, jak zaburzenia mowy, powstające na tle porażenia z powodu przymiotu; podobnież szybko ustępowały bole rozmaitego rodzaju. Osłabienia i porażenia kończyn, zaburzenia ze strony źrenic zmniejszały się, albo ustępowały po 3—4 tygodniach. Przy stosowaniu salvarsanu ani razu nie zauważył N. jakiegoś ubocznego szkodliwego działania tego środka, nawet w przypadkach już istniejącego schorzenia nerwów wzrokowych. Odczyn Wassermanna, o ile był dodatni przed stosowaniem salvarsanu, to zwykle utrzymywał się i po wstrzykiwaniach tego środka. Grzywo-Dąbrowski.

Dyleff. **O pewnych właściwościach siły mięśni w chorobie Parkinsona.** (Encephale 1909, Nr VII). Autorka podaje opis 9 przypadków tej choroby i rozważając ich przebieg, dochodzi do przekonania, że przykurczenia w wysokim stopniu zależą od postawy, którą chory przybiera w celu ustalenia swych drżących członków. Autorka podkreśla słabość ogólną mięśni przy ruchach czynnych i znaczną ich siłę przy ruchach biernych. Obserwując chorych w różnych okresach choroby, można zauważyć, że w początkach, jednocześnie z pojawieniem się bolów, chory uczuwa pewną sztywność i niezręczność w ruchach. Dalej sztywność staje się coraz bardziej widoczna, a ruchy bierne coraz bardziej utrudnione, i zjawia się dążność do przykurczeń. Gdy usuniemy opór, stawiany jakiemukolwiek ruchowi chorego, to ruch ten nie odbywa się w dalszym ciągu, jak to bywa w warunkach prawidłowych, i kończyna pozostaje w danem położeniu. Przebieg choroby jest bardzo powolny i całe lata ubiegają, nim osłabienie mięśni dojdzie do tego stopnia, że wszelkie ruchy czynne mięśni zajętych stają się niemożebne. Ale i wtedy siła statyczna skurczu mięśniowego pozostaje zachowana. Łatwo udaje się przeszkodzić choremu, aby zwinął rękę w kułak, ale trudno uwolnić swe palce z tej ręki zaciśniętej w kułak. Wszystko to skłania autorkę do wniosku, że w osnowie słabości czynnościowej mięśni w chorobie Parkinsona nie leży ani bezwład, ani niedowład. L. Mańkowski.

Dwudziestopięciolecie Towarzystwa lekarskiego łódzkiego.

Posiedzenie uroczyste Towarzystwa lekarskiego łódzkiego w d. 3 czerwca 1911.

1) Zagaił posiedzenie prezes Towarzystwa, kol. Krusche, zaznaczając ważność chwili, obchodzonej przez Towarzystwo lekarskie łódzkie, które w dniu tym święci 25-lecie swego istnienia, poczem w gorących, a serdecznych słowach powitał w imieniu Towarzystwa lekarskiego licznie zgromadzonych z całej Polski gości i zaprosił do stołu prezydyalnego delegatów Towarzystw lekarskich z Królestwa i z za kordonu.

2) Kol. Koliński mówił o dziejach **zawiązania się Towarzystwa lekarskiego w Łodzi** i pierwszym okresie jego działalności. (Rzecz drukowana w »Zdrowiu« Nr 6).

3) Kol. W. Pinkus: **Rzut oka na rozwój i działal-**

ność Towarzystwa lekarskiego w ciągu pierwszego 25-lecia jego istnienia. Przemówienie to brzmiało następująco (w streszczeniu):

W chwili ukonstytuowania się Towarzystwa warunki zewnętrzne nie były bardzo przyjazne dla jego rozwoju. Ludność, której liczono 150,000 prawie, przeważnie zaprzągnięta była do pracy we wzrastającym przemyśle włóknistym. Jedni u warsztatu, inni u źródeł złotodajnych.

Dążenie do zarobku i dorabianie się nie pozostawiało czasu na zajmowanie się sprawami kulturalnemi i społecznemi. To też Łódź wówczas nader uboga była w instytucye, a placówek, na których lekarz mógłby czynić systematyczne spostrzeżenia, dokonywać badań i śmielej stosować środki terapeutyczne lub rękoczyny, było tylko 3: dwa szpitale prywatne i jeden powiatowy łącznie na 118 łóżek, obługiwanych przez 7 lekarzy. Szpitale te licho były uposażone w środki pomocnicze; pracownia bakteryologiczna nie istniała, jedynie stacya badań chemicznych prywatna. Lekarzy praktykowało 32, z których wprawdzie 26 przygarnęło się do Towarzystwa, lecz w powątpiewaniu o trwałości istnienia młodej instytucyi.

Jeżeli jednakże Towarzystwo przetrwało ćwierćwiecze, nietylko istniało, ale rozwijało się i działało, jednem słowem żyło, przyczynił się do tego szybki rozwój miejscowego przemysłu: liczba ludności rosła, wraz z tem z konieczności — liczba łóżek dla chorych i wzmagał się napływ lekarzy.

Już u kresu 10-lecia Towarzystwa liczono: przeszło 300,000 ludności; 10 szpitali i lecznic z 362 łóżkami i 27 lekarzami, oraz jedną pracownię prywatną bakteryologiczną; lekarzy 105, w tej liczbie 38 (36 procent) członków Towarzystwa. Obecnie Łódź liczy prawie 500,000 ludności, 16 szpitali i lecznic, łącznie na 1100 łóżek, obsługiwanych przez 65 lekarzy. Zakłady zostały lepiej uposażone w środki pomocnicze, niektóre w pracownie bakteryologiczne i pracownie rentgenograficzne. Lekarzy praktykuje 170, w tem 97 (57 procent) członków Towarzystwa. Również pomyślny dla rozwoju naszej instytucyi czynnik stanowił rozwój w Łodzi specyalności lekarskich, do czego przyczyniło się w części nasze Towarzystwo.

Nader korzystną dla spraw naszej instytucyi była ta okoliczność, że wśród przybyłych i przybywających kolegów, niektórych sprowadziła do naszego miasta nietylko chęć zarobku, ale i dążność do urzeczywistnienia pewnych idei na arenie działalności Towarzystwa.

Po ukonstytuowaniu się liczyło Towarzystwo członków bez względu na ich kategoryę 38, w liczbie tej czynnych lekarzy 26; w 10 lat potem 48 (czynnych lekarzy 39); obecnie zaś 130 (czynnych 108). Ogółem w ciągu 25-letniego okresu czasu było członków 174, z których 22 zmarło, a 22 rozstało się z Towarzystwem. W miarę czasu wzmagała się liczba członków, żywiej udział biorących w pracach naszej instytucyi; a wielu z nich Towarzystwo zawdzięcza swój rozwój, że tu wspomnę ze zmarłych niedawno zgasłego Ludwika Przedborskiego, Józefa Saksa, Władysława Messinga, Markusa Goldsobla i Ludwika Fankanowskiego, z niezapomnianym Karolem Jonscherem na czele. Cześć ich pamięci!

Zaznaczyć tu jeszcze należy, że czynni na niwie działalności Towarzystwa członkowie brali także czynny udział w rozbudzonem życiu społecznem Łodzi, a niektóre doniosłe instytucye im zawdzięczają swoje narodziny.

Zarząd, tak ważny w życiu Towarzystwa czynnik, przez pierwsze 6 lat faktycznie nie był odnawiany; wyłom pod tym względem dokonany został na początku 9. roku istnienia naszej instytucyi i przyznać należy, że powołanie na stanowiska sekretarza i bibliotekarza świeżych funkcyonaryuszy wyszło na jej korzyść. Ożywiła się działalność w zarządzie, nawa Towarzystwa, kierowana celowo i więcej krzepką dłonią, poruszyła się z miejsca i żwawiej poszła naprzód, dyskusye wprowadzono na właściwe tory, z których odtąd nie schodziły; wzmogło się życie w Towarzystwie, które uzyskało regulamin i dzięki staraniom nowego sekretarza poczęło ujawniać działalność instytucyi w prasie lekarskiej, na której łamach nieprzerwanie odtąd ukazują się protokoły posiedzeń. Za wyraz rozwoju działalności Towarzystwa uznać należy podwojenie przed kilkoma laty liczby sekretarzy i bibliotekarzy, jak również utworzenie później stanowiska sekretarza stałego.

Na posiedzeniach zapanował większy ład, wzmagała się frekwencya członków i gości, a niedoszłe do skutku posiedzenia stały się rzadkiem zjawiskiem. Posiedzenia odbywały się regularnie dwa razy na miesiąc, mimo to zdarzała się niemożność wyczerpania obfitszego porządku dziennego. To dało powód do wyłonienia się 2 sekcyi: pedyatrycznej i neurologiczno-psychiatrycznej. Obie działają w łączności z Towarzystwem i w związku z wzorowymi szpitalami (Anny Maryi i Kochanówka — oba dzieła Karola Jonschera). Porządek dzienny posiedzeń tych sekcyi i sposób traktowania rzeczy każą w każdej z nich widzieć pomyślnie rozwijające się ognisko naukowe Towarzystwa.

Wreszcie zaznaczyć należy znaczne wzmożenie się zasobów biblioteki. Liczyła ona u kresu pierwszego 10-lecia instytucyi dzieł i roczników tomów 1100, broszur 132; obecnie liczy 3090 tomów i 532 broszur. Liczba pism prenumerowanych wzrosła z 20 do 30, między niemi znajdują się wszystkie polskie czasopisma lekarskie. Liczba członków korzystających z biblioteki wzrosła z 13—20 do 40.

Na zewnątrz działalność Towarzystwa ograniczała się na stosunkach do innych Towarzystw lekarskich i pokrewnych instytucyi, na udziale, za pośrednictwem delegatów, w uroczystościach na cześć instytucyi i osób zasłużonych.

Wewnętrzna działalność Towarzystwa polegała na wywiązaniu się z zadań, które jej przypadły w udziale i które ująć można w 3 grupy: spraw zawodowych i etyki, higieny i medycyny publicznej, medycyny teoretycznej i praktycznej.

W mieście, które szybko się rozwinęło i rozwija, które cechuje wielonarodowość z wielojęzycznością, wielka różnorodność interesów i nader skomplikowane łatwo ścierające się stosunki — przypadło Towarzystwu lekarskiemu w udziale trudne zadanie stać na straży interesów zawodowych. Przyznać należy, że instytucya nasza, wywiązując się z tego zadania, mniej była czujną, niż to nakazywał wzgląd na brak u nas urządzenia w rodzaju Izb lekarskich. Mimo to, dzięki właśnie wpływowi Towarzystwa, nie niżej, niż gdzieindziej, dzierżyliśmy sztandar godności lekarskiej.

W zakresie higieny i medycyny publicznej Towarzystwo w działalności swojej kierowało się potrzebami realnego życia miejscowego. Na działalność tę złożyła się przedewszystkiem setka przeszło referatów, rozpraw i narad. Wiele spraw powierzonych było do opracowania specyalnym komisyom. Wśród nich ważne miejsce zajmował komitet higieniczno-sanitarny, który istniał od r. 1897 przez lat pięć, t. j. do chwili powstania oddziału miejscowego Towarzystwa higienicznego warszawskiego. W komitecie tym zapoczątkowano utworzenie Pogotowia ratunkowego, tam był początek »Czasopisma lekarskiego«, które przez 10 lat samodzielnego istnienia pozostało wierne hasłom swym i programowi. Powstanie Ligi przeciwgruźliczej i innych instytucyi wzięło impuls z działalności Towarzystwa. Jeżeli więcej było dobrych chęci i usiłowań, niż skutków, winić o to należy nie nas, lecz trudności, dotychczas nieprzezwyciężone.

Na działalność Towarzystwa w zakresie medycyny teoretycznej i praktycznej złożyły się wykłady, przemówienia dłuższe, demonstracye chorych z omówieniami, pokazy preparatów i narzędzi dla ilustrowania metod rozpoznawczych i leczniczych. Jeżeli plon tej działalności ująć w cyfry, to okaże się, że wszystkich prac w sumie było 1690, z czego na wykłady przypada 26%, na demonstracye chorych 36%, reszta na przemówienia i pokazy preparatów i narzędzi. To wskazuje, że przeważał kierunek praktyczny, co odpowiadało potrzebom otoczenia. Co do wykładów,

pierwsze miejsce zajmowała dziedzina chorób wewnętrznych, drugie ginekologia z akuszeryą, ostatnie okulistyka. Uwzględniając ogół prac Towarzystwa w tym zakresie, okaże się na pierwszem miejscu chirurgia, na drugiem ginekologia z akuszeryą, na trzeciem choroby wewnętrzne, następnie po kolei neuropatologia, syfilidologia z dermatologią, pedyatrya, laryngologia z otyatryą, medycyna ogólna i wreszcie okulistyka. Wszystkie niemal prace były drukowane w pismach fachowych polskich krajowych i zakordonowych, zwiększając poważnie dorobek w dziedzinie rodzimego piśmiennictwa naukowego polskiego.

4. Sekretarz stały Towarzystwa, kol. K. Jasiński, odczytał listę mianowanych z okazyi 25-lecia Towarzystwa członków honorowych. (Nazwiska członków honorowych zostały wymienione w Nr 22 »Przeglądu i Czasopisma lekarsk.«, poświęconym uczestnikom I. Zjazdu lekarzy prowincyonalnych w Łodzi).

5. Z kolei przemawiali delegaci Towarzystw: Kol. W. Janowski od Towarzystwa naukowego w Warszawie, Prof. Gluziński od Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, Prof. Ciechanowski od Towarz. lekarskiego krakowskiego, Związku lekarzy galicyjskich i od Redakcyi »Przeglądu i Czasopisma lekarskiego«, Dr Łazarewicz od Wydziału lekarskiego Tow. przyjaciół nauk w Poznaniu i Redakcyi »Nowin lek.«, kol. W. Gajkiewicz od Warszawskiego Tow. lekarskiego, kol. W. Szumlański od Warszawskiego Stowarzyszenia lekarzy, kol. A. Puławski od »Gazety lekarskiej«, kol. J. Zawadzki od Red. »Medycyny i Kroniki lekarskiej«, kol. J. Brudziński od »Przeglądu pedyatrycznego«, J. Czajkowski od Towarz. lekarzy Zagłębia Dąbrowskiego, kol. H. Fidler od Towarz. lekarskiego radomskiego, kol. Jarosiński od Towarz. lek. siedleckiego, kol. Dobrucki od Towarz. lek. lubelskiego, kol. Koszutski od Towarz. lek. kaliskiego, oraz kol. F. Arnstein (z Warszawy).

6. Kolega prezes przeczytał otrzymane drogą telegraficzną życzenia z okazyi 25-lecia od rozmaitych krajowych i zagranicznych instytucyi lekarskich polskich, związków, stowarzyszeń lekarskich, czasopism lekarskich polskich i od wielu lekarzy, między niemi od Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, lwowskiego Towarz. ginekologicznego, Towarz. lekarzy polskich w Kijowie, Związku lekarzy rządowych w Galicyi, Związku lekarzy i przyrodników polskich w Petersburgu, Towarz. lekarskiego siedleckiego, od Sekcyi stryjskiej i Sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich, od Towarz. lekarsk. częstochowskiego, od lekarzy z Kutna, od Związku lekarzy galicyjskich, od łódzkiego Towarzystwa odontologicznego, od Redakcyi: Tygodnika lekarskiego lwowskiego i Postępu okulistycznego, od Prof. J. Baranowskiego z Warszawy, od profesorów Browicza i Kostaneckiego z Krakowa, Kadyiego, Marsa, L. Rydygiera i A. Jurasza ze Lwowa, i w. i.

7. W końcu posiedzenia kol. Rozenblatówna miała wykład p. t. **Anafilaksya w rozpoznawaniu gruźlicy dziecięcej.** (Rzecz, ogłoszona w Nr 22 »Przeglądu lek.«). Resztę odczytów (kolegów: Lewinsona i Tereszkowicza, oraz Sonnenberga) z powodu późnej godziny odłożono.

E. Sonnenberg.

I. Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego w Łodzi w dniu 4. i 5. czerwca 1911.

Miasto, osławione jako stolica kultu złotego cielca, dyszące gorączkową pogonią za pieniądzem, miasto, zaludnione półmilionową armią robotniczą, podległą niewielkiej garstce bogaczy bez żadnej niemal warstwy pośredniej, zdaje się być najmniej stosowną glebą dla jakiejkolwiek pracy intelektualnej, coś innego, niż bogacenie się, mającej na celu. Rozrastając się z potworną wprost szybkością, pożerając okoliczne łany wioskowe i żywiczne lasy, zamiast których powstaje monotonna szachownica prostokątnie skrzyżowanych ulic, zatruwając swymi wyziewami i dymami szeroki pas powietrza naokoło, zdaje się to miasto nie mieć czasu na nic, coby zapewniało tłumom jego mieszkańców zdrowie fizyczne i wytchnienie umysłowe, zdaje się hukiem swych fabryk i handlarskim gwarem swych ulic chcieć zagłuszyć wszystko, co nie jest prostem użyciem, co ludzkość uduchowia i naprawdę podnosi.

Taką jest Łódź w opinii naszego społeczeństwa, które od niej stroni, pozostawiając w niej tych tylko, których wiąże interes lub przykuwa konieczność; taką jest ona i w opinii przeważnej części swej stosunkowo nielicznej inteligencyi: miastem, gdzie zarówno fizycznie, jak umysłowo i moralnie brak tchu każdemu, co ma w duszy jakiś ideał człowieczeństwa.

Toteż nic dziwnego, że i wśród lekarskich kół samejże Łodzi zdarzało się powątpiewanie, czy Zjazd lekarski, zwołany do tego — jak ktoś się wyraził z mówców zjazdowych — olbrzymiego Obrzydłówka, może się powieść. Rzeczywistość zadała kłam tym pesymistycznym proroctwom i dowiodła, że w tej zniesławionej Łodzi istnieje przynajmniej jeden światek odmienny, który się jej nie dał zgnieść i pochłonąć i raczej nabrał jeszcze tem większej energii, z im większemi przeszkodami walczyć musiał. Organizatorowie Zjazdu nietylko złożyli dowody doskonałego talentu organizatorskiego, ale umieli zarazem podnieść Zjazd na wysoki poziom i przedstawić przytem uczestnikom Zjazdu dowody, że lekarze łódzcy — może jedyni w Łodzi — są dzielnymi pionierami prawdziwej kultury. Te dowody, to instytucye humanitarne, które w przeważnej części lekarzom łódzkim zawdzięczają swe powstanie, a wyłącznie tylko im swój obecny poziom; to historya Towarzystwa lekarskiego łódzkiego; to obmyślenie i wykonanie programu Zjazdu, w którym prześwieca myśl bezinteresowna i szlachetna, dobro całego kraju mająca na oku.

Ten charakterystyczny rys programu zjazdowego był z pewnością powodem, dlaczego Zjazd zgromadził przewyższającą najśmielsze oczekiwania liczbę uczestników, znacznie przekraczającą 300, dlaczego zwabił najlepszą część lekarzy prowincyonalnych i przyciągnął licznych gości z Warszawy, a wśród nich przodowników naszego ruchu naukowo-lekarskiego i społeczno-higienicznego.

W przeddzień Zjazdu odbyło się jubileuszowe uroczyste posiedzenie Towarzystwa lekarskiego łódzkiego, z którego powyżej znajduje się dokładne sprawozdanie. W posiedzeniu, odbywającem się w wielkiej sali Towarzystwa lekarskiego, mającego swą siedzibę w gmachu Towarzystwa technicznego, uczestniczyło z górą 200 lekarzy. Po posiedzeniu podejmowało Towarzystwo lekarskie przybyłych kolegów wieczerzą, na której panował serdeczny nastrój, a w licznych przemówieniach, poważniejszą przenikniętych myślą, dopowiadano to, na co w oficyalnych mowach na posiedzeniu jubileuszowem nie było miejsca. Dlatego godzi się tu o tych przemówieniach wspomnieć, a przedewszystkiem o gorąco przyjętych mowach Prof. Gluzińskiego, Dr Łazarewicza, oraz o serdecznej przemowie sekretarza stałego Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, Dr Sokołowskiego, na cześć twórcy Zjazdu, Dr Seweryna Sterlinga. Nie dziw, że tę przemowę powitano z rzeczywistym entuzyazmem, bo była ona sprawiedliwą oceną zasług kolegi, który przez tyle lat i na tylu polach z zaparciem się i poświęceniem daje inicyatywę i pracę bez innej nagrody, jak tylko poczucie spełnionego obowiązku, a który był duszą nietylko Zjazdu, ale i większej części prac Towarzystwa lekarskiego łódzkiego i wielu szerszych działań w latach ostatnich. Wśród dalszych przemówień przyjęto bardzo życzliwie zaproszenie Komitetu gospodarczego XI Zjazdu lekarzy i przyrodników do udziału w tym Zjeździe.

Właściwy Zjazd rozpoczął się nazajutrz w niedzielę o godzinie 11. rano pierwszem posiedzeniem ogólnem, zagajonem przez prezesa komitetu organizacyjnego, Dr Sterlinga, który, streściwszy tok prac przygotowawczych, scharakteryzował cele i zadania Zjazdu. Następnie uchwalono sprawę II. Zjazdu lekarzy prowincyonalnych przekazać do rozpatrzenia komisyi, złożonej z członków komitetu organizacyjnego i komitetów prowincyonalnych. Trzecim punktem były wybory prezydyum Zjazdu, przyczem przyjęto przez aklamacyę następujące propozycye:

Prezes honorowy Dr W. Biegański (Częstochowa).

Prezes sekcyi ogólnej: H. Fidler (Radom), wiceprezesi: J. Brzeziński (Zawiercie), J. Pełczyński (Radom), sekretarz: Dr Sterling (Łódź).

Sekcya I. (Medycyna wewnętrzna). Prezes: J. Czajkowski (Sosnowiec), wiceprezesi: B. Koszutski (Kalisz), K. Lidmanowski

(Zagórów), W. Puławski (Radziejów), sekretarze: St. Kopciński (Kochanówka-Łódź), Fr. Lange (Łódź), H. Rozenblatówna (Łódź), Z. Prechner (Łódź), St. Lewinsohn.

Sekcya II. (Medycyna chirurgiczna). Przewodniczący: St. Dobrucki (Lublin), wiceprezesi: Cz. Czerwiński (Lublin), Ch. Raszkes (Radom), E. Wiszniewski (Siedlce), sekretarze: Z. Garlicka (Łódź), H. Goldberg (Łódź), M. Kantor (Łódź), M. Tomaszewska (Łódź).

Sekcya III. (Medycyna społeczna). Prezes: A. Maciesza (Płock), wiceprezesi: A. Jarosiński (Sterdyń), J. Puterman (Sosnowiec), sekretarze: B. Łuczycki, A. Maślanka, S. Skalski.

Posiedzenie ogólne zakończył Dr Władysław Biegański wykładem: »O pracy naukowej lekarza prowincyonalnego« (zamieszczonym w Nr 22. »Przeglądu i Czasopisma lekarskiego«).

Popołudniu tegoż dnia rozpoczęły się obrady w 3 sekcyach Zjazdu, które trwały przez cały dzień następny. Z obrad tych poda »Przegląd« w najbliższych zeszytach treściwe sprawozdanie. Tu tylko słów parę o ogólnem wrażeniu, jakie obrady te sprawiały. Na mało którym Zjeździe można widzieć równie żywe zainteresowanie się przedmiotem, równie baczną uwagę i wytrwały udział w posiedzeniach. Sale obu sekcyi naukowych były stale przepełnione słuchaczami, z wielkiem skupieniem śledzących tok wykładów i ożywione dyskusye, a w sekcyi medycyny publicznej charakterystyczny był liczniejszy udział w czasie obrad z zakresu higieny społecznej, niż w czasie obrad, dotyczących zawodowych interesów lekarzy. A nawet przy rozpatrywaniu spraw zawodowych brzmiała w rozprawach wybitnie nuta wysokiego poziomu etycznego, nuta obowiązków społecznych, ciążących na lekarzach i szczerego odczucia dostojeństwa stanu lekarskiego.

W godzinach porannych zwiedzały liczne grupy uczestników Zjazdu szpitale łódzkie, jakoto szpital dla dzieci im. Anny-Maryi, zakład dla obłąkanych w Kochanówce, szpital fundacyjny im. Poznańskich, szpital powiatowy św. Aleksandra, szpital dla zakaźnych chorych, szpital gminy ewangelickiej, szpitale fabryczne Heinzla i Kunitzera, Poznańskiego, lecznice prywatne, oraz »Przychodnię ligi przeciwgruźliczej« i Pogotowie ratunkowe. Z zakładów tych na pierwszem miejscu postawić należy szpital Anny-Maryi, którego liczne, doskonale urządzone i planowane pawilony położone są wśród sporego parku w zewnętrznej, powietrzniejszej części miasta, a którego mogłaby Łodzi pozazdrościć niejedna stolica. Również nadzwyczaj korzystne wrażenie sprawia zakład w Kochanówce, przed paru laty przy założeniu projektowany na 60, dziś mieszczący 260 chorych w kolejno dobudowywanych pawilonach, jedyny dotąd w Polsce zakład, gdzie z powodzeniem obok zakładu rozwijać poczęto »patronage familial«. W obu tych zakładach niezmiernie sympatyczne wrażenie wywiera zapał do pracy naukowej i do postępu zakładu, jednoczący cały personal lekarski w jedno wspólnym celem związane, prawdziwie koleżeńskie grono. Niewielki szpital ewangelicki przy Domu Dyakonis niemieckich odznacza się przysłowiową schludnością i porządkiem, a wspaniały, starszym systemem budowany, lecz wzorowo utrzymany fundacyjny szpital im. Poznańskich może się pochlubić swym najdawniejszym bodaj w Polsce oddziałem dla gruźliczych, stosującym warunki szpitalne do nowoczesnych zasad leczenia tej choroby. Szpitalik dla zakaźnych i »Przychodnia« przeciwgruźlicza są dowodem, co energia i celowa praca zdziałać potrafią małymi środkami, a Pogotowie ratunkowe świadczy o zapobiegliwości swych założycieli i kierowników, umiejących w krótkim czasie zdobyć dla tej instytucyi trwałe podstawy materyalne i własną wygodną siedzibę. Te wszystkie instytucye, ich obecny stan i sposób działania, są chlubnem świadectwem talentu organizacyjnego i gorliwej pracy lekarzy łódzkich.

Dla poinformowania uczestników Zjazdu o stanie krajowego przemysłu w zakresie potrzeb lekarskich postarali się organizatorowie o urządzenie małej wystawy narzędzi lekarskich i przetworów farmaceutycznych, wyrabianych w kraju, w której wzięły udział firmy: Drzewiecki i Jeziorański z Warszawy (urządzenia higieniczne), Jarnuszkiewicz i Sp., S. Ehrlich i Luxenburg z Warszawy i Ritter z Łodzi (narzędzia i przyrządy), M. Malinowski z Warszawy (znakomite mydła przetłuszczone), Towarzystwo »Motor« z Warszawy, Pabjanickie Tow. przemysłu chemicznego, Fr. Karpiński, K. Strzelecki z Warszawy, A. Charemza z Łodzi (przetwory lecznicze i opatrunki) i t. d.

Myśl urządzenia takiej wystawy była szczęśliwą, a wykonanie odpowiedziało zamiarom.

Bardzo korzystnem dla Zjazdu było wydanie programu, zawierającego krótkie streszczenia lub przynajmniej punkta wytyczne wszystkich ważniejszych wykładów, jak również ogłoszenie niektórych wykładów w czasopismach lekarskich polskich, które wystąpiły z osobnymi zeszytami, poświęconymi Zjazdowi. Oprócz »Przeglądu i Czasopisma lekarskiego« wydały okazałe zeszyty »Gazeta lekarska«, »Medycyna i Kronika lekarska« oraz »Przegląd pedyatryczny«, a z wydawnictw tych zwłaszcza oba ostatnie odznaczały się poważną objętością. (Prócz tego otrzymali uczestnicy Zjazdu wydanie wzoru dyet szpitalnych, stosowanego w szpitalu im. Poznańskich, godnego uwagi wobec niepomyślnych warunków leczenia dyetetycznego w wielu naszych szpitalach, zwłaszcza glicyjskich). Wydanie streszczeń i części wykładów przed Zjazdem wpłynęło wyraźnie na pogłębienie dyskusyi na posiedzeniach.

Na drugiem posiedzeniu ogólnem, kończącem Zjazd, było obecnych (w przeciwieństwie do tego, jak zwykle bywa), jeszcze przeszło $^3/_4$ członków Zjazdu. Posiedzenie to zagaił prezes komitetu, Dr S. Sterling, mową o następującej treści:

W przemówieniu otwierającem Zjazd, mówca z przyjemnością stwierdził, że sceptycy nie mieli słuszności, bo stawiło się tylu kolegów. Dziś ma prawo z dumą powiedzieć, że nie ilościowo, lecz jakością swego przebiegu Zjazd zaprzeczył wszystkim sceptykom. W przebiegu Zjazdu uderzała pracowitość uczestników, chęć nie pokazania się na Zjeździe, lecz uczenia się; powtóre ten niezwykły szacunek wzajemny, cześć dla pracy i wiedzy współtowarzyszów szarego żywota lekarza prowincyonalnego; po trzecie — brak tematów z dziedziny terapii farmakologicznej, brak niedających materyału do dyskusyi »doniesień tymczasowych« o jakichś niezwykłych skutkach metody lub środka nowego (zwykle efemerycznego) — a te właśnie tematy są plagą wielu kongresów nawet pierwszorzędnych (chęć chwilowego zabłyśnięcia). Przebieg Zjazdu, treść odczytów i dyskusyi dały świadectwo, że nasi lekarze prowincyonalni idą ręka w rękę z postępem wiedzy; że u nas niema przepaści i różnic, dzielących poziom naukowy lekarzy wielkomiejskich od lekarzy prowincyonalnych. To zamiłowanie do wiedzy u lekarza prowincyonalnego jest tem piękniejsze, że otoczenie jego wcale nie pobudza do tego (jak to czyni inteligentne otoczenie miasta wielkiego), ani też nie pobudza go do tego konieczność konkurowania z innymi kolegami (bo tych w pobliżu zazwyczaj niema). Społeczeństwo narzeka na swych lekarzy. Niesłusznie! Niech porówna stan lekarski, jego dążenia fachowe i społeczne z dążeniami przedstawicieli innych fachów wyzwolonych. Możemy być dumni z poziomu wiedzy, panującego na prowincyi Królestwa Polskiego.

Oprócz szeregu rezolucyi uchwalono na ostatniem ogólnem posiedzeniu, że Zjazdy lekarzy prowincyonalnych Królestwa polskiego mają się odbywać co 3 lata. Stały regulamin Zjazdów zostanie opracowany. Następny Zjazd odbyć się ma w Lublinie na Zielone Święta roku 1914.

Streszczając ogólne wrażenie, powiedzieć można, że Zjazd powiódł się pod każdym względem, przewyższając oczekiwania nawet swych organizatorów i położył trwałe podwaliny pod dalsze Zjazdy lekarzy prowicyonalnych. Koledzy łódzcy zdobyli sobie rzeczywistą zasługę, którą trzeba cenić tem wyżej, że warunki organizacyi Zjazdu nie należały do łatwych. Pomimo znacznego nakładu pracy i czasu, połączonego ze Zjazdem, byli przytem gospodarze Zjazdu z niezmużoną uprzejmością i koleżeńską serdecznością zawsze na usługi swych licznych gości. C.

40. Zjazd niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego.

(Berlin, 19—22. kwietnia 1911).

Podał

Dr Adolf Klęsk.

(Ciąg dalszy).

Schumacher (Zürich): **Podwiązywanie gałęzi tętnicy płucnej celem osiągnięcia kurczenia się płuc.** Bruns i Sauerbruch wykazali, że podwiązanie gałęzi tętnicy płucnej nie pociąga za sobą cięższych skutków, a następstwem tego jest silne bujanie tkanki łącznej i kurczenie się tkanki płucnej. Dostęp do tętnic płucnych nie jest trudny, mianowicie od przodu do gałęzi płatów górnych dociera się z 2. międzyżebrza, a do innych z 5. Zabieg ten mógłby znaleść zastosowanie przy gruźlicy płuc tam, gdzie

stosuje się obecnie zewnątrzopłucną plastykę żeber, jest bowiem zabiegiem od niej bezwarunkowo mniejszym. Ewentualnie plastykę wykonaćby można później już bez obawy aspiracyi i przesunięcia śródpiersia (Mediastinalflattern).

W dyskusyi wspominają o wycinaniu płatów płuc: Müller (z powodu zmian serowatych — zgon), Kümmell (zapalenie — zgon w 3 tygodnie), Körte (usunął płat średni i dolny z powodu rozszerzenia oskrzeli — ze skutkiem dobrym). — Friedrich wykonał przy gruźlicy plastykę klatki piersiowej 28 razy (9 zgonów), z wyników jest wogóle zadowolony; obecnie dokonuje mniej rozległych wycięć. — Wullstein proponuje **celem osiągnięcia kurczenia się płuc podwiązywanie** odpowiedniego **oskrzela**.

Tiegel (Dortmund): **O operacyjnej zastoinie w płucach i wpływie jej na gruźlicę.** Jak wiadomo, zastoina w płucach przy wadach serca działa korzystnie na gruźlicę. Podobny stan starał się T. osiągnąć, zwężając u królików i psów drutem srebrnym żyły płucne. Niestety wyniki nie były zawsze jednakie; niekiedy udawało się wywołać rozwój tkanki łącznej, rychło tworzyło się krążenie uboczne, zwłaszcza w opłucnej. U zwierząt zakażonych gruźlicą wynik tego zabiegu był widoczny, n. p. w porównaniu ze stroną nieoperowaną. T. przeprowadza te badania dalej i ma zamiar zastosować podobny sposób do gruźlicy nerek.

IV. Temat główny.

Wilms (Heidelberg): **Kątnica ruchoma, a przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego.** Wiele przypadków, w których na podstawie objawów klinicznych przyjmuje się przewlekłe zapalenie wyrostka, jest skutkiem zrostów, wadliwego położenia jelita ślepego, albo t. zw. jelita ślepego ruchomego. Występują tu nieraz »typowe« napozór napady. Obraz wyjaśnia nieraz dopiero rentgenografia (3 zdjęcia po spożyciu bizmutu w 4, 10 i 24 godzin). Leczenie: umocowanie kątnicy, poczem wyleczenie co do bolu i uregulowanie stolca następuje w 75% takich przypadków.

De Quervain (Bazyleja): **W sprawie chirurgicznego leczenia ciężkich czynnościowych zaburzeń jelita grubego.** Nie znając dokładnie jeszcze fizyologii jelita grubego, nie zawsze naszymi zabiegami dochodzimy do celu (enteroanastomoza, umocowanie, wyłączanie przetoki, wycięcie i t. p.). W rozpoznaniu najlepsze jeszcze usługi oddaje rentgenoskopia. Po wycięciu jelita grubego unikać należy odżywiania jarzynami, które trudno ulegają strawieniu.

Dyskusya: Sonnenburg uważa kątnicę ruchomą za anomalię nieszkodliwą, a nawet korzystną. Obrazy rentgenowskie bardzo często mylą i co do wskazań operacyi polegać na nich samych nie można. — Dreyer zwraca uwagę, że w $^2/_3$ sekcyi znajduje się jelito ślepe ruchome i dlatego nie należy go uważać za coś chorobowego, bo zwykle nie wywołuje ono żadnych przypadków. Samo już umocowanie jelita stwarza stosunki nienormalne, zwłaszcza n. p. u kobiet (ciąża).

Klose (Frankfurt n. M.). **Nawykowe skręcanie się kątnicy ruchomej.** Nawykowe skręcanie się ruchomego jelita ślepego, prócz właściwego sobie obrazu, wywołuje nieraz i inne następcze cierpienia, zwłaszcza napady zapalenia wyrostka, wędrowanie nerki, zakażenia miednicy i t. p. Leczenie: umocowanie kątnicy, przyczem w 89% wyniki są znakomite.

W dyskusyi Körte zwraca uwagę, że powracamy do nauki: o »zapaleniu ślepej kiszki«. Sam ból przy t. zw. przewlekłych zapaleniach wyrostka nie powinien być nigdy wskazaniem do operacyi, bo spotka się wtedy często zupełnie inne cierpienia, nie wymagające koniecznej operacyi. K. wątpi, by miejscowe zboczenia jelita grubego mogły wywoływać przewlekłe zaparcia; wszak przy gruźlicy i nowotworach jelita ślepego często zaparcia niema. — W dalszej dyskusyi jedni oświadczają się za, inni przeciw zdaniu Wilmsa. W końcu Wilms przytacza historye przypadków, w których wycięcie wyrostka w podobnych przypadkach zostało bez skutku, a dopiero przez umocowanie kątnicy osiągnięto wyleczenie. — Voelcker (Heidelberg) w podobnych przypadkach marszczy jelito grube.

Goebel (Kiel): **W sprawie chirurgicznego leczenia zaparcia, wywołanego przez nadmiernie długą pętlę esowatą** (megasigmoideum) **i zastawki Houstona.** »Megasigmoideum« (niejako lekki stopień choroby Hirschsprunga) daje się dobrze rozpoznać z pomocą romanoskopii. Przy zastawkach Houstona osiąga się dobry wynik zapomocą zakładania na nie klamerek.

Hoehne (Kiel): **Kliniczne doświadczenia nad uodparnianiem otrzewnej przeciw zakażeniom.** H. stara się uodpornić otrzewnę zapomocą wprowadzania do otrzewnej olejku kamforowego.

Henle (Dortmund): **Zwalczanie porażenia kiszek hormonalem.** W dyskusyi przeważnie zachwalano korzystne działanie wstrzykiwań tego środka.

Neudörfer (Hohen-Ems): **O wrzodzie dwunastnicy.** Wrzód dwunastnicy jest znacznie częstszy, niż dawniej sądzono. Cechują go bole, występujące wieczorem lub w nocy, albo krwotoki. Co do leczenia, to prócz połączenia żołądka z jelitem, należy nieraz zamknąć na stałe odźwiernik. W tym celu radzi Girard plastykę Mikulicza w sensie przeciwnym (cięcie podłużne, zeszyte poprzecznie). — Katzenstein w celu uniknięcia »circulus vitiosus« zakłada szew, zatykający ramię doprowadzające, a rozszerzający odprowadzające.

Kischner i Mangold (Królewiec): **Czynność zwieracza odźwiernika po poprzecznem przecięciu żołądka.** U psa nawet po poprzecznem przecięciu żołądka, (a więc w przypadku, gdzie wpływ nerwu błędnego ustał), zachowuje odźwiernik i część przedodźwiernikowa ruchomość.

Exner przy przełomach żołądkowych przeciął z dobrym skutkiem nerw błędny powyżej przepony.

V. Temat główny.

Fedoroff (Petersburg): **Śródżylne uśpienie hedonalowe.** F. usypia $^3/_4$ proc. rozczynem. Zużywa 400—600 cm^3 płynu, czyli mniej więcej 4 cg na kilogram wagi ciała. 500 uśpień bez zarzutu.

Kümmell (Hamburg): **Śródżylne uśpienie eterowe.** Uśpienie 5% rozczynem eteru (około 250 cm^3) daje zupełnie dobre wyniki.

Brunn (Tybinga): **Uśpienie wstrzykiwaniem pantopon-skopolaminy.** 500 uśpień bardzo korzystnych. Zwykle daje B. 0,04 pantoponu i 4 dgm skopolaminy, ew. przy zmniejszonem krążeniu. W razie stałego uśpienia dodaje eter, chloroform zaś jest przy tem bezwzględnie przeciwwskazany.

Mertens (Zabrze): **Uśpienie isopral-chloroformowe.** Przez lewatywę daje M. rozczyn isopralu w alkoholu z eterem, a w godzinę potem rozpoczyna uśpienie chloroformem. Chory usypia bez podniecenia, szybko, a nieraz przed chloroformowaniem. Wymiotów nigdy niema, chorzy śpią zwykle dalej do wieczora. Isopralu daje M. tyle razy po 0,1, ile kilogramów waży chory (n. p. 55 kg. to isopralu 5·5 gm).

Neu (Heidelberg): **Uśpienie gazem rozweselającym z tlenem.** N. przeprowadza uśpienie zapomocą aparatu, zbudowanego przez siebie, dokładnie mieszającego gazy (80 gazu rozweselającego + 20 tlenu z początku, potem 85: 15). Chory usypia i budzi się bardzo szybko, a uśpienie przeciągać można dowolnie.

Arnd (Berno) zachwala **uśpienie 5% wodą eterową,** wprowadzoną do odbytnicy, przyczem zwykle litr wystarcza. Przedtem wstrzykuje A. pantopon + skopolaminę.

Läwen (Lipsk): **Dalsze doświadczenia ze znieczulaniem pozaoponowem.** 120 przypadków. Najwyżej stosuje L. 10 dcg nowokainy; wstrzykiwać trzeba powoli.

Ritter (Poznań): **Zupełne znieczulenie przez wstrzykiwanie kokainy do krwi.** U zwierząt otrzymał R. zupełne znieczulenia, wstrzykując 5% rozczyn kokainy.

W dyskusyi większość mowców oświadcza się prze-

ciw uśpieniu śródżylnemu, a także zarzuca pantoponowi złe działanie. — Braun poleca miejscowe znieczulanie nerwu trójdzielnego przy operacyach na szczękach i języku. (D. n.).

ODEZWA.

Niezadługo spieszyć będą pracownicy ze wszystkich stron Ziem Polskich do Krakowa na Zjazd przyrodników i lekarzy polskich, przynosząc ze sobą dorobek naukowy obecnej doby. Dorobek dzisiejszy spoczywa jednak na barkach naszych poprzedników. Przędzę ich myśli my dalej snujemy. Co się dawniej działo w zakresie wiedzy lekarskiej na Ziemiach Polskich, jest obowiązkiem naszym rozpatrzyć, zebrać w całość i naszym następcom przekazać, aby z tych prac i zabiegów potomność korzystać mogła. Zbiory przedmiotów i dokumentów, dotyczące wiedzy lekarskiej i farmaceutycznej u nas, stanowią nietylko przyczynek do historyi kultury naszego narodu, ale ułatwiają lekarzom i przyrodnikom-historykom badanie i nauczanie historyi medycyny.

Wydział lekarski Uniw. Jagiell. organizuje obecnie Muzeum historyczne medycyny i farmacyi polskiej, jako instytucyę uniwersytecką, która ma ześrodkować w sobie cały materyał, przedstawiający rozwój historyczny medycyny i farmacyi na Ziemiach Polskich od najdawniejszych czasów, aż do dnia dzisiejszego. Wprawdzie istnieją u nas księgozbiory lekarskie, lecz te przechowują tylko książki, i to przeważnie odnoszące się do wykonawstwa lekarskiego. Istnieje jeszcze wiele przedmiotów w zawodzie lekarskim i farmaceutycznym, których biblioteki nie przyjmują, a które dla historyi rozwoju medycyny posiadają wielką wartość. Przedmioty takie po zgonie lekarza pozostają najczęściej w rodzinach bez użytku, po strychach i składach, narażone na zniszczenie. Najmniejszy jednak przedmiot, dziś uważany za nic nieznaczący, może nabrać w przyszłości dużej wartości historycznej, nawet i ogólnej. Dzisiejsze Muzeum liczy wprawdzie około cztery tysiące przedmiotów. Jest ono jednak tylko małą cząstką rozproszonego materyału, a obejmuje przedmioty więcej lokalne. Przedmiotów z odległych stron Ziem Polskich w niem jeszcze niema. Nadarza się obecnie sposobność każdemu uczestnikowi Zjazdu okazania swej dbałości o przeszłość naszej kultury narodowej i przyczynienia się do wzbogacenia zbiorów Muzeum historycznego medycyny polskiej, jeśli przywiezie ze sobą przedmioty i okazy chociażby najdrobniejsze, z najodleglejszych krańców Ziem Polskich. Takich przedmiotów znajdzie się wszędzie, gdzie lekarz praktykuje, poddostatkiem, gdyż tu chodzi właśnie o rzeczy codzienne, które łatwo się niszczą lub giną.

Muzeum historyczne medycyny polskiej gromadzi bowiem następujące przedmioty z zakresu wiedzy i praktyki lekarskiej i farmaceutycznej:

Dzieła drukowane lub pisane polskie, albo też w obcym języku, wydane przez autorów polskich, odbitki prac, czasopisma lekarskie i farmaceutyczne polskie, artykuły i wzmianki lekarskie i farmaceutyczne w czasopismach politycznych i innych, rękopisy, statuty Towarzystw lekarskich i aptekarskich, sprawozdania z posiedzeń i ich działalności, korespondencye, bilety, recepty, świadectwa, dyplomy, adresy, upominki, listy pochwalne, odznaczenia, ordery, medale; plany i opisy szpitali, zakładów leczniczych, uzdrowisk i zdrojowisk polskich; stare inwentarze; rozporządzenia i dokumenta władz sanitarnych; wiadomości o partactwie lekarskiem i t. p. Portrety, sztychy, fotografie pojedyncze i zbiorowe tak lekarzy, jak i ich rodzin. Następnie przyrządy i preparaty pomysłu lekarzy, aptekarzy i bandażystów polskich, rysunki i modele tych przyrządów, przyrządy używane przez lekarzy w Polsce w różnych epokach i t. d.

Zapewne wiele z wyliczonych przedmiotów znajduje się w posiadaniu uczestników Zjazdu lub ich powinowatych, albo znajomych rodzin. Ofiarowanie takiego przedmiotu do powstającego Muzeum będzie nietylko darem, złożonym na ołtarzu zawodu lekarskiego i naszego społeczeństwa, ale i upominkiem dla przyszłych pokoleń.

Bardzo pożądanem jest, aby druki i przedmioty dzisiejszej doby już teraz były w Muzeum składane, by je od zagłady uchronić. Szczególniej pożądane są korespondencye, dokumenta, jakoteż sprawozdania komitetów z organizacyi zjazdów, ankiet, zgromadzeń lekarskich i aptekarskich, gdyż one dadzą przyszłemu historyk możność ocenienia pracy i postępu każdoczesnej generacyi lekarzy i farmaceutów.

Przedmioty, ofiarowane dla Muzeum historycznego medycyny polskiej, przyjmuje, potwierdzając odbiór, Dr Józef Kostrzewski w klinice medycznej U. J., ulica Kopernika 15, gdzie się zbiory mieszczą.

Prof. Walery Jaworski, zawiadowca Muzeum.

XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

(18—22 lipca 1911).

Zgłoszone w dalszym ciągu tematy i wykłady:

Sekcya medycyny teoretycznej: 36) S. Dzierżgowski (Petersburg): Odporność czynna i bierna przeciwko błonicy. 37) Inż. S. Okulicz (Ałatyr): Studyum chemiczno-fizyologiczne o istocie zapachu.

Sekcya medycyny wewnętrznej: 66) A. Edelman i J. Kostrzewski (z kliniki medycznej U. J.): Szybki sposób oznaczania ciśnienia osmotycznego i ilości białka w moczu. 67) Ciż-sami: Mocz w serologii. 68) J. Kostrzewski i J. Nowaczyński (z kliniki medycznej U. J.): Wpływ kwasów i zasad na uczynnianie jadu kobry przez surowicę krwi ludzkiej.

Sekcya zdrowotności publicznej: Posiedzenie I. (18 lipca o godz. 2 popoł.). 1) Bujwid (Kraków), Kopczyński (Warszawa), Nitsch (Kraków), Piasecki (Lwów): Postulaty higieny szkolnej. 2) Bron. Kaczorowski (Lwów): Stan zdrowia i higieny dzieci szkół miejskich we Lwowie. 3) J. Landau, Weinsberg, Zamorski (Kraków): Opieka nad dziećmi oddanemi na wychowanie w miastach. O godz. $6^1/_2$ wieczór posiedzenie organizacyjne Delegatów Tow. przeciwgruźliczych w Polsce.

Posiedzenie II. (19. lipca o godz. 8 rano w Zakładzie higieny, Lubicz 42). 5) Zapasiewicz (Warszawa): Demonstracya preparatów dżumy. O godz. 9 rano w Tow. lekarskiem: 6) Janiszewski (Kraków), Sterling (Łódź), Wiczkowski (Lwów), Żychoń (Zakopane): Stan sprawy zwalczania gruźlicy w różnych dzielnicach Polski. 7) Edw. Bruner (Warszawa): Walka z toczniem (lupus). 8) Janiszewski (Kraków), Legeżyński (Lwów), Polak (Warszawa): Organizacya służby zdrowia w miastach polskich.

Posiedzenie III. (19 lipca o godz. 3 popoł.). 9) Janiszewski, Prof. inż. Rakowicz (Kraków): Regulacya miast i Wielki Kraków. 10) Inż. Drexler (Kraków), Zopoth (Kraków): Miasta-ogrody. 11) L. Bier (Kraków): Potrzeba organizacyi nadzoru nad żywnością. 12) Sikorski (Kraków): Zwalczanie kurzu i dymu w miastach. 13) Bier (Kraków): Dalszy rozwój ustawodawstwa dla nadzoru nad żywnością.

Posiedzenie IV. (20. lipca o godz. 8 rano w Zakładzie higieny). 14) Bujwid: Demonstracya wyjaławiania wody zapomocą promieni ultrafiołkowych. 15) Tenże: Demonstracya tablicy porównawczej działania środków odkażających na powierzchnię skóry. O godz. 9 rano w Tow. lek.: 16) Inżynierowie Jaszczurowski (Kraków), Kłeczek (Kraków), Włodz. Nowak (Kraków): Zaopatrzenie W. Krakowa w wodę; kanalizacya; odżelezienie wody wodociągowej. 17) Eisenberg (Kraków), Kucera (Lwów): Roznosiciele zarazków. 18) Owsiński (Kraków): Zakażenia połogowe w Krakowie w ostatnich latach.

Posiedzenie V. (21. lipca o godz. 3 popoł.). 19) Eisenberg (Kraków), Gantkowski (Poznań), Daszyńska-Golińska (Kraków), Skalski (Łódź): Alkoholizm w Polsce i jego zwalczanie. 20) Stopczański (Kraków): Rozszerzanie się chorób wenerycznych w Krakowie a prostytucya. 21) Janiszewski (Kraków): Higiena rasy.

Posiedzenia Sekcyi odbywać się będą w domu Tow. lek. (ul. Radziwiłłowska 4, I. piętro).

Sekcya filozoficzna pomieściła w swoim programie dwa tematy dyskusyjne, z których lekarzy może zajmować temat: »Stosunek filozofii do nauk przyrodniczych« (referenci: Prof. M. Straszewski i Prof. S. Zaremba). Oprócz tego zgłoszono w sekcyi tej dotąd 18 wykładów, z których kilka również stoi na pograniczu nauk przyrodniczych i lekarskich.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 7. VI. 1911 posiedzenie, na którem Prof. Kader przedstawił chorych ze swej kliniki (chrząstniakomięsak łopatki, rozległe a osobliwe zbliznowacenia brzucha po oparzeniu), których operował lub ma operować i mówił o postępowaniu w zapaleniu wyrostka robaczkowego i w kamicy nerkowej, Dr Radliński przedstawił operowany przypadek raka pęcherza i dwa przypadki rzekomych guzów mózgu, a Dr Kostrzewski miał wykład: »Serodyagnostyka raka«.

— Profesor M. L. Jakubowski, czcigodny Nestor pedyatrów polskich, obchodzi w b. m. 50-tą rocznicę doktoratu. Z tego powodu odbędzie się uroczyste odnowienie dyplomu w d. 26. b. m. w auli Uniwersytetu.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Jerzy Bujalski rodem z Płocka, Zygmunt Klukowski rodem z Odęssy, Arkadyusz Fortkiewicz z Sierpca w Królestwie Polskiem i Władysław Szumski z Ukrainy.

— Wystawa balneologiczna, urządzona przez Polskie Towarzystwo balneologiczne, odbędzie się podczas XI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, w czasie od 18 do 31 lipca b. r. Dzięki życzliwości Prezydenta miasta Krakowa, Dr Leo, Kuratoryi Akademii handlowej, a osobliwie dyrektora jej p. Kannenberga, uzyskał Komitet jeden z najokazalszych gmachów Krakowa, mianowicie Akademię handlową (Straszewskiego 29), doskonale nadającą się do powyższego celu. Na Wystawę powyższą przesyłać można: 1) Plany i fotografie zakładów zdrojowych, uzdrowisk i lecznic. 2) Plakaty i widokówki ze zdrojowisk i zakładów. 3) Przekroje geologiczne. 4) Przekroje i ujęcia źródeł. 5) Próbki wód mineralnych. 6) Próbki soli, borowiny, mułów, wyciągów i t. d. 7) Modele lub fotografie wanien, kotłów i urządzeń technicznych. 8) Modele lub fotografie przyrządów leczniczych, używanych do elektroterapii, mechanoterapii, gimnastyki itd. 9) Mapy graficzne. 10) Dane statystyczne (frekwencya, ilość kąpieli mineralnych i hydropatycznych, ilość wysłanych wód i przetworów). 11) Bibliografię (prace, broszury, prospekta). 12) Wzory przemysłu, a zwłaszcza odnoszące się do zdrojownictwa krajowego i urządzeń zakładów. 13) Zbiory, dotyczące miejscowej fauny i flory i t. d. Ceny miejsc dla wystawców wynoszą: 1 m^2 ściany razem z 1 m^2 stołu K 25. 1 m^2 ściany z przylegającym 1 m^2 podłogi K 20. 1 m^2 podłogi w środku K 20. Cała sala bez urządzenia K 150. Uprasza się Wystawców o podanie powierzchni żądanej przez nich płaszczyzny: na ścianie, na podłodze, na stołach, na sztalugach. Adres: Biuro Wystawy balneologicznej — Kraków, Batorego 1 (parter), Tel. 2112. Komitet wydawać będzie honorowe odznaczenia i dyplomy.

— »Krajowy Związek zdrojowisk i uzdrowisk« we Lwowie przeniósł swoje biuro do własnego lokalu przy ul. Czarnieckiego l. 6 w parterze, gdzie też pomieszczona jest obecnie redakcya organu Związku »Nasze zdroje« i dokąd też należy odtąd adresować wszelkie pisma.

— Kolej żelazna z Muszyny do Krynicy została otwarta.

— W Szczawnicy uchwaliła komisya zdrojowa odkażać mieszkania po każdym gościu. Na pokrycie kosztów tego składać będzie każdy z gości drobną opłatę. Zarządzenie to zasługuje na zupełne uznanie.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 28. V. do 3. VI. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 9 † 1 (w tem obcych 3 † —), krztuśca 4 † —, ospy wietrznej 2, płonicy 12 † 2 (4 † 2), odry 5 † 3 (3 † 1), duru brzusznego 5 † — (2 † —), nagminnego zapalenia opon mózg. 1 † — (1 † —), jaglicy 6.

Dr Janiszewski.

Mianowani: Prof. Pohl z Pragi profesorem farmakologii we Wrocławiu, Prof. Abderhalden profesorem fizyologii w Halle, Doc. Winterstein profesorem fizyologii w Rostocku.

Zmarli: Histolog prof. Kerschner w Insbrucku, neurolog prof. Remak w Berlinie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok L. Kraków, dnia 17. czerwca 1911. Nr. 24.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z Zakładu farmakologii doświadczalnej Prof. Dra L Popielskiego we Lwowie.

O wpływie tłuszczów i mydeł na czynność wydzielniczą trzustki.

Podał

Dr Jan Studziński (Kijów).

(Ciąg dalszy).

Doświadczenie XIV. 4. III. 1910. Pies »Pstry« wagi 14·5 kilo; tensam co i w doświadczeniu XIII. Do dwunastnicy wprowadzono i rozdęto balonik (tabl. VIII.).

W tem doświadczeniu wprowadzenie gliceryny nie okazało widocznego wpływu na wydzielanie. Z tych 2 doświadczeń widać, że gliceryna wywiera bardzo słaby wpływ na wydzielanie.

TABLICA VIII.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową		Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	
10 h. 9′	—		10 h. 35′	5	
„ 10′	8		„ 36′	6	
„ 11′	3		„ 37′	4	24
„ 12′	3	17	„ 38′	5	
„ 13′	1		„ 39′	4	
„ 14′	2		58 podziałek w 15 min.		
„ 15′	2		10 h. 40′	4	
„ 16′	2		„ 41′	4	
„ 17′	6	16	„ 42′	3	16
„ 18′	3		„ 43′	3	
„ 19′	3		„ 44′	2	
„ 20′	2		„ 45′	4	
„ 21′	3		„ 46′	3	
„ 22′	2	13	„ 47′	3	18
„ 23′	3		„ 48′	4	
„ 24′	3		„ 49′	4	
46 podziałek w 15 min.			„ 50′	4	
Od 10 h. 24′ do 10 h. 25′ wprowadzono do dwunastnicy 15 cm sz. chemicznie czystej gliceryny			„ 51′	4	
10 h. 25′	4		„ 52′	3	19
„ 26′	1		„ 53′	4	
„ 27′	1	18	„ 54′	4	
„ 28′	4		53 podziałki w 15 min.		
„ 29′	8				
„ 30′	2				
„ 31′	1		Doświadczenie zakończono.		
„ 32′	3	16			
„ 33′	4				
„ 34′	6				

Zbadaniu wpływu kwasu oleinowego oprócz doświadczenia VIII., poświęciłem jeszcze następne doświadczenia.

Doświadczenie XV. 8. XII 1909. Pies »Buldog« wagi 13·3 kilo, tensam co i w doświadczeniu II. Do dwunastnicy wprowadzono i rozdęto balonik (tabl. IX.).

TABLICA IX.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową		Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	
11 h. 26′	—		12 h. 2′	35	
„ 27′	7		„ 3′	35	
„ 28′	7		„ 4′	30	151
„ 29′	6	32	„ 5′	26	
„ 30′	6		„ 6′	25	
„ 31′	6		„ 7′	25	
„ 32′	5		„ 8′	28	
„ 33′	6		„ 9′	24	121
„ 34′	6	27	„ 10′	18	
„ 35′	5		„ 11′	26	
„ 36′	5		452 podziałek w 15 min.		
„ 37′	5		12 h. 12′	18	
„ 38′	6		„ 13′	20	
„ 39′	6	27	„ 14′	16	90
„ 40′	5		„ 15′	19	
„ 41′	5		„ 16′	17	
86 podziałek w 15 min.			„ 17′	18	
Od 11 h. 41′ do 11 h. 42′ wprowadzono do dwunastnicy 15 cm sz. kwasu oleinowego			„ 18′	16	
11 h. 42′	5		„ 19′	17	80
„ 43′	6		„ 20′	14	
„ 44′	6	59	„ 21′	15	
„ 45′	16		„ 22′	14	
„ 46′	26		„ 23′	14	
„ 47′	38		„ 24′	14	64
„ 48′	36		„ 25′	11	
„ 49′	36	178	„ 26′	11	
„ 50′	33		234 podziałek w 15 min.		
„ 51′	35		12 h. 42′	10	
„ 52′	35		„ 43′	9	
„ 53′	35		„ 44′	10	49
„ 54′	38	187	„ 45′	10	
„ 55′	39		„ 46′	10	
„ 56′	40				
424 podziałek w 15 min.			Doświadczenie zakończono.		
11 h. 57′	36				
„ 58′	36				
„ 59′	34	180			
12 h. —	40				
„ 1′	34				

W doświadczeniu tem w 3 minuty po wprowadzeniu kwasu oleinowego zaczął się obficie wydzielać sok trzu-

stkowy; ilość jego zaczęła się zmniejszać dopiero po 20 minutach (jak i przy kwasie solnym). Ale jeszcze po godzinie wydzielanie nie spadło do normy, chociaż było już blizko niej.

Doświadczenie XVI. 15. XII. 1909. Pies »Bułany« wagi 15·5 kilo. Tensam co w doświadczeniach VII. i VIII. Do dwunastnicy wprowadzono i rozdęto balonik (tabl. X.).

TABLICA X.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	
10 h. 2′	—	
" 3′	12	
" 4′	14	
" 5′	13	71
" 6′	17	
" 7′	15	
" 8′	10	
" 9′	19	
" 10′	12	75
" 11′	20	
" 12′	14	
" 13′	19	
" 14′	14	
" 15′	12	79
" 16′	14	
" 17′	20	
225 podziałek w 15 min.		
Od 9 h. 17′ do 9 h. 18′ wprowadzono do dwunastnicy 15 cm sz. kwasu oleinowego		
9 h. 18′	12	
" 19′	11	
" 20′	10	84
" 21′	30	
" 22′	21	
" 23′	25	
" 24′	23	
" 25′	28	115
" 26′	19	
" 27′	20	
" 28′	21	
" 29′	23	
" 30′	33	128
" 31′	26	
" 32′	25	
327 podziałek w 15 min.		
9 h. 33′	33	
" 34′	30	
" 35′	33	149
" 36′	27	
" 37′	26	
" 38′	31	
" 39′	33	
" 40′	39	193
" 41′	48	
" 42′	42	
9 h. 43′	36	
" 44′	24	
" 45′	28	176
" 46′	42	
" 47′	46	
518 podziałek w 15 min.		
9 h. 48′	36	
" 49′	23	
" 50′	27	176
" 51′	35	
" 52′	55	
" 53′	50	
" 54′	35	
" 55′	55	216
" 56′	35	
" 57′	41	
" 58′	30	
" 59′	52	
Zastrzyknięto pod skórę 0·01 siarczanu atropiny		
10 h. —	48	
" 1′	46	
" 2′	50	244
" 3′	53	
" 4′	47	
" 5′	36	
" 6′	23	
" 7′	20	109
" 8′	20	
" 9′	10	
" 10′	20	
" 11′	30	
" 12′	16	106
" 13′	20	
" 14′	20	
459 podziałek w 15 min.		
10 h. 15′	19	
" 16′	22	
" 17′	19	92
" 18′	16	
" 19′	16	
Doświadczenie zakończono.		

W doświadczeniu XVI. pomimo uprzedniego dość obfitego wydzielania się soku trzustkowego, wprowadzenie kwasu oleinowego wywołało zwiększenie wydzielania już po 3 minutach, przyczem wydzielanie nie odrazu osiągnęło poziom najwyższy, lecz wzrastało powoli. Atropina, wprowadzona w 42 minuty po kwasie oleinowym, żadnego wpływu na wydzielanie nie wywarła: przed atropiną wydzielanie równało się 84, 115, 136, 149, 193, 176, 216 podziałek za każde 5 minut; po atropinie równało się ono 244, 109, 106, 92 podziałek. Takiż sam wynik otrzymaliśmy u psa »Srokatego«: przed atropiną 19, 22, 32, 38, po atropinie 42, 36, 29 (patrz dośw. XVIII.).

Dla przekonania się, jak wpływa na wydzielanie mechaniczne podrażnienie jelita przez wprowadzenie do niego płynu, wprowadziłem 40 cm. sz. 0·9% rozczynu soli kuchennej. Okazało się, że rozczyn ten żadnego wpływu na wydzielanie soku trzustkowego nie wywiera.

Wprowadzony następnie kwas oleinowy wywołał po 5 minutach znaczne zwiększenie wydzielania (zamiast 2, 4, 7 podziałek na minutę otrzymano 13, 15, 18). W 3 minuty potem wstrzyknięto atropinę. wydzielanie szło dalej bez zmian: przed atropiną 46 podziałek za 3 min., po 76. 57, 45, 43 za każde 5 minut.

Doświadczenie XVIII. 17. I. 1910. Pies »Łysy« wagi 13·7 kilo, tensam co w doświadczeniach III., IV., X. Do dwunastnicy wprowadzono i rozdęto balonik. (tabl XI.).

TABLICA XI.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	
9 h. 29′	—	
" 30′	3	
" 31′	3	
" 32′	4	19
" 33′	4	
" 34′	5	
" 35′	5	
" 36′	5	
" 37′	6	22
" 38′	3	
" 39′	3	
Wprowadzono do dwunastnicy 40 cm sz. ciepłego 0·9% rozczynu chlorku sodu		
9 h. 40′	1	
" 41′	1	
" 42′	6	13
" 43′	3	
" 44′	2	
" 45′	3	
" 46′	6	
" 47′	4	22
" 48′	5	
" 49′	4	
" 50′	4	
" 51′	4	
" 52′	5	25
" 53′	8	
" 54′	4	
" 55′	3	
" 56′	2	
" 57′	3	28
" 58′	5	
" 59′	5	
Od 9 h. 59′ do 10 h. — wprowadzono do dwunastnicy 15 cm sz. kwasu oleinowego		
10 h. —	3	
" 1′	6	
" 2′	2	22
" 3′	4	
" 4′	7	
" 5′	13	
" 6′	15	
" 7′	18	
Zastrzyknięto pod skórę 0·005 siarczanu atropiny		
10 h. 8′	14	
" 9′	12	
" 10′	15	76
" 11′	17	
" 12′	18	
" 13′	17	
" 14′	12	
" 15′	11	57
" 16′	8	
" 17′	9	
" 18′	8	
" 19′	7	
" 20′	9	45
" 21′	11	
" 22′	10	
" 23′	8	
" 24′	9	
" 25′	7	43
" 26′	9	
" 27′	10	
Doświadczenie zakończono.		

Oprócz doświadczeń przewlekłych dla rozstrzygnięcia o wpływie kwasu oleinowego na wydzielanie soku trzustkowego postanowiłem jeszcze wykonać doświadczenie ostre.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Meningitis vera, spuria (meningismus) et serica

podał

Dr E. Stahr.

Niezbyt rzadko zdarza się klinicyście spostrzegać chorych, u których z powodu spotykanych objawów skłania się do rozpoznania zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Chorzy tacy narzekają bowiem na dotkliwe bole głowy, na ból przy opukiwaniu czaszki, ból w karku, przyczem okazują sztywność w karku, a nieraz i dalszych części kręgosłupa, czasami lekkie odurzenie, mniejszą lub większą przeczulicę skóry i poszczególnych mięśni, lekko zapadnięty brzuch, skłonność do zaparcia, a nawet nierówność źrenic i pręgi Trousseaua. Tymczasem płyn dobyty przez nakłucie rdzeniowe bywa zupełnie czysty i przejrzysty, a co ważniejsza zupełnie jałowy, a nawet nieraz nie zawiera żadnych nieprawidłowych ani cytologicznych ani chemicznych składników. Wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego wyłącza wtedy rozpoznanie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. A w takim razie musi sobie klinicysta odpowiedzieć na pytanie, jakie inne choroby przejawiać się mogą podobnie, jak zapalenie opon mózgowo rdzeniowych, choć niem nie są, czyli innemi słowy, które schorzenia mogą dawać tylko pozorny obraz zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, obraz, zwany przez nowszych autorów »meningismus«. Otóż cały szereg schorzeń zarówno miejscowych, toczących się w układzie nerwowym, jak i ogólnych, może dawać obraz rzekomego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i o wszystkich powinien klinicysta pamiętać.

Przedewszystkiem może chodzić naturalnie o choroby układu nerwowego ośrodkowego i to albo o choroby z podłożem anatomicznem, albo o choroby bez anatomicznego podłoża

Do chorób tego rodzaju z pewnem anatomicznem podłożem należy ostre krwotoczne wewnętrzne zapalenie opony twardej (pachymeningitis haemorrhagica interna acuta), zapalenie samego mózgowia (encephalitis), zakrzep zatoki żylnej (thrombosis sinus), bąblowiec mózgu, nowotwory opon mózgowych, tętniak w tylnym dole czaszkowym (aneurysma arteriae vertebralis lub basilaris), wreszcie zniedołężnienie poraźne (paralysis progressiva).

Rozpoznanie krwotocznego zapalenia opony twardej należy w medycynie do najtrudniejszych, zwłaszcza, że objawy tej choroby bywają często nieuchwytne i bardzo niewyraźne. Nadto przyczyny chorobowe, które zapalenie opon miękkich wywołują, nierzadko powodują i zajęcie opony twardej (gruźlica). W odróżnieniu od prawdziwego zapalenia bywa w tem cierpieniu ból i sztywność karku mniejsza, objaw Kerniga niebardzo wyraźny, rzadko wyraźna przeczulica skóry i mięśni, brak gorączki, a w płynie mózgowordzeniowym stwierdzamy czasem krew. Zapalenie samego mózgu cechuje się od samego początku zwykle objawami poraźnymi. Zakrzepowi zatoki żylnej towarzyszy zwykle obrzęk skóry na wyrostku sutkowatym, stałe zwracanie głowy ku chorej stronie i objaw Griesingera, a mianowicie niedostateczne wypełnianie się krwią żyły szyjnej zewnętrznej po stronie chorej. Bąblowca mózgu rozpoznać można, stwierdziwszy bąblowca w innych narządach. Najłatwiej znaleść go w skórze. Eozynofilia krwi i brak gorączki przemawiają za bąblowcem. Nowotwory mózgu przebiegają bez gorączki, często z tarczą zastoinową na dnie oka, w płynie mózgowo-rdzeniowym uda się czasem znaleść charakterystyczne komórki nowotworowe, a często bywają nowotworem zajęte gruczoły chłonne na szyi. Pęknięcie tętniaka w tylnym dole czaszkowym rozpoznajemy, kiedy chory nagle traci przytomność prawie bez objawów podrażnienia opon mózgowych (brak przeczulicy, napięcia brzucha), nie gorączkuje, a płyn mózgowo-rdzeniowy jest wybitnie krwawy. Meningizm, jako przejaw zniedołężnienia poraźnego' rozpoznajemy przy pomocy wywiadów od otoczenia chorego; nierówność źrenic i brak ich oddziaływania, brak objawu Kerniga, przemawiają przeciw zapaleniu opon, a za zniedołężnieniem.

Do chorób układu nerwowego bez tła anatomicznego, o których tu pamiętać musimy, należy przedewszystkiem histerya, a czasem szał opilczy.

Za histeryą przemawiają brak gorączki, ciągła zmiana obrazu chorobwego, ujemny wynik cytologicznego badania płynu mózgowo-rdzeniowego, a przedewszystkiem łatwość psychicznego wpływania na chorego.

Z drugiej strony objawy meningizmu dawać mogą choroby zakaźne i zatrucia. Do zakaźnych chorób zaliczamy tu w pierwszym rzędzie dur, potem różę, grypę, zapalenie płuc, posocznicę, zimnicę, ostry gościec stawowy i wąglik. Do zatruć mogących tu wchodzić w rachubę należą z jednej strony mocznica i samozatrucie z jelit, a z drugiej strony zatrucie ołowiem lub mięsem (względnie rybami lub ostrygami).

Stanowcze rozpoznanie w przypadkach, przedstawiających się klinicznie najzupełniej, jak zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, nie należy zatem do rzeczy łatwych, a już bez nakłucia lędźwiowego nieraz do niemożliwych.

Z własnego doświadczenia pamiętam taki przypadek:

17-letni chłopiec dostaje nagle pewnego dnia z wieczora gwałtownego bólu głowy, bez żadnych zwiastunów, bez dreszczów. Zażywa sam przez kilka dni jakieś proszki, bez żadnej jednakże ulgi.

Wezwany w kilka dni później stwierdzam stan, najzupełniej podobny do zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. (Ciepłota ciała podniesiona (38·4°C), gwałtowny ból głowy, sztywność w karku bardzo znaczna, objaw Kerniga wyraźny, światłowstręt). Tego samego dnia dokonane nakłucie lędźwiowe i wypuszczenie około 20 cm^3 płynu mózgowordzeniowego sprawiło natychmiastową ulgę. Na drugi dzień spadła ciepłota do prawidłowej i chory w 4 dni później opuścił łóżko zupełnie zdrów. Ut aliquid, dostawał jakiś kwasek wewnętrznie. Płyn mózgowo-rdzeniowy okazał się zupełnie jałowym.

Co to była za choroba, tego dotąd nie wiem. Nie było to w każdym razie prawdziwe zapalenie opon mózgowych, chociaż najzupełniej tak się przypadek przedstawiał i w czasie epidemii zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych niktby się w rozpoznaniu nie zawahał. W przypadku tym był najprawdopodobniej »meningismus«, choć nie mogłem stwierdzić żadnego schorzenia, któremu pozorne zapalenie opon towarzyszyć może.

Skoro zaś faktem jest, że rozpoznawać zapalenia opon mózgowych nie możemy dzisiaj wyłącznie na podstawie

wejrzenia klinicznego i przedmiotowego badania klinicznego, a jedynie na podstawie wyniku bakteryologicznego zbadania płynu mózgowo-rdzeniowego, należy sobie postawić pytanie, czy jednakże wolno nam wstrzykiwać do kanału kręgowego surowicę swoistą w każdym przypadku, choćby nie prawdziwego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Innymi słowy należy nam się teraz zapytać, czy surowica swoista nie może choremu szkodzić.

Reskrypt c. k. Namiestnictwa we Lwowie z d. 28 czerwca 1909 r. L. VII. v. 989/09 zaleca, co następuje:
20

»W celu leczenia nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych wstrzykuje się 20 kub. cm. surowicy do kanału kręgowego. Po wypuszczeniu przez lędźwiowe nakłucie około 20 cm^2 wypociny, nie wyjmując igły, można przez nią zapomocą wstrzykawki wyjałowionej wstrzykiwać surowicę«.

Otóż reskrypt ten zaleca lekarzowi, żeby w przypadku, w którym rozpoznaje zapalenie opon mózgowych, — rozumie się nagminne, a nie gruźlicze, stosował surowicę na podstawie rozpoznania klinicznego, a nie bakteryologicznego, bo zaleca, by przez tę samą igłę, którą wypuszcza płyn dla zbadania, zaraz wprowadził surowicę. Nigdzie nie zaznacza reskrypt, że wstrzykiwać wolno tylko na podstawie dodatniego wyniku badania bakteryologicznego, a nawet nieco dalej mówi tak:

»Jeżeli nie ma polepszenia w ciągu 24 do 48 godzin, niektórzy autorowie polecają ponowne wstrzyknięcie 20 cm^3«.

Teraz postaram się odpowiedzieć na pytanie, czy surowica wstrzyknięta do kanału kręgowego jest dla ustroju obojętna, czy nie?

Już dawno zauważyli lekarze chorób nerwowych i umysłowych, że niektóre cierpienia nerwowe, jak padaczka i umysłowe, jak obłęd, przebiegające z przygnębieniem, mogą uledz pewnej poprawie lub okazywać łagodniejszy przebieg po przemijających gorączkach lub odczynach wywołujących i podniecających odporność ustroju. Opierając się na tem spostrzeżeniu, próbowali niektórzy autorowie (Donath, Fischer, Lépine) wstrzykiwać systematycznie takim chorym pod skórę nukleinian sodu, który w pewnych dawkach wywołuje gorączkę, a w krwi hyperleukocytozę.

Chcąc zadziałać jeszcze skuteczniej, postanowili Sicard i Salin [1]) dostać się do płynu mózgowo rdzeniowego, a tą drogą wprost wpływać na ośrodkowy układ nerwowy. Najpierw zwrócili się do fizyologicznego rozczynu soli kuchennej (8‰), a przekonawszy się, że bardzo małe ilości płynu tego, bo nawet 3 do 4 cm^3, wstrzyknięte do kanału kręgowego, wywoływały bardzo silny odczyn, zarzucili rozczyn soli i zaczęli wstrzykiwać również pod opony surowicę przeciwmeningokokową, uważaną dotąd za nieszkodliwą. Ale nawet bardzo małe dawki tej surowicy, bo 10 do 15 cm^3, źle chorzy znosili. Stale zjawiał się odczyn ogólny i miejscowy.

Do rzędu zaburzeń ogólnych zaliczyć należy podniesienie się ciepłoty o 1 do 2 stopni, ból głowy, czasem nudności, mało zaznaczony objaw Kerniga, a czasami i bóle w kończynach dolnych. Zaburzenia te zjawiały się w 2 do 3 godzin po wstrzyknięciu, dochodziły szczytu swego nasilenia w 5 do 6 godzin, a potem zwolna łagodniały i na drugi dzień zupełnie ustępowały. W niektórych przypadkach wyjątkowo trwały nieco dłużej.

Miejscowo, a więc w kanale kręgowym, można było już po 3 lub 4 godzinach stwierdzić, dobywszy przez nakłucie płynu mózgowo-rdzeniowego, obfitą polinukleozę, płyn mózgowo-rdzeniowy mętny lub opalizujący, i jak autorowie, posługując się określeniem Widala [2]), powiadają »puriforme«. Polinukleoza ta ustępuje zwolna miejsca limfocytozie, która może się utrzymywać nawet wyżej dwóch miesięcy.

Po takim odczynie stan umysłowy niektórych chorych poprawiał się chwilowo, jak w czasie doświadczeń Fischera i Donatha, jednakże z powodu wspomnianych wyżej zaburzeń autorowie zarzucili ten sposób. Przekonali się w toku tych prób zatem o tem, że wstrzykiwanie surowicy pod opony rdzeniowe wywoływa objawy zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, więcej lub mniej wyraźne, zależnie od dawki.

Podobne zmiany, jak co dopiero opisane, mieli autorowie sposobność stwierdzić nietylko w tych przypadkach, w których jak powyżej opony były poprzednio zupełnie prawidłowe, ale i w tych, w których opony były przed wstrzykiwaniem zajęte sprawą zapalną przewlekłą, jak to bywa w toku wiądu rdzenia kręgowego. Płyn mózgowo-rdzeniowy zawierał w osadzie w toku wiądu wyłącznie limfocyty, a po wstrzyknięciu płyn nabierał wejrzenia »puriforme«, przyczem zawsze występowały objawy żywego zadrażnienia korzonków tylnych, nieco słabszego po wstrzyknięciu rozczynu soli, zaś gwałtownego po surowicy końskiej.

Raz zdołali autorowie przekonać się i na stole sekcyjnym o słuszności swych zapatrywań, a więc o tem, że wstrzykiwanie surowicy powoduje zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

Pewien dorosły mężczyzna, chory na zapalenie płuc, zginął w kilka dni po wstrzyknięciu pod opony rdzeniowe surowicy przeciwmeningokokowej (20 cm^3). Surowicę wstrzyknięto z tej przyczyny, że chory w toku zapalenia płuc dostał objawów zapalenia opon mózgowych. Nie rozpoznawano w tym przypadku wprawdzie stanowczo zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, tylko je przypuszczano, bo badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, dobytego bezpośrednio przed wstrzyknięciem, nie stwierdziło obecności ża-

[1]) Sicard i Salin. »Réactions méningées consécutives aux injections arachnoidiennes lombaires de sérum de cheval et de sérum artificiel«. Soc. de biolog. 19. III. 1910. »Histologie des réactions méningées aseptiques provoquées chez l'homme«. Ibid. 25. VI. 1910. »Réactions méningées après sérotherapie rachidienne dans un cas de méningite cérébro-spinale«. Soc. méd. d. hôpitaux 28. VII. 1910.

[2]) Widal już w r. 1906 zwrócił uwagę na następujący szczegół. Zdarza się, że płyn dobyty z opon okazuje czasem osad, składający się prawie wyłącznie z ciałek białych wielojądrzastych, ale co ważniejsze, że jądra ciałek tych mają zupełnie ostre obrysy i że obok tych ciałek nie stwierdzamy w dobytym płynie obecności żadnych bakteryi. Płyny takie, pod mikroskopem wyglądające jak ropa, nazwał »puriforme«. Z tego, że te ciałka białe mają ostro zarysowane jądra, wnosi Widal, że w takim »puriforme« płynie nie ma żadnej walki między ciałkami a bakteryami i że dlatego właśnie nie rozpadają się nigdzie jądra ciałek wielojądrzastych, jak to bywa w prawdziwym ropnym płynie. Obraz taki pozwala zdaniem Widala na pomyślne rokowanie.

dnego nieprawidłowego składnika cytologicznego, chemicznego ani żadnych bakteryi. Otóż na sekcyi stwierdzili autorowie bardzo żywe nastrzykanie naczyń, na oponach miękkich rdzenia, wysięk na oponach i około naczyń; przedewszystkiem w okolicy tylnej lędźwiowo-krzyżowej, jednakże wypustki tej sprawy zapalnej sięgały w górę aż w okolicę opuszkową.

Autorowie dochodzą na podstawie swych spostrzeżeń do wniosku, że i w toku ostrego zapalenia opon mózgowych wstrzyknięcie surowicy samo przez się na pewno też powoduje podrażnienie opon mózgowych, a tylko, że ono się gubi pośród innych objawów mózgowych i to objawów wysokiego nasilenia choroby samej i dlatego nie zwrócił nikt na nie uwagi w toku seroterapii zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.

A teraz dla zaokrąglenia obrazu przytoczę dwa przykłady z praktyki, podane przez tychże autorów, a dowodzące, do jakich błędów w rokowaniu i rozpoznaniu prowadzić może nieznajomość tej sprawy (meningitis serica).

Pewien lekarz ordynujący wezwał raz na naradę jednego z autorów do 16-letniego chłopca, chorego na zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Rozpoznanie stwierdzone było w tym przypadku badaniem bakteryologicznem. W czasie, kiedy chory bardzo wysoko gorączkował ($39^0 - 40^0$ C), dokonano cztery razy nakłucia lędźwiowego i za każdym razem wstrzyknięto 20 cm^3 swoistej surowicy Doptera. Około dwunastego dnia zaczęła choroba zwalniać, objawy chorobowe ustępować, chory wchodzić niejako na drogę ozdrowienia, kiedy nagle po trzech dniach gorączka znowu się podniosła do $38{\cdot}2^0$ i zjawił się nanowo ból głowy. Lekarz ordynujący, pewny, że surowica nie może szkodzić, natychmiast ją znowu wstrzyknął (20 cm^3), przyczem płyn mózgowo-rdzeniowy wypływał z igły prawie zupełnie przejrzysty. Na drugi dzień po wstrzyknięciu gorączka przekroczyła 40^0 C, stan ogólny chorego się pogorszył, chory w nocy majaczył. Nakłucie lędźwowe, w tym stanie chorego dokonane, wydobyło płyn zupełnie mętny i lekarz ordynujący, przekonany, że ma przed sobą ciężki nawrót choroby, zabierał się już do ponownego wstrzyknięcia surowicy w dawce większej od poprzednich. Otóż konsulent nabrawszy przekonania, że chory nie dostał wcale nawrotu choroby, ale że chodzi tylko o podrażnienie opon mózgowych wstrzykiwaną surowicą (meningitis serica), radził zaniechać wstrzykiwań. Badanie dobytego płynu stwierdziło, że jest jałowy i »puriforme«, t. z. składa się wyłącznie z ciałek białych wielojądrzastych o jądrach ostro obrysowanych. W 2 doby później burza przeleciała i ozdrowienie weszło na prawidłowe tory.

Oto przykład pomyłki w rokowaniu.

Pewnego dnia znowu przysyłają autorowi do pracowni szpitalnej płyn mózgowo-rdzeniowy, zupełnie przejrzysty i czysty. Nie znaleziono w nim żadnej bakteryi ani większej ilości białka, osad był prawidłowy. Lekarz ordynujący myślał o zapaleniu opon mózgowo rdzeniowych Na podstawie rozbioru odpowiedziano, że w danym przypadku nie ma zapalenia opon. Nazajutrz jednak donosi lekarz ordynujący, że widocznie zaszła pomyłka, bo u chorego napewno są objawy zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i przysyła do pracowni, jako oczywisty dowód pomyłki laboratoryjnej, płyn mózgowo rdzeniowy chorego, opalizujący, ropiasty, z osadem obfitującym w ciałka białe wielojądrzaste o ostrych obrysach. Bakteryi i w tej próbce płynu mózgowo-rdzeniowego nie było. Wtedy autor udał się do chorego i tam stwierdził, co następuje: Chory leży już 12-ty dzień. Dnia poprzedniego nakłuto u niego kanał kręgowy, wypuszczono płyn, który za pierwszym razem do zbadania odesłano, i natychmiast wstrzyknięto pod opony 20 cm^3 surowicy przeciwmeningokokowej. I naturalnie wystąpiło podrażnienie opon surowicą (meningitis serica). Chory ten bowiem cierpiał na zapalenie ropne migdałków, czemu towarzyszył meningizm, pozorne zapalenie opon, które lekarz ordynujący wziął za zapalenie opon prawdziwe. W 3 dni później bez żadnych zabiegów chory wrócił do zupełnego zdrowia. Oto znowu pomyłka w rozpoznaniu.

Spostrzeżenia te, a nie mogę na chwilę przypuścić, żeby zabiegi autorów nie były dokonane zupełnie jałowo, a więc żeby zaburzenia spowodowane były zakażeniem opon mózgowo-rdzeniowych, dowodzą dostatecznie, że surowica przeciwmeningokokowa wstrzykiwana pod opony nie jest dla ustroju obojętna, bo powoduje zapalenie opon, które możemy nazwać, w odróżnieniu od innych postaci zapalenia: »meningitis serica«; a więc należy surowicę stosować tylko tam, gdzie jest naprawdę potrzebna, gdzie rozbiór bakteryologiczny wykazuje obecność ziarenkowca zapalenia opon. A zresztą surowica przeciwmeningokokowa, jak każda surowica końska, wprowadzona do ustroju czy to drogą podskórną, czy pod opony, pozostawia ponadto w ustroju stan t. z. nadwrażliwości (anafilaksyi), który może w ukryciu trzymać się latami, by przy nadarzającej się sposobności wybuchnąć i to w postaci nieraz bardzo ciężkiej. A sposobnością tą może być późniejsza kiedykolwiek potrzeba stosowania surowicy w toku błonicy, tężca, prawdziwego zapalenia opon mózgowych i t. d. i t. d.

Z wyżej przytoczonych względów nie należy mojem zdaniem, jakto radzi reskrypt Namiestnictwa, »po wypuszczeniu przez lędźwiowe nakłucie około 20 cm^3 nie wyjmując igły wstrzykiwać przez nią surowicę«, ale przeciwnie należy, wypuściwszy płynu około 20 cm^3, igłę wyjąć, płyn posłać do pracowni bakteryologicznej i dopiero uzyskawszy z pracowni odpowiedź, że w przesłanym płynie stwierdzono obecność meningokoka, co w ciągu tego samego dnia stać się może, wtedy dopiero wstrzyknąć surowicę przeciwmeningokokową. Na wynik rozbioru bakteryologicznego należy tembardziej czekać i dopiero w razie dodatniego wyniku surowicę swoistą wstrzykiwać, że wstrzykiwanie surowicy przeciwmeningokokowej należy w potrzebie ponawiać, a więc można chorego narazić nietylko na »meningitis serica«, ale już od drugiego wstrzykiwania począwszy na chorobę surowiczą (»Serumkrankheit«), na owe ciężkie powikłania z nadwrażliwości. Że niepotrzebnie stosowana surowica przeciwmeningokokowa może wywoływać ciężkie zaburzenia, a nawet i zejście śmiertelne, zwracał uwagę Widal na ostatnim kongresie w Paryżu.

O tych szczegółach powinni pamiętać lekarze-praktycy w toku seroterapii zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i dlatego o nich na tem miejscu mówiłem.

Oceny i sprawozdania.

Odpowiedź na krytykę Prof. Bylickiego pod tytułem: »Kilka słów o podręcznikach położnictwa dla położnych z powodu książeczki Prof. Dr Adama Sołowija: Nauka położnictwa dla położnych«.

W Nr 21 »Przeglądu lekarskiego« z d. 27. maja 1911 w rubryce »Oceny i sprawozdania« pojawiła się krytyka mojego podręcznika »Nauka położnictwa dla położnych w krótkim zarysie«, napisana przez Prof. Bylickiego.

Na wstępie swej krytyki podnosi Prof. Bylicki trudność napisania dobrego podręcznika do nauki położnictwa dla położnych o nizkim poziomie inteligencyi i ubolewa, że do szkół położnych przyjmuje się uczennice o nizkim poziomie. Już przed 9 laty dałem wyraz temu ubolewania godnemu stanowi, jednakowoż jako zwolennik nietylko idealnych, lecz także realnych usiłowań, muszę się liczyć z faktycznymi stosunkami, t. j. z takim materyałem uczennic szkół położnych, jaki jest w rzeczywistości obecnie i będzie jeszcze przez długie lata w naszym kraju, więc pisząc podręcznik, musiałem się zastosować do rzeczywistego materyału uczennic i ograniczyć wymagania wiedzy teoretycznej do najskromniejszych granic, by ułatwić uczennicom możność jej zrozumienia i objęcia pamięcią. Równocześnie położyłem główny nacisk na praktyczne wyćwiczenie uczennic w aseptyce, podpieraniu krocza, racyonalnem traktowaniu okresu łożyskowego, zapoznając je równocześnie z najważniejszemi powikłaniami ciąży, porodu i połogu i wpajając w nie równocześnie jak największą odpowiedzialność, ażeby w każdym nieprawidłowym przypadku wzywały jak najprędzej lekarza. W ten sposób wykształcone i takim choć skromnym zasobem wiedzy wyposażone położne mogą zdaniem mojem pożytecznie spełniać swój zawód i jeźli gdzie, to w naszym kraju najbardziej ich potrzeba, bo u nas stosunki są wprost opłakane i zaledwie jedna czwarta część wszystkich porodów odbywa się przy pomocy położnych.

A teraz przejdźmy do poszczególnych zarzutów.

Już sam tytuł nie podoba się Prof. Bylickiemu. »Jeżeli autor tej książeczki chciał sobie ułatwić pracę śród najgorszego materyału i dla najniższego poziomu go przeznaczył, to mogła ona w postaci litograficznego zeszytu służyć do użytku czysto domowego, nie wychodząc poza mury szkoły pod szumnym tytułem »nauki położnictwa«.« Stwierdzam zatem, że tytuł mojego podręcznika opiewa dosłownie: »Nauka położnictwa dla położnych w krótkim zarysie«, że zatem z góry zapowiada swoje skromne rozmiary, cel zaś jego określa jasno przedmowa, a treść odpowiada w zupełności zamierzonemu przeznaczeniu.

Prof. Bylicki sądzi, że »aseptyka jest jak cała reszta niedostatecznie nawet dla najskromniejszych wymagań traktowana«. Otóż na to odpowiadam, że jeżeli co, to aseptyka jest osią praktycznego wykształcenia i tak samo, jak nikt jeszcze nie stał się operatorem przy zielonym stoliku, tak samo żadna położna nie nauczy się aseptyki z podręcznika, tylko wśród ciągłego praktycznego ćwiczenia się w jej zastosowaniu!

Mogę upewnić Prof. Bylickiego, że uczennice mojej szkoły wiedzą dokładnie, jak należy w rozczynie sody gotować szczotki, nożyczki, cewnik i tasiemki, wiedzą jednak równocześnie, że i bez sody można to skutecznie uczynić. Uczennice mojej szkoły wiedzą także dokładnie, w jaki sposób odbywa się wyjałowienie waty i gazy, nie urządzają jednak tego »nad garnkiem«, lecz mają wpojoną w pamięć przestrogę, by później w praktyce używały tylko takiej waty i gazy, która daje pewność, że jest należycie wyjałowiona i odowiednio opakowana. W podręczniku zaś niema o tem mowy, że szczotki, cewnik, nożyczki i tasiemki należy gotować lub poddać dłuższemu działaniu pary gorącej, lecz na str. 27 w ustępie »przygotowania do porodu« jest całkiem wyraźnie powiedziane, że te przedmioty mają być wygotowane, a o gorącej parze niema tam ani słowa! Natomiast na str. 71, gdzie mowa o zapobieganiu gorączce połogowej, znajduje się ustęp, przypominający położnej, że »przybory lub opatrunki, które się mają zetknąć z ciałem rodzącej, należy przedtem przez 10 minut wygotować lub poddać dłuższemu działaniu pary gorącej«, co ma być dla położnej przypomnieniem, że wolno jej używać tylko przyborów wygotowanych (jak na str. 27 było podane) i tylko tych w handlu będących opatrunków, które zostały wyjałowione zapomocą gorącej pary. — Widocznie zatem mój podręcznik nie jest »mało czemś więcej, niż spisem rzeczy«, lub tylko »wyciągiem z wyciągów«, skoro nawet tak krytyczny sprawozdawca, jak Prof. Bylicki, nie przeczytał go dokładnie, w przeciwnym razie nie byłoby mu się przytrafiło także twierdzenie, że »o sublimacie niema w nim mowy«. Tymczasem na str. 16 podręcznika znajduje się następujący ustęp: »Najsilniejszym środkiem odkażającym jest sublimat w rozczynie 1 grama na tysiąc gramów wody, wolno go jednak używać do odkażania rąk tylko na wyraźne zlecenie lekarza, przyczem powinna położna zawsze pamiętać, że sublimat jest bardzo silną trucizną«. Prof. Bylickiemu powinno być także wiadome, że już przed 9 laty domagałem się obowiązkowego zaprowadzenia sublimatu w celu odkażania rąk położnych w praktyce, ponieważ jednak dotychczas obowiązujące przepisy służbowe dla położnych nie dopuszczają sublimatu w praktyce położnych, więc jako nauczyciel muszę się z nimi liczyć i mogę zalecać w podręczniku używanie sublimatu tylko z zastrzeżeniem wymienionej ostrożności. W mojej szkole jednak nie wolno uczennicom inaczej badać rodzących, jak po wyjęciu rąk z pięciominutowej kąpieli w rozczynie sublimatu (1: 1000).

Do braków aseptyki zalicza Prof. Bylicki także »pominięcie przestrogi, by nie odprowadzać do macicy pępowiny wypadniętej na zewnątrz przed części rodne«. Przestrogi tej, ogólnikowo wypowiedzianej, w zupełności nie uznaję, bo nie zgadzam się na wydanie wyroku śmierci dla płodu, jeżeli jest jeszcze możność ratowania jego życia. Pod jakim zaś warunkiem i w jaki sposób wolno położnej przystąpić do odprowadzenia wypadniętej pępowiny, poucza ją całkiem dokładnie str. 57 podręcznika.

Prof. Bylicki gorszy się dalej, że przez kość krzyżową przebiega kanał, w którym się mieści rdzeń kręgowy. A przecież trzeba było położnej w jakiś przystępny sposób powiedzieć, co w tym kanale się mieści, a mogłem to tem spokojniej w ten sposób określić, że i nasz »Słownik lekarski polski« tłomaczy »cauda equina« przez »koniec rdzenia (ogon koński)«. Przecież nie można było powiedzieć w podręczniku dla położnych, że nerwy lędźwiowe, krzyżowe i ogonowe łączą się razem w tak zwany ogon koński i tworząc przedłużenie rdzenia kręgowego przebiegają przez kanał kości krzyżowej lub wyliczyć zawartość tego kanału, n. p. według Waldeyera (Das Becken, str. 149 od lit. a, aż do lit. h).

Prof. Bylicki podsuwa mi twierdzenie, że poszczególne części miednicy zrastają się ze sobą tylko w panewce stawu biodrowego. Tymczasem na str. 4 mojego podręcznika znajduje się następujący zgodny z rzeczywistością ustęp: »Kości boczne składają się pierwotnie w wieku dziecięcym z kości biodrowej, siedzeniowej i łonowej, które zrastają się później ze sobą w panewce stawu biodrowego. Połączenie kości bocznych ze sobą od przodu tworzy spojenie łonowe, od tyłu łączą się kości boczne z kością krzyżową«.

Także porównanie miednicy małej z pierścieniem kostnym od przodu wklęsłym, a od tyłu wypukłym, niepodoba się Prof. Bylickiemu. A jednak miednica mała, z boku widziana, przedstawia odpowiednio do wygięcia kości krzyżowej i przebiegu osi miednicy kształt wymieniony i musi być coś prawdy w tem, bo podobną definicyę znajduję także n. p. u Spätha (Lehrbuch der Geburtshilfe für Heb-

ammen, str. 28): »Der Beckenkanal erscheint daher in der Mitte nach rückwärts ausgebaucht und der Aushöhlung des Kreizbeines entsprechend gleichsam um die Schossfuge gekrümmt«.

Zbyt małostkowa wydaje mi się uwaga Prof. Bylickiego, odnosząca się do łożyska i pępowiny, więc ją pomijam i przechodzę do zakwestyonowania wartości mierzenia obwodu miednicy. Prof. Bylicki sądzi, że »mierzenie obwodu miednicy może być uzupełnieniem zupełnie wyczerpanego innego mierzenia, że jednakowoż samo dla siebie niema żadnej wartości«. Wobec tego zechce Prof. Bylicki przyjąć do wiadomości, że tak znakomity położnik, jakim był Späth, przywiązywał znaczenie do wymiaru obwodu miednicy i wszyscy jego uczniowie, do których i ja razem z Piskačkiem mam zaszczyt się zaliczać, mieli sposobność na obfitym materyale klinicznym poznać wartość mierzenia obwodu miednicy, nie potrzebuję zatem dopiero teraz robić doświadczeń w tym kierunku. Prof. Bylicki przedstawia rzecz w ten sposób, jakobym ja uczył położne mierzenia obwodu miednicy, jako »jedynego« jej badania. Tymczasem na str. 46, która podobnie, jak wiele innych, widocznie uszła uwagi Prof. Bylickiego, znajduje się w ustępie o miednicy ścieśnionej cały szereg charakterystycznych objawów i sposobów ułatwiających położnej rozpoznanie miednicy ścieśnionej podczas porodu. Mierzenie obwodu miednicy jest więc tylko jednym ze sposobów rozpoznania miednicy ścieśnionej, w każdym razie jednak bardzo prostym i cennym, zwłaszcza dla położnej.

Prof. Bylicki popełnił wielką nieostrożność, zarzucając mi w swej krytyce, że »jest nieprawdą, aby przy prawidłowym porodzie czaszkowym poprzedzało ciemiączko małe«. Jest rzeczą smutną, że nawet z powodu oklepanych i utartych pojęć, jak sprawa mechanizmu przy porodzie czaszkowym, trzeba prowadzić dyskusyę, skoro jednak została mi ona narzucona, więc muszę przypomnieć, że kręgosłup nie jest przymocowany w środku podstawy czaszki, lecz bliżej kości potylicznej, skutkiem tego główka, posuwając się coraz niżej w miednicy, obniża się skutkiem oporu części miękkich coraz bardziej tyłogłowiem, a więc i ciemiączkiem małem ku dołowi. Dla przykładu odsyłam do podręcznika Bumma (Grundriss zum Studium der Geburtshilfe 1902, str. 199, Fig. 179), gdzie na str. 200—201 czytamy: »Nach dem Gesagten kann somit bei Primiparen in der Regel von einem besonderen Eintrittsmechanismus nicht die Rede sein. Der Kopf steht, wenn die Treibwehen ansetzen, bereits mit gesenktem Hinterhaupt tief im Becken. Wo dagegen der Kopf während der Eröffnungsperiode noch über oder nur lose auf dem Beckeneingang stand, wird ein Eintrittsmechanismus beobachtet und er besteht darin, dass der vorrückende Kopf sich stärker beugt, das Hinterhaupt tiefer tritt und zum vorausgehenden Theil wird«. Podobnie przedstawiają mechanizm porodu czaszkowego Olshausen i Veit (Lehrbuch der Geburtshilfe 1899), krótko mówiąc wszystkie znane i uznane podręczniki położnictwa na całym świecie od bardzo dawnych aż po dzisiejsze czasy, a więc i ja nie mogłem go inaczej przedstawić! Pytam się zatem, jaką bardziej charakterystyczną cechę prawidłowego porodu czaszkowego można podać położnej, jak tę, że przy badaniu wewnętrznem powinna stwierdzić ciemiączko małe na najniżej znajdującej się, a więc poprzedzającej części główki, t. j. tyłogłowiu?

Cechy prawidłowego okresu łożyskowego są krótko, lecz wyraźnie na str. 22 i 24 w ustępach »rozmiary macicy zaraz po urodzeniu się płodu« i »odklejanie się łożyska« podane, a polecone przezemnie kontrolowanie dna macicy, lecz bez niepotrzebnego jej nacierania, jest powszechnie przyjętą najracyonalniejszą zasadą postępowania w okresie łożyskowym.

Prof. Bylicki twierdzi, że »macica musi dnem wznosić się w górę w miarę obniżania się łożyska przez szyję do pochwy i że bez kropli krwi może dnem dosięgnąć do podżebrza, zwykle prawego«. Ładnie wyglądałaby ta rodząca i dydaktyczne wyniki szkoły położnych, której wychowanki zostałyby wyszkolone w pojęciu, że to nie szkodzi, gdy macica dosięga dnem do podżebrza!

Różnica między dyetą płynną, przezemnie w pierwszych 5 dniach połogu poleconą, a dyetą głodową dawniejszych czasów, stosowaną przez pierwsze tygodnie połogu, jest tak wielka, że dowcip o ziółkach ślazu, perzu i lukrecyi całkiem niewłaściwie został do niej zastosowany.

Także powątpiewanie Prof. Bylickiego o większej częstości krwawienia pochodzącego z pęknięć pochwy, niż z przedarcia szyi macicy, nie jest uzasadnione, bo u wieloródek pękają nierzadko żylaki w pochwie, podczas gdy u pierwiastek pęknięcia, zwłaszcza w dolnej części pochwy (nieraz w związku z tak częstem pęknięciem krocza) bywają tak częste, liczne i głębokie, że wywołują wogóle częściej krwawienia, niż przedarcia szyi macicy, choćby także dlatego, że szyja macicy pęka u pierwiastek z końcem pierwszego okresu porodowego i zanim nastąpi poród, upływa tak wiele czasu, że przedarcia szyi macicy zwykle już nie krwawią.

Wreszcie i język podręcznika nie podoba się Prof. Bylickiemu. Być może, że są w nim pewne naleciałości czternastoletniego pobytu wśród otoczenia niemieckiego, zdaje mi się jednak, że nie są one tak rażące, ażeby trzeba było koniecznie o nich wspominać. W każdym razie zaś należało dosłownie przytoczyć zwrot, który, jak sądzi Prof. Bylicki, »najlepiej się udał«. Mianowicie na str. 29 dałem takie określenie prawidłowych odchodów połogowych: »Zapach odchodów połogowych powinien być mdły, a nigdy cuchnący«; niema w tem zatem tej sprzeczności słownej, jaka się mieści w niedokładnym cytacie Prof. Bylickiego: »Zapach odchodów połogowych nie powinien być cuchnący«.

W ten sposób wykazałem, że wszystkie zarzuty Prof. Bylickiego są wręcz nieuzasadnione. Krytyka powinna być przedmiotowa, sumienna i lojalna, więc bezstronny czytelnik oceni, co należy sądzić o zarzutach, opartych przeważnie na niedokładnem cytowaniu tekstu lub na słowach i zdaniach wyrwanych z całości. Takie zarzuty zwracają się przeciw temu, kto je wymierzył. Daleki od przekonania o doskonałości mojego podręcznika, byłem z góry przygotowany, że niejedno w nim da się jeszcze poprawić i dlatego jestem gotów dla dobra sprawy przyjąć wszelkie życzliwe wskazówki, byle nie były tym duchem, co krytyka Prof. Bylickiego, owiane. Prof. Dr A. Sołowij.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Guleke. **Doświadczalne badania nad tężyczką.** (Arch. f. klin. Chir. 94, III.). Doświadczenia autora, przeprowadzone na psach i kotach, dowodzą pewnego antagonizmu między gruczołami przytarczycznymi, a nadnerczami i gruczołem tarczowym. Tak np. po usunięciu gruczołów przytarczycznych wybucha zwykle u zwierząt tężyczka. Otóż jeżeli wtedy usunie się nadnercza, tężyczka ustępuje i aż do śmierci zwierzęcia się nie zjawia. Natomiast nie następuje to lecznicze niejako działanie wyjęcia nadnerczy na tężyczkę, jeżeli pozostały w ustroju pewne części funkcyonujące tarczycy, co dowodzi wybitnego antagonizmu tarczycy i gruczołów przytarczycznych. K.

Bering i Meyer. **Doświadczalne badania nad uczulaniem na promienie Röntgena zapomocą przegrzewania.** (Münch. med. Woch. 1911, Nr 19). Dotychczasowe próby z uczulaniem tkanek na działanie promieni Röntgena przez ucisk, wstrzykiwania eozyny, choliny, lecytyny, chininy i t. p. nie dały wyników dodatnich, natomiast zauważono, że przegrzewanie (termopenetracya) zwiększa bardzo działanie promieni. Autorzy przeprowadzili badania kon-

trolne na jądrach królika i w istocie przekonali się, że poprzednie przegrzewanie zwiększa kilkakrotnie siłę działania promieni X. K.

Glaser. **Ogólne podstawy rozpoznania, wskazań i leczenia kamicy żółciowej.** (Münch. med. Woch. 1911, Nr 19). Praca Glasera jest niejako odpowiedzią na wywody Kehra w sprawie leczenia kamicy żółciowej (M. m. W. Nr 12). Dażeniem naszem powinno być umieć rozpoznawać kamicę wczas, a nie spierać się, czy w stadyach późnych leczyć ma internista, czy chirurg. Zdanie Kehra, że wyleczenia internistyczne są tylko pozorne, a w 80% sprawa przycicha sama i bez leczenia, jest o tyle niesłuszne, że sama zasada leczenia polega właśnie na tem, by pomagać naturze, a wywołanie przyciszenia choroby, trwającego latami, ma dla chorego niemniejsze znaczenie, niż wyleczenie np. przez operacyę, która po pewnym czasie dać może taksamo nawroty, zrosty i t p. Podług Glasera bardzo źle postępują chirurdzy, wycinając zawsze bez wahania woreczek żółciowy, który jest narządem potrzebnym i chroniącym od przepełnienia i zastoju w drogach żółciowych. Wreszcie broni Glaser chologenu, dowodząc, że w wielu przypadkach działa on znakomicie leczniczo, wywołując rozpuszczanie się częste cholestearyny. Obowiązkiem internisty jest w początkach zapobiegać i leczyć chorobę, a nie skazywać chorych ze względu na znaczny postęp chirurgii w każdym przypadku na operacyę. K.

Dentystyka.

Zilz. **Formicyna i jej zastosowanie przy amputacyi miazgi zębowej.** (Ash's Wiener Vierteljahrs. Luty 1911). Autorowi nie chodzi o wprowadzanie nowego sposobu leczniczego, raczej wraca się on w całej sprawie leczenia i stosowania leku wstecz do czasów wprowadzonej przez Adolfa Witzla amputacyi miazgi, oraz do czasów zastosowania formaliny przy zaopatrywaniu komory miazgowej i kanałów korzeniowych. Całą zasługę wprowadzenia metody formaldehydowej złożył autor na barki Bönneckena (kiedy w rzeczywistości, co z całym naciskiem zaznaczyć muszę, W. Łepkowski z Krakowa pierwszy niezależnie od Mariona i Forschmana w 1895 formalinę do stomatologii wprowadził, co zresztą sam Bönnecken mu przyznaje. [Centr. f. Ch. 1896/2 Nr 36, str. 863]. Przyp. sprawozd.). Autor zachęcony wynikami Bartholdyego, który stosował formicynę zamiast zawiesiny jodoformowo-glicerynowej w leczeniu gruźlicy stawów, postanowił zastosować ją także w dentystyce, tembardziej, że własnościami swojemi przewyższa ona swoją macierz, formaldehyd, a w działaniu wcale mu nie ustępuje. Formicyna jestto połączenie formaldehydu z acetamidem, zawierające około 32% formaliny. Formuła powstawania formicyny jest albo

$$CH_3\,COH\left\langle \begin{matrix} H \\ CH_2\,OH \end{matrix}\right.$$

albo

$$CH_3\,C\left\langle \begin{matrix} H-CH_2OH \\ OH \end{matrix}\right.$$

Formicyna jest cieczą oleistą, barwy jasnożółtej, o cięż. gat. 1·13—1·16, bardzo hygroskopijną, mimo to można ją otrzymać w postaci krystalicznej, chociaż z trudnością. Przypomina wonią aminy, a smak ma kwaśnogorzki. Oddziaływa kwaśno, a rozpuszcza się w każdym stosunku w wodzie, alkoholu, chloroformie; w glicerynie rozpuszcza się obficie. Do celów dentystycznych wyrabia ją firma Kalle & Co. w Biebreich we flakonach po 10—25 grm. Formicyna rozszczepia się w ciepłocie 25° C. zwolna na formaldehyd i acetamid, o wiele łatwiej w wyższej t. j. w ciepłocie ciała, a zupełnie przy gotowaniu, przyczem wydzielanie się czystego formaldehydu jest łagodne i powolne, skąd właśnie pochodzi brak zadrażnienia tkanek. Ta właśnie własność formicyny powolnego rozszczepiania się na części składowe nadaje jej, według autora, główne znaczenie, bo wtedy formaldehyd wydzielający się odkaża komorę miazgową i kanaliki zębów trwale przez cały czas działania, a acetamid znieczula resztki miazgi tkwiące w kanalikach, po części wstrzymując rozwój drobnoustrojów. Formicyna według badań Kocha w Aach wykazała silne własności bakteryobójcze, wzmagające się z podwyższeniem ciepłoty. Według badań Prof. Fürtha i jego asystenta Mayersteina jest ona zupełnie nietrująca.

Przy amputowaniu miazgi postępował autor według wskazówek Bönneckena w 950 przypadkach z bardzo dobrym wynikiem, bo tylko 2% było nieudałych. W doświadczeniach swych stosował autor u jednej i tej samej osoby na jednogatunkowych zębach równocześnie formalinę i formicynę i gdy stosowanie formaliny wywoływało z reguły podrażnienie ozębnej, nawet okostnej, trwające nawet tygodnie, to formicyna nie dawała wcale tych objawów, a badanie operowanych zębów prądem elektrycznym według Schrödera również świadczyło na niekorzyść formaliny. Autor zwraca uwagę na to, że zęby traktowane formicyną dają zupełną pewność spokojnego zachowywania się jako piloty pod korony mostkowe, natomiast zaopatrywane formaliną tej pewności nie dają. W pracy swej autor wspomina tylko o zębach dotkniętych przez zwykłe i ropne zapalenie miazgi; czy stosował to postępowanie w innych formach zapalenia miazgi, a zwłaszcza w zgorzeli miazgi, nie podaje.

W końcu streszcza autor własności formicyny jako przetworu formalinowego, mającego własność wydzielania czynnej formaliny przez czas długi, jako środka zupełnie niedrażniącego tkanek sąsiednich, łatwo dyfundującego i odkażającego pozostałe tkanki, wskutek swych własności hygroskopijnych wysuszającego tkanki, t. j. posiadającego własności mumifikacyjne, nie rozkładającego się prawie w ciepłocie pokojowej. Formicyna nie niszczy narzędzi, nie zabarwia tkanki zębowej, będąc substancyą oleistą, przylepia się silnie do ścian komory zęba i kanalików, a przez to znakomicie je uszczelnia, a wreszcie, mając kojące ból własności acetamidu, usuwa nieprzyjemne uczucie podrażnienia przez formalinę. Zęby traktowane formicyną należy operować pod kofferdamem, wypełniać je amalgamatem po zastosowaniu t. zw. kąpieli formicynowej, z następowem założeniem pasty formicynowej, którą nakrywa się tamponikiem waty asbestowej, pokrywając ją warstwą cementu, a ten dopiero właściwą plombą amalgamatową, gdyż według doświadczenia Bönneckena zwykły cement Harvarda nie jest szczelny i łatwo niweczy przez to działanie formicyny, resp. formaldehydu. Dr Janusz Wisłocki.

Położnictwo i ginekologia.

W. Wargasowa. **Przyczynek do kazuistyki wynicowania macicy.** (Russkij Wracz. 1911, Nr 17). Do W. zgłosiła się chora włościanka, w wysokim stopniu niedokrwista, z obrzękiem twarzy i nóg. Wywiady: Miesiąc temu odbyła poród po raz pierwszy. Natychmiast po urodzeniu się dziecka, obecna przy chorej babka wiejska wprowadziła rękę do wnętrza macicy i pociągając za łożysko, wynicowała macicę. Chora straciła przytomność; ocknęła się z omdlenia dopiero na drugi dzień. Wówczas dowiedziała się, że miała bardzo silny krwotok. Krwawienie w mniejszym stopniu trwało w ciągu 3 tygodni. Cały ten czas chora gorączkowała i doświadczała bolu brzucha. Obecnie krwawienie powtarza się naprzemian z upławami. Badanie chorej wykazało w pochwie obecność guza ruchomego, niezbyt bolesnego, kształtu gruszki. Powierzchnia guza krwawi przy najlżejszem dotknięciu. Ujść jajowodów nie udało się znaleźć. Badanie oburęczne wykryło nad guzem lejkowate zagłębienie, otoczone twardym wałem. Po kilkodniowem leczeniu przedwstępnem zapomocą ergotyny, gorzknika (hydrastis), tamponów z 10% jodku potasowego w glicerynie, ciepłych natrysków z roczczynu nadmanganianu potasowego, spróbowała W. dokonać odnicowania zapomocą rękoczynu

Denuce w uśpieniu chloroformowem, ale bezskutecznie. Wówczas dokonała W. operacyi według sposobu Piccoli-Boreliusa: Zapomocą 2 grubych podwiązek w okolicy dna, macica wynicowana została pociągnięta silnie ku górze i przodowi; po rozcięciu poprzecznem zatoki odbytniczo-macicznej wprowadzono palec lewej ręki od strony jamy brzusznej do zagłębienia lejkowatego. Następnie rozcięto nożyczkami szyjkę i tylną ścianę macicy prawie do samego dna. Po tym zabiegu udało się z łatwością odnicować macicę. Scianę macicy zeszyto katgutem; macicę odprowadzono przez otwór tylnego sklepienia do jamy brzusznej. Do macicy i do rany sklepienia wprowadzono sączki z gazy. Po operacyi ciepłota podnosiła się w ciągu 10 dni do 39° i wyżej; następnie zaś ustały wszelkie dolegliwości i operowana opuściła szpital w doskonałym stanie zdrowia.

M. Pietkiewicz.

Loiacono. **W sprawie gruźlicy przydatków.** (Arch. f. Gyn. t. 93, zesz. II.). Dotychczasowe badania, spostrzeżenia kliniczne i doświadczenia na zwierzętach są tak sprzeczne, że istnienie pierwotnej gruźlicy narządu rodnego u kobiet jest co najmniej wątpliwe. Objawy podmiotowe i przedmiotowe nie są wcale charakterystyczne i nie różnią się zwykle od tych, które wogóle występują przy innych także cierpieniach przydatków macicy. Z tego właśnie powodu rozpoznanie jest trudne, prawie niemożliwe. Rokować należy bardzo ostrożnie. Co się tyczy leczenia, to niema zgody między autorami; jedni radzą zawsze operować, drudzy uznają także leczenie zachowawcze; jedni są za operowaniem doszczętnem, inni za wycięciem tylko części chorobowo zmienionych. Autor podaje historye choroby i omawia krytycznie 12 przypadków, z których przeważna część (10) znajdowała się między 20—37 r. ż., a więc w okresie życia płciowego. 7 chorych nie przekroczyło jeszcze 3 lat pożycia małżeńskiego w chwili operacyi. Prawie u wszystkich stwierdzono pierwotne zajęcie płuc. 8 kobiet było bezdzietnych, fakt, na który prawie wszyscy autorzy zwracają uwagę. Jedna tylko rodziła 2 razy, jedna raz, a jedna roniła raz. W wielu przypadkach stwierdzono niedokształt całego narządu rodnego. Z głównych objawów najczęściej zauważono zaburzenia w miesiączkowaniu, nieprawidłowe krwawienia, upławy i bole o różnem nasileniu w okolicy przydatków. Objawów, wskazywać mogących na gruźlicę, jak gorączka, poty i in., nie zauważono. Badanie bakteryologiczne wydzieliny macicznej wypadało zawsze ujemnie. Zgodnie z innymi autorami stwierdzono szczególną skłonność prątków gruźliczych do sadowienia się w jajowodach, którą tłómaczą licznymi fałdami i małą żywotnością śluzówki jajowodu; prócz tego brak jej tej odporności, jaką okazuje śluzówka macicy, odnawiająca się prawie przy każdem miesiączkowaniu, brak również płaskiego, wielowarstwowego nabłonka, jaki posiada śluzówka pochwy. Jajniki rzadko tylko są zajęte, nawet i wtedy, gdy jajowody uległy zmianom. Zajęte przydatki tworzą zazwyczaj jeden duży guz, który z powodu licznych zrostów bardzo trudno oddzielić. Jajowód wypełniony jest zwykle masą serowatą, a jego śluzówka zniszczona. 3 chore zmarły zaraz po operacyi. Przyczyna tak złych wyników leży częścią w równoczesnem zajęciu płuc, a częścią w tem, że chore zgłaszają się do ginekologów zwykle bardzo późno. Leczenie w przypadkach autora było zawsze operacyjne i polegało w 8 na obustronnem, a w 3 na jednostronnem wyjęciu przydatków; w jednym przypadku pozostał prawy jajnik. Jajniki należy wogóle zostawiać gdzie i o ile tylko można, w przeciwieństwie do jajowodów, które zawsze należy usuwać doszczętnie.

E. Ehrenpreis.

Nowak Józef. **Przyczynek do leczenia zmiękninenia kości adrenaliną.** (Arch. f. Gyn. t. 93, zesz. II.). Adrenalinę (Takamine $^{1}/_{1000}$) stosowano w 8 przypadkach w postaci wstrzykiwań podskórnych w ilości $^{1}/_{2}$—1 cm³ codziennie lub z przerwami dwudniowemi i kilkudniowemi; ilość wstrzykiwań wahała się między 8—13. Wyniki lecznicze nie potwierdziły wprawdzie entuzyastycznych pochwał Bossiego, nie były jednak złe. Tylko w 3 przypadkach można było stwierdzić korzystny wpływ adrenaliny, natomiast w innych nie zauważono żadnej poprawy, lub tylko lekkie zmniejszenie się bolów w kościach. W jaki sposób należy tłómaczyć wpływ adrenaliny na samą chorobę, N. nie rozstrzyga. Powyższe wyniki autora i innych badaczy nakazują w każdym przypadku przed wykonaniem operacyi (castratio) spróbować działania nadnercza, które ze środków zachowawczych — obok fosforu — z pewnością zasługuje na uwzględnienie. W końcu radzi N. dla uzupełnienia leczenia zachowawczego czy operacyjnego, zastosować w każdym przypadku zmięknienia kości równocześnie leczenie ortopedyczne, które wobec podatności kości przy tej chorobie może przeciw różnym ich zniekształceniom oddać bardzo dobre usługi.

E. Ehrenpreis.

I. Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego w Łodzi w dniu 4. i 5. czerwca 1911.

Rezolucye Zjazdu.

1) Podniesienie szpitalnictwa w Królestwie Polskiem do poziomu współczesnych wymagań wiedzy lekarskiej może nastąpić jedynie przez zaprowadzenie samorządu ziemskiego i miejskiego w najszerszym zarkesie.

2) Tymczasem dążyć należy do pewnych zmian na lepsze w naszych szpitalach drogą inicyatywy prywatnej przy pomocy energicznych usiłowań jednostek, oraz wystąpień zbiorowych.

3) Pod tym względem oddać mogą sporą usługę Towarzystwa lekarskie przez rozpatrywanie spraw lekarskich na swoich zebraniach, przez wyszukiwanie i wskazywanie odpowiednich dróg do zmian na lepsze.

4) Drogą inicyatywy prywatnej dążyć do zakładania w miastach powiatowych szpitali dziecięcych, z uwzględnieniem współczesnych wymagań wiedzy, mianowicie specyalnych pawilonów dla poszczególnych chorób, osobniczych izolowań chorych, oraz zabezpieczenia przed przeniesieniem zarazy do szpitali z zewnątrz przez osoby, odwiedzające chorych.

5) Podstawy naukowe szpitalnictwa psychiatrycznego w Królestwie Polskiem powinny być opracowane przez odpowiednie zrzeszenia fachowe. Wobec tego wnioski Dra Chodźki, dotyczące stanu opieki nad umysłowo chorymi w Królestwie Polskiem, Zjazd przekazuje Komisyi stałej Zjazdów lekarzy prowincyonalnych z Królestwa Polskiego, oraz Komisyi stałej Zjazdów neurologów i psychiatrów polskich.

6) Wobec tego, że warunki pracy lekarzy prowincyonalnych są bardzo ciężkie, a byt materyalny w większości przypadków jest bardzo niedostateczny, dążyć należy do zmiany warunków na lepsze, z jednej strony drogą odpowiedniego przygotowania fachowego, przystosowanego do potrzeb lekarzy prowincyonalnych przy pomocy odpowiedniej organizacyi przy szpitalach dla lekarzy początkowych, oraz przez urządzenie kursów praktycznych, z drugiej strony przez zrzeszanie się w celach naukowych, etycznych i materyalnych.

7) Ze względu na to, iż ciężkie warunki pracy lekarskiej na prowincyi w znacznym stopniu zależne są od stanu kultury ludu naszego, udział lekarzy w pracy nad podniesieniem kultury i oświaty szerszych mas jest jaknajbardziej pożądany.

8) Lekarze prowincyonalni w obecnych warunkach mogą zabezpieczać swój byt materyalny tylko do pewnego stopnia i tylko przez składanie oszczędności w odpowie-

dnich kasach, n. p. warszawskiej Kasie pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy, ubezpieczeń na życie i od wypadków.

9) Sprawa należytego zabezpieczenia bytu materyalnego lekarzy stać się powinna przedmiotem obrad, jako sprawa programowa. Wobec tego wszystkie wnioski, dotyczące tej sprawy, przekazuje się Komisyi stałej Zjazdu lekarzy prowincyonalnych.

10) Stosunki lekarzy wzajemne do siebie i do pacyentów powinny być regulowane przez Towarzystwa lekarskie, za przykładem Tow. lekarskiego radomskiego i innych.

11) Wobec braku celowej organizacyi pomocy lekarskiej dla ludu w naszym kraju, lekarze prowincyonalni, szczególnie zamieszkali po osadach i w mniejszych miastach, gdzie niema szpitali, powinni pomyśleć sami o utworzeniu chociażby w najętym w tym celu domu czasowego przytułku dla chorych i o daniu im możności leczenia się. Takie zapoczątkowanie ułatwi w przyszłości powstawanie racyonalnie urządzonych szpitali, które jedynie mogą naszemu wieśniakowi nieść rzetelną pomoc w jego chorobie.

12) Nader opłakany stan obecny rzeczoznawstwa sądowego lekarskiego wogóle, w szczególności zaś na prowincyi, wymaga wielkich reform prawodawczych.

13) W celu pewnej poprawy stanu rzeczoznawstwa pożądane jest oddzielenie funkcyi lekarsko-sądowych od czynności lekarsko-administracyjnych.

14) Akcya, dążąca do urządzenia przy sądach okręgowych odpowiednio zaopatrzonych w narzędzia pokojów do badań sądowych, powinna być podjęta w kraju całym przez lekarzy rzeczoznawców w sposób, zależny od warunków miejscowych.

15) W przypadkach tak zwanych nerwic urazowych wymagać należy przed wydaniem opinii bezwzględnej obserwacyi sześciotygodniowej w szpitalu lub lecznicy prywatnej. Obserwacya ma być dokonywana przez lekarzy, wyznaczonych przez sąd.

16) Wydawanie ostatecznych orzeczeń o wynikach uszkodzenia przy pracy nie powinno nadal obowiązywać lekarza fabrycznego, zarówno wtedy, gdy robotnicy danej fabryki są ubezpieczeni w Towarzystwie asekuracyjnem, jak i wtedy, gdy przemysłowiec sam płaci odszkodowanie poszwankowanym robotnikom.

17) W środowiskach fabrycznych winny powstać biura ekspertyz lekarskich, złożone z kilku członków, mających prawo w razach wątpliwych uciekać się do pomocy specyalistów. Orzeczenia biura mogą być płatne.

18) Uchwały powyższe, dotyczące rzeczoznawstwa fabrycznego, powinny być zakomunikowane wszystkim lekarzom w Króletwie, oraz przemysłowcom i działającym Towarzystwom ubezpieczeń.

19) Zanim powstaną biura ekspertyz lekarskich, Zjazd nawołuje lekarzy do specyalizowania się w zakresie rzeczoznawstwa fabrycznego.

20) Wobec małej liczby danych statystycznych, dotyczących stanu zdrowia ludności w Królestwie, pożądane jest wyzyskiwanie i opracowanie takich danych, które są już w rozporządzeniu lekarzy. Do tej kategoryi zaliczyć należy obfity materyał co do stanu zdrowia robotników, przyjmowanych do pracy w fabrykach. W samej bowiem Łodzi dokonano oględzin około pół miliona od r. 1893 do ostatniej chwili.

21) W celu utrzymania stanu lekarskiego na wysokim poziomie etycznym, Towarzystwa lekarskie i prasa lekarska powinny poświęcać sprawom etycznym więcej czasu i miejsca, oraz między innemi zapobiegać zbyt pochopnemu wydawaniu świadectw, tudzież potępiać pojedyncze przypadki zarobków nieprawnych, związanych ze świadczeniem i wydawaniem świadectw nieścisłych.

22) Zalecić należy gorąco lekarzom prowincyonalnym wzięcie w opiekę szkół początkowych przez wejście do rad szkolnych, przez czuwanie nad warunkami higienicznymi szkół, przez usuwanie wad fizycznych, uniemożliwiających dzieciom pracę umysłową i hamujących ich rozwój. Wytworzenie opieki lekarskiej w szkołach początkowych, za przykładem nielicznych szkół prywatnych (Tow akc. »Zawiercie« i kolej warszawsko-wiedeńska w Żbikowie), jest nadzwyczaj pożądane, ze względu na doniosłe znaczenie opieki lekarskiej w podnoszeniu kultury młodych pokoleń.

23) Wobec konieczności obopólnej pracy medycyny praktycznej i ściśle naukowo-laboratoryjnej, pożądane jest zakładanie i utrzymanie pracowni dyagnostyczno-rozbiorczych, w celu ułatwienia korzystania z nich ogółowi.

24) Pracownie prywatne, któreby służyły miastom lub powiatom, powinny otrzymywać od zarządów miast, względnie powiatów, stałą subwencyę i zależnie od jej wysokości analizy sanitarno-higieniczne wykonywane być mogą przez daną pracownię na żądanie urzędów lekarskich albo bezpłatnie, albo też za pewnem wynagrodzeniem dodatkowem.

25) W szpitalach prowincyonalnych większych personal lekarski powinien być tak dobierany, ażeby przynajmniej jeden z lekarzy obznajmiony był należycie z metodami chemiczno-bakteryologicznemi i ażeby miał dość czasu na prowadzenie potrzebnych badań.

26) W miejscowościach, gdzie istnieją Towarzystwa naukowo-lekarskie lub higieniczne, powinny one przez odpowiednie uświadomienie ogółu i odpowiednich sfer wpływać na zakładanie pracowni chemiczno-bakteryologicznych kosztem miast, względnie powiatów lub instytucyi społecznych.

27) Zważywszy, iż zaniedbany rak macicy, ze względu na częstość swego występowania i na straszne cierpienia, których przyczyną się staje, jest jedną z najcięższych plag świata kobiecego i jednym z najboleśniejszych dowodów bezsilności wiedzy lekarskiej; zważywszy, iż obecny stan ginekologii operacyjnej umożliwia doszczętne usunięcie raka macicy we wczesnym okresie choroby; zważywszy, iż propaganda, mająca na celu jak najwcześniejsze zgłaszanie się do operacyi chorych na raka macicy, dała w innych krajach poważne dodatnie wyniki — I. Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego uważa za niezbędne, aby każde Towarzystwo lekarskie w Królestwie Polskiem rozesłało do zamieszkujących w obrębie jego wpływów lekarzy list, któryby uprzytomniał objawy rozpoczynającego się raka macicy, możliwość doszczętnego jego usunięcia, doniosłość wczesnego operowania; aby rozesłało odpowiedni list do akuszerek i zwróciło się do kierowników szkół dla akuszerek tam, gdzie one istnieją, z prośbą o żądanie od uczennic znajomości pierwszych objawów raka i wszczepienie im odpowiedzialności za leczenie chorych ginekologicznie kobiet; aby popierało akcyę Tow. higienicznego, mającą na celu zaznajomienie szerszej publiczności z objawami raka macicy, z możliwością doszczętnego jego wyleczenia i doniosłością wczesnego operowania. Zjazd uważa za pożądane, ażeby szpitale i ambulatorya w Królestwie obliczały corocznie odsetki radykalnie zoperowanych raków macicy w stosunku do wszystkich, które się zgłosiły i przysyłając te dane liczbowe do warsz. Tow. hig., umożliwiły mu kontrolę skuteczności akcyi prowadzonej.

28) W sprawie walki z chorobami zakaźnemi konieczne jest prowadzenie rejestracyi chorych zakaźnych, izolowanie chorych od zdrowych, oraz odkażanie mieszkań i rzeczy zakażonych. Osiągnąć to się da jedynie po należytem uświadomieniu ogółu o korzyściach stąd wynikających, co jest obowiązkiem lekarzy bodaj najważniejszym w przededniu samorządu.

29) Zważywszy, że pijacy łatwiej zapadają na choroby zakaźne; zważywszy istnienie niewątpliwego przyczynowego związku między nadużywaniem wyskoku a powstawaniem

wielu chorób, Zjazd stwierdza szkodliwość napojów wyskokowych i niezbędność zwalczania opilstwa.

30) Uznając, że walka z toczniem, stanowiąca część ogólnej walki z gruźlicą, posiada doniosłe znaczenie społeczne, Zjazd lekarzy prowincyonalnych w Łodzi zwraca się do istniejących w kraju Stowarzyszeń, których celem jest zwalczanie gruźlicy, aby tę sprawę ujęły w swe ręce i rozpoczęły energiczną działalność w tym kierunku. Do prowadzenia planowej i systematycznej pracy na polu zwalczania tocznia w kraju naszym niezbędna jest czynna pomoc wszystkich lekarzy prowincyonalnych.

31) Wobec tego, iż w szpitalach 1083 łóżek ogólnych' 3 łóżka dla rodzących, 12 łóżek na oddziale gruźliczym w mieście o półmilionowej ludności, przodującem całej Europie pod względem śmiertelności z gruźlicy, nie odpowiadają najskromniejszym wymaganiom szpitalnictwa, szybka budowa ogólnego szpitala miejskiego, przytułków położniczych, sanatoryum ludowego dla gruźliczych jest palącą koniecznością dla Łodzi.

32) Zjazd uważa za pożądane:

a) W przyszłych samorządach ziemskich ułatwienie przewożenia chorych do większych ognisk, jak również umożliwienie korzystania z porad specyalistów chirurgów.

b) Posady lekarzy szpitalnych powierzane być winny lekarzom obeznanym z chirurgią.

c) Zwiększenie liczby lekarzy szpitalnych conajmniej do dwóch.

Poza tem Zjazd przyjął do wiadomości, że pożądanem byłoby dokonywanie badań nad wodami mineralnemi w Tuszynie (siarczane), Inowłodzu (siarczane) i w Solcu pod Ozorkowem (solanki); wszystkie trzy miejscowości leżą w powiecie łódzkim.

Sekcya chirurgiczno-ginekologiczna

podały Dr Radwańska-Tomaszewska i Dr Z. Garlicka.

1) S. Dobrucki (Lublin). **Sprawność szpitali prowincyonalnych Królestwa wobec najniezbędniejszych rękoczynów chirurgicznych.**

1. Duże szpitale, znajdujące się w większych ośrodkach, odpowiadają wymaganiom ostatnim. 2. Spostrzega się większą zamożność i lepsze urządzenie w szpitalach fabrycznych, jakoteż i z fundacyi prywatnych powstałych, niżeli w szpitalach, znajdujących się pod bezpośrednim zarządem Rad. Dobr. Op. Publicznej. 3. Małe szpitale nie odpowiadają wymaganiom chirurgii współczesnej: brak izolacyi chorych, niedokładna aseptyka, brak pracowni do rozbioru wydzielin i t. d. Często nawet średnia liczba chorych jest niższa od etatowej; fakt ten dowodzi niewielkiej żywotności małych szpitali prowincyonalnych.

Wnioski (przy istniejącym samorządzie): 1. Wszystkie większe szpitale powinny być ośrodkami dla mniejszych. Te zaś znów powinny podawać tylko pomoc w przypadkach nagłych, chorych zaś, potrzebujących zabiegu chirurgicznego lub ginekologicznego, odsyłać do szpitali dużych. W tym celu musi być doskonale zorganizowane przewożenie chorych; nawet samochodami, znajdującymi się przy szpitalach dużych. (Drogi komunikacyjne przy samorządach będą lepsze, niż obecnie). 2. Wobec przewidywanej wreszcie większej płacy lekarzy szpitalnych, powinny być podniesione wymagania co do przygotowania lekarzy. Posady szpitalnej nie powinno się dawać lekarzowi, który nie przedstawi zaświadczenia conajmniej 2-letniej praktyki w jednym z większych szpitali i dokładnego obeznania się z małą chirurgią, ginekologią i t. d.

W dyskusyi Idzikowski jest przeciwny podporządkowywaniu szpitali małych dużym. — Gelibter sądzi, że i w małych szpitalach lekarz powinien uprawiać chirurgię. — Wasilewski proponuje zwiększenie ilości lekarzy w małych szpitalach do dwóch. — Sawicki także jest przeciwny ograniczeniu szpitali mniejszych. Należy dążyć do ujednostajnienia naszych prowincyonalnych oddziałów chirurgicznych i starać się o przejście szpitali z pod zarządu rad powiatowych pod zarząd miast. Należy wybrać komisyę, któraby opracowała typ urządzeń takiego oddziału chirurgicznego i obliczyła średni koszt utrzymania chorego.

2) E. Wiszniewski (Siedlce). **O gruźlicy chirurgicznej w szpitalu Najśw. Maryi Panny w Siedlcach w ubiegłem dziesięcioleciu.**

Ilość chorych na gruźlicę chirurgiczną w ubiegłem dziesięcioleciu w stosunku do ogólnej ilości chorych w tymsamym czasie waha się w niewielkich granicach. Prelegent podaje tablicę poszczególnych chorób z odsetką wyzdrowień, polepszeń, bez pozdrowienia i śmierci i ocenę wartości stosowanych metod leczniczych i zabiegów chirurgicznych. Pierwszeństwo przyznaje metodom krwawym: wyraża zdanie, że chorych takich należy ze szpitali prowincyonalnych wyosobnić do specyalnych sanatoryów.

3) A. Zaleski (Płock). **Niektóre błędy w leczeniu gruźlicy chirurgicznej.** Prelegent gani zbytnią pohopność w otwieraniu ropni gruźliczych, daleko łatwiej gojonych sposobem zachowawczym.

Dyskusya wspólna nad odczytami E. Wiszniewskiego i A. Zaleskiego: Kryński sądzi, że w zakażeniach mieszanych należy stosować leczenie krwawe. Także u chorych niezamożnych lepsze jest ze stanowiska społecznego więcej radykalne postępowanie. — Goldmann: Szpitale prowincyonalne mają lepsze warunki klimatyczne dla chorych gruźliczych, niż wielkomiejskie. Mowca zarzuca lekarzom prowincyonalnym brak wykształcenia ortopedycznego. — Watten jest za zachowawczem leczeniem u dzieci, bardziej radykalnem u dorosłych. — Sitkowski radzi rozróżniać dwa typy płynów, używanych do wstrzykiwań: płyn wywołujący stwardnienie i płyn rozpuszczający. — Tomaszewski uzależnia postępowanie przy gruźlicy od wieku chorego i zaznacza, że ortopedyczne przyrządy dadzą się zastąpić przez gips, gdyż w leczeniu gruźlicy chodzi przedewszystkiem o unieruchomienie stanu. — Sawicki radzi zmieniać co jakiś czas środek używany do wstrzykiwań i zwraca uwagę na miejscowe naświetlania promieniami słońca, które obecnie stosują w Szwajcaryi z dobrymi wynikami. — Dobrucki był dawniej zwolennikiem radykalniejszego postępowania, ale widywał nawroty nawet w 4 lata po operacyi doszczętnej. Reasumując dyskusyę, stwierdza, że niezawodnej metody leczenia gruźlicy chirurgicznej niema, należy więc indywidualizować zależnie od wielu czynników.

4) A. Zaleski (Płock). **Przypadek wprowadzenia przepukliny »en masse«.** Repositio herniae cruralis en masse. Przy operacyi znaleziono w jamie otrzewnej przepuklinę uwięzniętą we worku; po uwolnieniu uwięznięcia zeszycie od strony jamy brzusznej.

5) A. Zaleski (Płock). **Przyczynek do odprowadzania przepuklin.** Opis przypadku przepukliny pępkowej, którą na mieście odprowadzono, a przy operacyi okazało się, iż zawartość worka wprowadzona była przez drugi (sztuczny) otwór obok pępka pod odłuszczoną otrzewnę.

W dyskusyi oświadcza się Kryński jako bezwzględny przeciwnik odprowadzania przy przepuklinach uwięzniętych; zaleca t. zw. sposób »ziemski«, proponowany przez Dra Farmakowskiego.

7) A. Goldman (Łódź). **Odkażenie rąk i pola operacyjnego.** Trzy sposoby doprowadziły do osiągnięcia największej pewności możliwie prostymi środkami: a) odkażanie skóry nalewką jodową, b) pokrywanie rąk gumowemi rękawiczkami, c) odkażanie alkoholem.

W dyskusyi przypomina Zaleski przypadek śmiertelnego zatrucia jodyną, stosowaną obficie na rany; zaleca

mycie naftą (2 minuty), potem benzynę. — Dobrucki jest zwolennikiem rękawiczek; sam stosuje jodynę już od 10 lat, zwłaszcza na rany miażdżone. — Sawicki uważa jodynowanie za dobre, zwłaszcza na skórze bardzo brudnej, gdzie energiczne mycie nieraz sprowadza różę; radzi stosować jodynę przy zapaleniu nerek i dnie. Jodyna jest zupełnie bezsilna przy prątku ropy błękitnej. — Watten sądzi, że rękawiczek należy używać przy sprawach ropnych dla ochrony rąk przed zakażeniem. Od kilku tygodni robi próby z jedwabiem niegotowanym, tylko zanurzanym na 15 minut w jodynie z dobrym wynikiem. — Tomaszewski stosuje stale jodynę u dzieci, wyprysku prawie nie spostrzegał; ważnem jest, aby jodyna była w dobrym gatunku. — Czerwiński stwierdza skuteczność jodyny, a bezsilność jej przy prątku ropy błękitnej. — Goldman: Dawno stosowano już jodynę, ale dopiero Grossich zrobił z tego metodę. Objawy zatrucia zależały prawdopodobnie od falsyfikatu, użytego zamiast jodyny. Przylepiec stosowany na skórę jodynowaną wywołuje wyprysk. Przy zetknięciu się jelit z jodyną wzmaga się powstawanie zlepów między niemi.

9) H. Goldberg (Łódź). **Praktyka znieczulania lędźwiowego.** Prelegent omawia obszernie technikę znieczuleń lędźwiowych (położenie chorego podczas nakłucia i przebiegu znieczulania; aseptyka wkłucia; dawkowanie; miejsce wkłucia), wyniki znieczuleń lędźwiowych w szpitalu św. Aleksandra, powikłania podczas i po operacyi, wskazania i przeciwwskazania.

W dyskusyi przypomina Wiszniewski uporczywe bole głowy po znieczuleniu lędźwiowem. — Watten przytacza przypadek śmierci po niewielkiej dawce tropakokainy i przypomina późno występujące zapady. — Goldman widział późne i ciężkie powikłania nerwowe (porażenia kończyn) po tem znieczuleniu; stosuje je wyjątkowo, gdzie uśpienie ogólne jest przeciwwskazane i to przy operacyach poniżej pępka. — Goldberg ciężkie bole głowy spotykał rzadko. Niema statystyki śmierci od narkozy chloroformowej, więc trudno porównywać te metody. Po znieczuleniu lędźwiowem nie zdarza się późna śmierć, która zdarza się przy innych znieczuleniach.

12) J. Leyberg (Łódź). **O martwicy tkanki tłuszczowej w patologii skóry ludzkiej**. (Rzecz, drukowana w Nr 22. »Przeglądu i Czasopisma lek.«).

13) A. de Michelis (Chełm). **Kilka słów o intubacyi**. Przy intubacyi nie należy używać »stałej nitki«, ale posiłkować się »prowizoryczną nitką«. Ekstubacyę najlepiej uskuteczniać ekstubatorem. Tubusa dłużej nad 3 doby nie należy pozostawiać w tchawicy. Jeżeli zachodzi potrzeba dłuższego nad 3 dni pozostawienia tubusa w tchawicy, to metalowy tubus zamienić na celluloidowy. Błonicę i dławiec błoniczy należy z samego początku energicznie leczyć surowicą przeciwbłoniczą, wskutek czego intubacya stanie się w większej części przypadków zbyteczna. Jeżeli po trzech dobach intubowania duszność nie zmniejszy się, lub tubus przy kaszlu ciągle wypada, wykonać należy tracheotomię.

Dyskusya: Sitkowski sądzi, że 3 dni jest za krótkim terminem do stosowania tracheotomii wtórnej. Chcąc zapobiedz wypadnięciu rurki intubacyjnej, wystarczy przekłuć krtań igłą i w ten sposób rurkę umocować nitką. — Tomaszewski na podstawie dużego materyału szpitala Anny Maryi nie doszedł do żadnego stanowczego wniosku, kiedy należy ekstubować. W niektórych przypadkach już po jednym dniu tworzyły się odleżyny, w innych po kilku dniach ich nie było. W każdym razie po 24 godzinach należy próbować ekstubacyi. — Wiszniewski wskazuje na ogromną śmiertelność osesków zarówno przy intubacyi, jak i przy tracheotomii. Intubacya w prywatnej praktyce jest trudna do przeprowadzenia z powodu konieczności stałego dozoru lekarskiego. Ekstubowanie ekstubatorem jest trudne, a przy ucisku na krtań rurka sama wypada.

14) A. Tomaszewski (Łódź). **O wczesnem rozpoznawaniu i leczeniu gruźlicy stawu biodrowego**. Prelegent mówił o nowej metodzie rozpoznawczej, podanej przez Waldenströma przy chorobach kości i stawów, polegającej na wstrzykiwaniu tuberkuliny. Odczyn przy gruźlicy jest miejscowy i polega na ograniczeniu ruchów, obrzmieniu i zwiększonej bolesności. Prelegent zastosował tę metodę w jednym przypadku u dziewczynki 5-letniej. Próba wypadła pomyślnie. Prelegent zachęca więc kolegów pracujących w szpitalach do stosowania tej metody rozpoznawczej, która w przypadkach wątpliwych może oddać ogromne usługi, jeżeli dalsze doświadczenia potwierdzą jej zalety.

W dyskusyi radzi Wiszniewski stosować wstrzykiwania tuberkuliny w celach leczniczych.

15) M. Marks (Łódź). **O stosowaniu metody Biera w praktyce prywatnej.**

Prelegent usilnie zaleca stosowanie opasek Biera przy ropowicach i zastrzałach, a stosowanie baniek przy ropniach, szczególniej sutka. Opaski nakłada na 20—22 godzin, bańki na 2 godziny bez przerwy. Po ich zdjęciu okłady pod ceratką. Przypadki nawet zaniedbane udaje się w ten sposób wyleczyć bez zesztywnienia stawów i bez użycia noża; wyjątkowo tylko robi M. małe nakłucia.

Dyskusya: Wiszniewski twierdzi, że jedynie przy zapaleniu sutka i szpiku kostnego metoda ta daje dobre wyniki. — Ciechomski uważa zbyt szerokie stosowanie tej metody za wstecznictwo w chirurgii. W początkowych okresach powierzchownych spraw ropnych można jej używać, w sprawach głębszych i rozszerzających się możemy nią tylko szkodzić. — Perlis przypomina, że sami twórcy metody wracają do szerokich nacięć i drenowania i podkreśla surową krytykę, jaka obecnie tę metodę spotyka w Niemczech. Zwraca uwagę, że dwugodzinne stosowanie baniek bez przerwy jest sprzeczne z zasadami metody Biera. — Helman zwraca uwagę na zgubne skutki, jakie mogą wyniknąć ze stosowania metody Biera w chirurgii usznej. — Watten sądzi, że idąc za radami prelegenta, więcej się zaszkodzi choremu, niż pomoże. Metodę Biera można stosować w pierwszych dniach, ale najlepiej zaraz operować, a po szerokiem otwarciu, zwłaszcza spraw głębszych, można stosować przekrwienie bierne. — Dobrucki: W sprawach postępujących, zwłaszcza na tle paciorkowców, metoda Biera jest bezwzględnie przeciwwskazana. Mikulicz radził nacięcie, zanim się zbierze ropa. Przy głębokich pozagruczołowych ropniach sutka metoda Biera nie może dać żadnych wyników. Przekrwienie bierne można stosować tylko w sprawach ograniczonych. — Prelegent pozostaje na swem stanowisku i poleca metodę Biera zarówno w początkowych okresach spraw ropnych, jak i w przypadkach zaniedbanych.

16) J. Birencweig (Łódź). **O zachowawczem leczeniu chorób skórnych.** Naskórek stanowi między innemi skuteczną tamę przeciwko przedostaniu się do ustroju drobnoustrojów: gronkowców, paciorkowców, leżących na nieuszkodzonym naskórku; uszkodzenie naskórka z jakichkolwiek powodów (cierpienia skóry, stosowanie ostrych środków miejscowo i t. d.) wywołuje współistnienie chorób skórnych, wywołanych przez drobnoustroje ropne, np. odparzenie ułatwia powstawanie niesztowic (impetigo Boekhardt) i t. d. Wobec tego należy przy miejscowem leczeniu chorób skóry dążyć do możliwie największego zachowania naskórka, szczególnie w przypadkach, gdzie natura cierpienia nie wymaga jego usuwania.

---

17) Czerwiński (Lublin). **Postępy położnictwa w zakresie wykonawstwa lekarza - praktyka.** Prelegent zaznacza wyższość stosowanej obecnie powszechnie w położnictwie aseptyki nad dawniejszą antyseptyką. Doniosłe uzupełnienie aseptyki widzi w używaniu rękawiczek gumo-

wych, które radzi »nosić między operacyami, do operacyi zdejmować«, gdyż stałe ich stosowanie jest dla lekarza-praktyka zbyt kosztowne, i zresztą nie daje lepszych wyników, niż dokładne odkażenie rąk. Cięcie pozaotrzewne ze względu na częste bardzo poważne trudności techniczne uważa za nieodpowiednie dla lekarza-praktyka. Rozszerzadła Bossiego również nie poleca. Zaznacza, iż lekarz-praktyk uzyskał potężny oręż do walki z krwotokiem poporodowym w adrenalinie i w zabiegu Momburga. Sprawy wczesnego wstawania położnic nie uważa prelegent za zamkniętą. W leczeniu zakażenia połogowego radzi przedewszystkiem pamiętać o zasadzie: »primum non nocere«. Z zabiegów leczniczych dobre wyniki dają: przemycie macicy przy lochiometra; przy zakażeniu ogólnem — surowice swoiste w bakteryemii przy niezbyt wielkiej ilości bakteryi, i kolargol, jako środek ułatwiający ustrojowi niszczenie toksyn; oba środki mają swoje ujemne strony. W traktowaniu powikłań otrzewnych strychnina i atropina zastąpiły makowiec.

18) Kaufman (Łódź) wygłosił wykład na **ten sam temat**. Po krótkim zarysie historyi położnictwa przeszedł prelegent do najnowszego okresu: położnictwa chirurgicznego. Okres ten inaugurują: cięcie cesarskie pochwowe Dührssena i cięcie cesarskie pozaotrzewne Franka-Sellheima-Döderleina. Pomimo wielkich postępów położnictwo dotychczasowe miało poważne braki: konieczność zabijania niekiedy żywego płodu, trudności w szybkiem rozwiązaniu ciężarnej przy drgawkach porodowych, kaleczenie dróg porodowych przy ciężkich kleszczach, zwłaszcza wysokich. Wszystkie te braki usunięte być mogą dzięki wymienionym dwom operacyom, z których pierwsza stosowana być może tylko przy miednicy obszernej, druga bez względu na wymiary miednicy. Prelegent opisuje technikę tych operacyi, uważając technikę operacyi Dührssenowskiej za bardzo prostą, technikę cięcia pozaotrzewnego za bardziej skomplikowaną. Operacye te zmniejszyły śmiertelność przy rzucawce z 39% na 12,6% (według niektórych autorów nawet do 6,5%), przy przodującem łożysku z 10% na 2,8%. Lekarz-praktyk musi umieć je wykonać w niektórych wyjątkowych przypadkach. Tak samo musi posiadać dość techniki chirurgicznej, aby dokonać operacyi brzusznej przy krwotoku z powodu ciąży zewnątrzmacicznej i poradzić sobie z pęknięciem macicy lub sklepienia pochwowego. Wreszcie opisuje prelegent własne 2 przypadki cięcia cesarskiego pochwowego i 9 przypadków laparotomii, wykonanych w domach prywatnych (1 na wsi), oraz 4 przypadki pęknięcia sklepienia pochwowego, leczone w mieszkaniu chorych.

19) Sitkowski (Radzyń, gub. Siedlecka) w odczycie: **O aseptyce położniczej w praktyce prywatnej**, opisuje wyjątkowo ciężkie warunki, w jakich się nieraz znajduje lekarz, wezwany do rodzącej na wsi. Brak tam najniezbędniejszych przedmiotów codziennego użytku: mydła, wody, czystej bielizny, światła. Natomiast w pochwie rodzącej można często znaleść słomę lub kawałki cukru, wkładane tam w celu przyspieszenia porodu. 2 razy zastał prelegent płód, którego nóżki i tułów były już urodzone. Dziecko dawało oznaki życia. Nie może być wtedy mowy o dokładnych przygotowaniach, należy działać natychmiast. Autor od 10 lat zabiera ze sobą do porodu swego pomysłu kociołek, hermetycznie zamknięty i zawierający 8 litrów wody wyjałowionej w tym kociołku przez gotowanie na maszynce »primus« lub w autoklawie. Po założeniu wygotowanej rurki gumowej zamienia się kociołek w idealny irygator. Prelegent demonstruje rysunek kociołka. Oprócz kociołka, szczotek, spirytusu mydlanego i t. p., zabiera prelegent zawsze puszkę z 8 wyjałowionemi serwetkami, oraz rękawiczkami, których używa w przypadkach nie cierpiących zwłoki.

20) Raszkes (Radom) w odczycie: **O postępach położnictwa** omawia nowe metody operacyjne: metodę Bossiego, cięcie cesarskie pochwowe, przecięcie kości łonowej i cięcie cesarskie zewnątrzotrzewne. Przy stosowaniu sposobu Bossiego miał prelegent zawsze rozdarcia szyi macicznej, gorąco więc zaleca zastępować stale sposób Bossiego przez cięcie cesarskie pochwowe, które może być wykonane i w warunkach praktyki prywatnej. Hebosteotomię uważa prelegent za operacyę bardzo niebezpieczną. Ze wszystkich odmian zewnątrzotrzewnego cięcia cesarskiego jedynie metoda Frommego jest łatwa do wykonania, typowa i nie daje ciężkich powikłań, dlatego może być wykonana i przez lekarzy prowincyonalnych, nawet w niedużych szpitalach, jak tego dowodzi opisany przez autora własny przypadek.

W dyskusyi nad powyższymi odczytami pokrewnej treści poruszano sprawę rękawiczek, postępowania przy drgawkach i zakażeniu połogowem, zaznaczano ujemne strony metody Momburga. — Kol. Tokarzewski uważa konsekwentne stosowanie rękawiczek w praktyce prywatnej za niewykonalne, kol. Raszkes za zbyteczne (jednakowe wyniki w większych statystykach, szybkość zabiegów położniczych). — Kol. Kaufman zaleca rękawiczki właśnie w praktyce prowincyonalnej, gdzie lekarz nie może uniknąć stykania się z ropą i nie może potem zachować abstynencyi od zabiegów położniczych. — Kol. Sitkowski twierdzi, iż wyjałowione rękawiczki są niezbędne w niektórych przypadkach nie cierpiących zwłoki. — Kol. Giedryk (z Kamienicy Polskiej) opisuje z własnej praktyki 10 przypadków drgawek porodowych, leczonych morfiną, (czasem morfiną z wodanem chloralu), z których żaden nie zakończył się śmiercią. — Kol. Kaufman w odpowiedzi przytacza dane statystyczne dużych klinik, które dobitnie przemawiają za szybkiem ukończeniem porodu. — Kol Raszkes radzi rozróżniać lekkie i ciężkie przypadki. — Kol. Tokarzewski podnosi wartość ciągłych irygacyi i wstrzykiwań śródżylnych azotanu srebrowego 1: 10.000 w zakażeniach połogowych. — Kol. Raszkes przytacza przykłady dobrych wyników zastosowania kollargolu do żył w przypadkach rozpaczliwych. — Kol. Czerwiński uznaje skuteczność tych środków tylko w niektórych ściśle określonych przypadkach (świeże zapalenie wsierdzia, posocznicze zapalenie jelit).

21) Tokarzewski (Włodawa). **Stan położnictwa w powiecie włodawskim** (rzecz, drukowana w Nr 22 »Przeglądu i Czasop. lek.«).

W dyskusyi przemawiali kol. Czerwiński, Marks i Zienkiewicz, zaznaczając niezbędność wybierania ze wsi zdolniejszych kobiet i kształcenia ich przez lekarza osobiście, lub, gdzie można, w szpitalu, — na »babki« — pomocnice lekarza-położnika.

Sekcya medycyny wewnętrznej.

Podała Dr H. Rozenblatówna.

1) H. Fidler (Radom) **Zarys dziejów leczenia gruźlicy i przewidywania na przyszłość**. Prelegent omawia poglądy na gruźlicę od czasów staroindyjskich aż do doby najnowszej, współczesne metody leczenia i ich wyniki, leczenie przyszłości w postaci swoistej chemoterapii na wzór leczenia przymiotu salwarsanem.

W dyskusyi zaznacza Dr A. Sokołowski (Warszawa) doniosłość leczenia higieniczno dyetetycznego ze względu na to, iż nie posiadamy jeszcze swoistego leku dla gruźlicy i radzi kolegom z prowincyi tworzyć małe sanatorya na 6—8 chorych. — B. Dębiński (Warszawa) omawia wyniki leczenia gruźlicy tuberkuliną (przetworami mało toksycznymi Beranecka, Denysa i i.). — Zienkiewicz kładzie nacisk na stronę zapobiegawczą omawianej sprawy. — I. Lipszyc (Łódź) zaznacza jeszcze szczególnie doniosłość zapobiegania zakażeniu gruźliczemu w wieku dziecięcym.

2) J. Czajkowski (Sosnowiec). **O surowicach leczniczych sztucznych oraz uwagi o ich wartości jako leku swoistego**. Prelegent omawia szereg przypadków, w któ-

rych stosował wynalezione przez siebie szczepionki swoiste z wynikiem dodatnim, zarówno w przebiegu gośćca stawowego, duru, zapalenia wsierdzia, jak gruźlicy i innych cierpień W ba dzo ożywionej dyskusyi nad odczytem tym zabierali głos: J. Schwarcwasser (Łódź), B. Dębiński (Warszawa), który stosował szczepionkę Czajkowskiego w kilku przypadkach gruźlicy płuc z wynikiem niepomyślnym, Zienkiewicz i Prof. Gluziński (Lwów), który jest zdania, iż wyniki, omawiane przez prelegenta, należy bardzo krytycznie przyjmować i podaje własne 4 przypadki (duru brzusznego i zakażeń septycznych), w których stosował szczepionkę Czajkowskiego bez skutku. — A. Sokołowski (Warszawa) widział pogorszenie u kilku chorych gruźliczych po stosowaniu szczepionki, radzi jednakże Czajkowskiemu nie ustawać w pracy i prowadzić dalej próby w tym kierunku. — Z innych mowców, przemawiających jeszcze w dyskusyi, za stosowaniem szczepionki oświadczył się tylko S. Falkowski (Sosnowiec), który spostrzegał znakomitą poprawę przy stosowaniu szczepionki przeciwgruźliczej (w toczniu i gruźlicy naczyniówki).

3) J. Brzeziński (Zawiercie). **O dyecie naszych szpitali, ze szczególnem uwzględnieniem dyety w szpitalu fabryki »Zawiercie«.** Omówiwszy dyetę szpitalną pod względem leczniczym, gospodarczo szpitalnym i higieniczno-społecznym, przedstawia prelegent schemat dyety, stosowanej w szpitalu »Zawiercie« i roztrząsa wady i zalety powyższej dyety.

Dyskusya: Nowakowski (Pińczów) podziela w zupełności zdanie prelegenta co do potrzeby urządzenia w szpitalach osobnych sal jadalnych dla ozdrowieńców. — Rzeszotarski (Góra Kalwarya) nie przypisuje temu szczegółowi wielkiego znaczenia. — H. Trenkner (Łódź) żąda, aby t. zw. intendenci szpitalni podlegali całkowicie władzy lekarzy naczelnych. — H. Fidler (Radom) wyraża zdanie, iż racyonalne żywienie chorych jest utopią ze względu na złe uposażenie szpitali i obojętność względem nich społeczeństwa. W szpitalu żydowskim w Radomiu np. żywienie chorego może kosztować tylko najwyżej 18 kop. dziennie. — W tym samym duchu przemawiają A. Tenenbaum (Łódź), J. Czajkowski (Sosnowiec) i J. Gliński (Łask). — Prelegent w zakończeniu zaznacza ponownie potrzebę ustalenia typu dyety szpitalnej dla naszego kraju i proponuje w tym celu, aby Towarzystwa lekarskie prowincyonalne przygotowały odpowiedni projekt, któryby został poddany dyskusyi na II. Zjeździe lekarzy prowincyonalnych.

4) W. Puławski (Radziejów). **O reinjekcyi surowicy przeciwbłoniczej,** na zasadzie danych, otrzymanych w ciągu lat 16 z praktyki własnej. Podawszy dane statystyczne z własnej praktyki, (po części ogłoszone różnymi czasy w »Przeglądzie lekarskim«), omawia prelegent przebieg kliniczny przypadków, w których dokonano reinjekcyi surowicy, objawy posurowicze, działanie lecznicze miejscowe i ogólne, stosunek surowic przeciwjadowych i bakteryobójczych do reinjekcyi, wreszcie usiłowania, mające na celu usunięcie objawów posurowiczych.

5) K. Rozenfeld (Częstochowa). **O chorobie posurowiczej.** Prelegent roztrząsa łączność badań nad objawami posurowiczymi z nauką o anafilaksyi omawia chorobę posurowiczą po wstrzyknięciu pierwszem i po t. zw. reinjekcyi, różnicę odczynu posurowiczego podług autorów francuskich i niemieckich, wreszcie zapobieganie i leczenie.

W dyskusyi nad obu odczytami H. Rozenblatówna (Łódź) nie zgadza się ze zdaniem pierwszego z prelegentów co do możliwości uniknięcia objawów posurowiczych przez stosowanie surowic wysokowartościowych. — H. Trenkner (Łódź) przytacza ciężki przypadek choroby posurowiczej w przebiegu płonicy. — L. Batawia (Częstochowa) zaznacza większą zjadliwość surowicy warszawskiej w porównaniu z francuską na zasadzie spostrzeżeń z praktyki. — S. Starkiewicz (Dąbrowa górn.) przytacza przypadek, w którym objawem posurowiczym było zapalenie gardła z nalotem. — Przemawiali jeszcze w dyskusyi Zienkiewicz, Fidler oraz obaj prelegenci.

Po za urzędowem posiedzeniem, o godz. 7 zostały wygłoszone odczyty:

6) C. Barszczewskiego (Warszawa). **Zdrowy i chory żołądek w świetle badań radiologicznych,** oraz

7) F. Langego (Łódź). **Znaczenie metod rentgenologicznych w dyagnostyce chorób wewnętrznych,** połączone z demonstracyą przezroczy.

W drugim dniu odbyły się wykłady następujące:

8) A. Kędzierski (Serock) **Wartość teoryi w praktyce lekarskiej.** Treść: Pochłonięcie umysłowości studenta i lekarza przez powagi naukowe. Stopniowa zmiana i niewystarczanie teoryi pod wpływem gromadzącego się w umyśle materyału. Krytycyzm i twórcza praca naukowa. Ideały praktyki lekarskiej na prowincyi. (Wykład ten, który zwrócił powszechną uwagę świeżością i samodzielnością poglądów ukaże się w »Medycynie i Kronice lekarskiej«).

9) St. Kopciński (Kochanówka). **O postępach w rozpoznawaniu i leczeniu chorób umysłowych.** Treść: Stanowisko psychologii w szeregu nauk lekarskich. Badanie fizyczne. Badania laboratoryjne. Metody badań psychiki umysłowo chorego. Klasyfikacya i leczenie chorób umysłowych. Tegoczesny zakład i jego urządzenia lecznicze. Psychoterapia.

W dyskusyi przemawiali: T. Łapiński (Warszawa) i A. Zaleski (Płock).

9) L. Batawia (Częstochowa). **Przewlekłe stany gorączkowe pochodzenia migdałkowego.** Treść: Rola migdałków w powstawaniu niektórych chorób zakaźnych. Zmiany chorobowe w gruczołach podniebiennych, które mogą być powodem wzniesień ciepłoty. Omówienie odpowiednich przypadków. Symptomatologia stanów gorączkowych pochodzenia migdałkowego. Leczenie.

W dyskusyi Prof. Gluziński (Lwów) zwraca uwagę na to, iż należy zawsze odróżniać sprawę miejscową od zakażenia ogólnego (paciorkowce). O ile zakażenie ogólne już nastąpiło, to wycięcie migdałka nie usunie gorączki. — Rozental, Schoenaich, Helman, Lipszyc, Mogilnicki (Łódź) i K. Rozenfeld (Częstochowa) przytaczają jeszcze niektóre metody rozpoznawcze i lecznicze w omawianej postaci chorobowej.

10) E. Sonnenberg (Łódź). **O próbie Nylandera.** Treść: Spostrzeżenia dotyczące zachowania się odczynnika Nylandera wobec stężonych rozczynów cukru gronowego. Wyjaśnienie spostrzeżonego zjawiska. Badania nad zastosowaniem odczynnika do ilościowego oznaczenia cukru.

Dyskusyi nad tym odczytem nie było, zadano tylko prelegentowi kilka pytań (Fidler, Schwarcwasser, Praszker).

11) D. Helman (Łódź). **Zaburzenia uszne u niemowląt i u dzieci w wieku wczesnym.** Treść: Częstość

tych spraw, objawy, trudności rozpoznawcze. Zapalenie przewodu słuchowego. Otitis media acuta. Sprawy chorobowe błędnika i nerwu słuchowego.

W dyskusyi brali udział: Praszker (Zduńska Wola), W. Schoenaich (Łódź) i L. Batawia (Częstochowa), którzy omawiali niektóre szczegóły rozpoznawcze w zapaleniu ucha środkowego u osesków i niemowląt.

12) B. Łuczycki (Łódź). **Przyczynek do sprawy walki z padaczką w Królestwie Polskiem.** Dla skutecznej walki z padaczką należy: 1) walczyć z kiłą i alkoholizmem; 2) stosować wszechstronną profilaktykę; 3) otwierać specyalne zakłady dla epileptyków; 4) opracować taki typ zakładu.

13) T. Łapiński (Warszawa). **O leczeniu padaczki.** Istnieje wrodzone usposobienie układu nerwowego ośrodkowego do padaczki. Istota tego usposobienia. Leczenie wewnętrzne i chirurgiczne.

W dyskusyi nad obydwoma odczytami omawia W. Chodźko (Kochanówka) leczenie padaczki, stosowane przez siebie u chorych w Kochanówce (metoda bromowa podług Gilles de Tourettea) i oświadcza się przeciwko polecanemu przez drugiego prelegenta budowaniu osobnych szpitali i przytułków dla epileptyków Dla różnych względów jedynie odpowiedniem miejscem pobytu dla takich chorych są szpitale psychiatryczne. — Prócz tego przemawiali St. Kopciński (Kochanówka), J. Schwarcwasser (Łódź), oraz prelegent.

14) A. Landau (Warszawa). **O nowych prądach w dziedzinie patogenezy i leczenia moczówki cukrowej.** Badania ostatnich lat stwierdziły, że moczówka cukrowa jest »par excellence« chorobą narządów o wydzielaniu wewnętrznem. Niema w ustroju jednego tylko narządu cukrzycotwórczego, gruczoły bowiem o wydzielaniu wewnętrznem w czynności swej są ściśle z sobą zespolone, tak iż obraz kliniczny cukrzycy może być wywołany niezależnie od tego, czy ten lub inny narząd (trzustka, układ chromochłonny) zostanie pierwotnie dotknięty. Opoterapia cukrzycy dotąd pożądanych wyników nie dała, w leczeniu dyetetycznem kuracye węglowodanowe mają niemniejszą racyę bytu od dawnych kuracyi bezwęglowodanowych.

15) W. Kon (Częstochowa). **Wartość praktyczna odczynu Wassermanna.** (Rzecz ukaże się w »Przeglądzie lek.«).

W dyskusyi podnosi St. Kopciński (Kochanówka) doniosłość badania odczynu Wassermanna w płynie mózgowordzeniowym u chorych umysłowych. — Fidler (Radom) zaznacza, iż dodatni odczyn W. nie daje żadnej pewności, iż kiła w danym przypadku jest czynną. — J. Leyberg (Łódź) potwierdza to i dodaje, iż dodatni odczyn W. nie może dać żadnej wskazówki co do potrzeby stosowania swoistego leczenia.

15) J. Szwarcwasser (Łódź). **O znaczeniu biologicznem chiorków w stanach zakaźnych.**

16) J. Szwarcwasser (Łódź). **O potrzebie założenia stacyi biologicznej w Łodzi.**

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Krajowa Rada Zdrowia zajmowała się na posiedzeniu w d. 10. VI. b. r. następującemi sprawami: Płace emerytalne lekarzy okręgowych, budowa zakładu badania środków spożywczych we Lwowie, taksa szpitalna w Bóbrce, zakład prywatny dla położnic we Lwowie, zakład wodoleczniczy w Nowosielcach.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska ogłasza, co następuje:

Do P. T. Lekarzy w okręgu Izby lekarskiej wsch.-galic.

Wydział wykonawczy Izb lekarskich w Austryi zajmuje się z polecenia Wiecu Izb uregulowaniem stosunku lekarzy do Towarzystw ubezpieczeń na życie. W celu sformułowania postulatów w tej ważnej gałęzi zawodowych interesów lekarzy potrzebne są dokładne informacye, jakie honorarya wypłacają różne Towarzystwa za świadectwa lekarskie o stanie zdrowia osób ubezpieczających się, zarówno przy ubezpieczeniach zwykłych, jak przy tak zwanych ubezpieczeniach ludowych.

W naszym kraju Izba lekarska wschodnio-galicyjska wyjednała przed paroma laty u krakowskiego Towarzystwa wzajemnych ubezpieczeń, że podwyższono w niem honoraryum z 8 koron na 10 koron, bez względu na kwotę ubezpieczoną i że kwotę tę podwyższoną wypłaca Towarzystwo tym lekarzom, którzy tego żądają.

Natomiast niema Izba wiadomości, jakie honorarya wypłacają inne Towarzystwa ubezpieczeń w naszym kraju operujące, zwraca się przeto do wszystkich lekarzy, do Izby przynależnych, z uprzejmem wezwaniem, aby we własnym interesie zechcieli nadesłać pod tym względem ściśle informacye, najdalej do dnia 1. lipca b. r. pod adresem Izby. Prezydent: Dr Festenburg.

XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

(18—22 lipca 1911).

Jako upominek dla uczestników Zjazdu przygotowuje Komitet gospodarczy »tekę artystyczną« widoków Krakowa. Teka składać się będzie z 11 plansz autolitograficznych, wykonanych przez najwybitniejszych artystów polskich (S. Czajkowski, Sichulski, Podgórski, J. Czajkowski, Wyczółkowski, Frycz, Filipkiewicz i Grott). — Pierwszy raut, urządzony staraniem Komitetu gospodarczego, odbędzie się we wtorek d. 18. lipca w odpowiednio udekorowanych salach Starego Teatru. Raut, wydany przez Radę miasta Krakowa, przypadnie na czwartek dnia 20. lipca. We środę, d. 19. lipca, o ile pogoda dopisze, odbędzie się zapewne wspólny podwieczorek w parku Dr Jordana, połączony z zabawą ogrodową. — Zjazd tegoroczny oprócz »Pamiętnika«, który zawierać będzie naukowy dorobek Zjazdu, postanowił wydać również »Dziennik zjazdowy« dla informowania o przebiegu i zdarzeniach podczas Zjazdu. Dziennik rozdawany będzie wszystkim uczestnikom Zjazdu i zawierać będzie codziennie przez wszystkie dni Zjazdu wszelkie informacye, które podczas pobytu w Krakowie mogą być im użyteczne. Kierownictwo dziennikarskie tego »Dziennika« objął współredaktor »Nowej Reformy« p. Aleksander Karcz (adres »Nowa Reforma«, ul. Jagiellońska 10).

Sprawa mieszkań dla uczestników Zjazdu. Komitet gospodarczy, przewidując, iż uczestnicy zapowiadającego się bardzo licznie Zjazdu będą mieli trudności w wyszukaniu

mieszkań, pragnie im przyjść z pomocą, ofiarując się pośredniczyć w zamawianiu mieszkań zawczasu. Komitet w tym celu porozumiał się już z szeregiem najlepszych miejscowych hoteli i pensyonatów i już zapewnił sobie przeszło 150 pokoi w cenie od 3 do 15 koron za dobę. Obecnie prosi Komitet przyszłych gości o nadsyłanie jak najrychlejsze zgłoszeń pod adresem Prof. Dra J. Piltza, Kraków, ul. Kopernika 23. Do zgłoszenia należy, w myśl uchwały Komitetu, dołączyć połowę projektowanej ceny wynajmu mieszkania za cały czas pobytu w Krakowie. Im zgłoszenie będzie wcześniejsze, tem lepiej i zgodniej z potrzebami, które zamawiający wyraźnie wymieni, będzie załatwione.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Krakowskie Towarzystwo ratunkowe ukończyło 6. b. m. 20 lat istnienia. Towarzystwo założone zostało przez założyciela wielu innych podobnych Towarzystw, Jarosława br. Dr Mundy, przy współudziale Rady m. Krakowa, Prof. Dr Obalińskiego, pierwszego prezesa Towarzystwa i Dr Arnolda Banneta, wówczas słuchacza medycyny. Drugim z kolei prezesem Towarzystwa jest od lat wielu po dziś dzień piastujący ten urząd r. dw. Prof. Dr Wicherkiewicz. Dotychczas nie posiadało Towarzystwo własnego lokalu, a Pogotowie mieściło się w gmachu miejskiej straży pożarnej. Obecnie dzięki krakowskiemu Towarzystwu wzaj. ubezpieczeń, które darem 10.000 kor. zasiliło fundusze budowy domu, będzie mogło Towarzystwo ratunkowe rozpocząć przygotowania do stworzenia sobie własnej siedziby. Zwrotnym punktem w dziejach Towarzystwa jest przyznanie mu przez miasto począwszy od roku bieżącego subwencyi, dostatecznej na opłacenie stałych lekarzy, którzy od 1. lipca b. r. rozpoczną w Pogotowiu służbę, spełnianą dotychczas przez ochotników-medyków. Lekarzy Pogotowia będzie 6.

Z różnych stron. Służbę lekarską w pociągach kolejowych zaprowadzono w Austryi na próbę na przestrzeni Podwołoczyska-Karlsbad. Na razie jeździć ma lekarz, władający językiem polskim, niemieckim i francuskim, raz w tydzień tam i z powrotem, mając osobny przedział, zaopatrzony we wszystkie potrzebne rzeczy. X.

— Prof. Ehrlich mianowany został przez rząd pruski tajnym radcą z tytułem ekscelencyi.

Zmarli: Dr Henryk Pacanowski w 53 r. ż. w Warszawie.

Redakcya otrzymała: Grzywo-Dąbrowski: Experimentelle Untersuchungen über die zentralen Riechbahnen des Kaninchens. Biul. Akad. Um. 1911. — St. Mostowski: Proprieté glycogénique de la dioxyacétone. Acad. des Sciences. Paris 1911.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dn. 21. czerwca 1911 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Prof. Kader: Przedstawienie chorych klinicznych. 2) Dr K. Weber: Dziegieć z węgla kamiennego w leczeniu chorób skórnych. 3) Prof. Kader: Jakie stanowisko powinniśmy zająć w leczeniu kamicy żółciowej na podstawie zmian spostrzeganych przy zabiegach na drogach żółciowych?

Rok L. Kraków, dnia 24. czerwca 1911. Nr. 25.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Czcigodnemu Profesorowi Jakubowskiemu w dniu ponowienia ślubów Jego z umiłowaną nauką, której sztandar przez pół wieku niósł godnie i wysoko, towarzyszą ze wszech ziem naszych płynące słowa hołdu i serdecznych życzeń, by dano Mu było w zdrowiu dokończyć wszystkich dzieł, któremi pięćdziesięcioletnią swą pracę dla społeczeństwa uwieńczyć pragnie i by długie jeszcze lata cieszył się widokiem ich rozwoju.

Twórca pedyatryi polskiej, mający prawo spojrzeć dziś z dumą na bujny u nas rozkwit tej przez siebie zaszczepionej gałęzi nauki, wychowawca całego zastępu uczniów, we wszystkich trzech zaborach pożytecznie i chlubnie pełniących swe zadanie, założyciel instytucyi, równających nas w sprawie opieki nad dziećmi z zachodem, — miał Czcigodny Profesor Jakubowski ten rzadki dar odczuwania zadań społecznych, będących na dobie, i tę energię czynu, które bywają udziałem tylko ludzi, głęboko miłujących kraj. I dziś także, oceniwszy doniosłość społeczno-narodową walki z gruźlicą, krząta się Czcigodny Jubilat z niesłabnącym, w siedemdziesiątym czwartym roku pracowitego żywota, zapałem by w swoim zakresie sprawę tę w czyn wprowadzić.

Toteż rzadki a rzewny obrzęd odnowienia dyplomu doktorskiego Czcigodnego Profesora Jakubowskiego jest uroczystością nietylko uniwersytecką, ale głęboką swą treścią przemawia do najszerszych kół, stawiając im przed oczy wzór, jak się pojmować ma i wypełniać złożoną na Jagiellońskich berłach przysięgę, która jest nią nietylko wobec prastarej Wszechnicy, ale wobec Ojczyzny.

O wpływie alkoholu na rozwój raka u myszy białych.

(Część druga badań eksperymentalnych nowotworów złośliwych).

Przez

Adama Wrzoska.

Alkohol odgrywa niewątpliwie wielką rolę zarówno w powstawaniu niektórych chorób, jak i ich przebiegu. Dowodzą tego nie tylko spostrzeżenia kliniczne, lecz i badania eksperymentalne. O wpływie jego jednak na rozwój nowotworów złośliwych dotychczas bardzo mało wiemy, zapewne poniekąd z tego powodu, że dopiero od lat kilku zaczęto się gorliwie zajmować pracami eksperymentalnemi nad nowotworami.

Badając od lat kilku warunki rozwoju nowotworów złośliwych, zająłem się między innemi rzeczami także wyjaśnieniem wpływu alkoholu na rozwój raka, przeszczepianego z myszy białych na takie same zwierzęta. Alkohol wprowadzałem w rozmaitych dawkach w ciągu dłuższego lub krótszego czasu, bądź do przewodu pokarmowego, bądź do tkanki podskórnej. Przekonałem się, że myszy białe znoszą wogóle alkohol nieźle, nawet jeżeli go dawać wraz z jadłem lub wstrzykiwać pod skórę w ciągu długiego czasu, i to w dawkach bynajmniej niemałych. Świadczy o tem między innemi następujące spostrzeżenie.

W klatce umieściłem osiem myszy białych młodych, prawie już dorosłych. W ciągu pierwszych pięciu dni zwierzęta te, prócz pszenicy, dostawały dziennie po 8 cm³ mleka wraz z 1 cm³ 50% alkoholu. Po takich dawkach alkoholu objawów zatrucia nie spostrzegałem. Na szósty dzień dawkę mleka zmniejszyłem do 7 cm³, a natomiast dawkę 50% alkoholu, dodawanego do mleka, podwyższyłem do 3 cm³. Prawie wszystko mleko z alkoholem zostało wypite w ciągu 3 godzin. Po upływie następnych 2 godzin wystąpiły u myszy objawy zatrucia: dwie leżały, jak nieżywe, reszta silnie się zataczała. Po tem zatruciu okazywały wyraźny wstręt do alkoholu. Gdy im dawałem dużą dawkę alkoholu: 3 cm³ 50% alkoholu w 7 cm³ mleka, to, mimo pragnienia, piły mleko takie nader niechętnie, natomiast skwapliwie wypijały mleko bez alkoholu. W następnych dniach dawkę alkoholu zmniejszyłem, dodając 2 cm³ 50% alkoholu do 8 cm³ mleka, lecz i taka dawka wyskoku wywoływała objawy wyraźnego zatrucia. Nie zmniejszałem jej jednak, pragnąc przekonać się, jakie skutki pociągną za sobą właśnie duże dawki alkoholu. Atoli myszy, po kilkakrotnem upiciu się, okazywały coraz większy wstręt do takich dawek, wypijając mniejsze, niż dawniej, ilości mleka z alkoholem. Wobec tego zacząłem, poczynając od dwudziestego dnia, wstrzykiwać im alkohol pod skórę co parę lub co kilka dni. W dni, w które wstrzykiwałem alkohol, dawałem myszom czyste mleko, w inne zaś dni dawałem im, tak jak poprzednio po 8 cm³ mleka wraz z 2 cm³ 50% alkoholu. Pod skórę wstrzykiwałem alkohol 20% w dawkach po 0,25 cm³ lub 0,5 cm³. Po wstrzyknięciu 0,5 cm³ alkoholu 20% stale występowały objawy silnego zatrucia. Po upływie miesiąca przestałem wstrzykiwać alkohol, lecz dawałem go z mlekiem w takiej ilości, aby na każdą mysz wypadało dziennie po 0,5 cm³ 20% alkoholu.

Myszy, o których mowa, miały zaszczepione gruczolako-raka mysiego w dniu, w którym zaczęły dostawać alkohol. Nowotwór przyjął się wszystkim. Jedna z nich użyta była po pewnym czasie do innego eksperymentu, resztę zaś obserwowałem aż do ich śmierci. Mimo sporych codziennych dawek alkoholu myszy rzeczone nie wykazywały żadnych szczególnych zaburzeń, a zaszczepiony im nowotwór rozwijał się wogóle bynajmniej nie szybciej, niż u myszy kontrolnych, zaszczepionych tymże nowotworem. Liczbowe wyniki obserwacyi wspomnianych myszy podaję niżej w tablicy drugiej, w 12. i 13. szeregu eksperymentów.

Z powyżej podanych spostrzeżeń, a także i z innych, doszedłem, że dawka alkoholu absolutnego, która wywołuje u myszy dorosłych objawy silnego zatrucia, wynosi 0,1 cm³, jeśli wstrzykiwać go pod skórę, a 0,125 cm³ — 0,150 cm³, jeśli wprowadzać go do przewodu pokarmowego, podając go wraz z mlekiem, przyczem niezbędnym warunkiem do zatrucia jest to, aby myszy mleko z powyższą dawką alkoholu wypiły najdalej w ciągu kilku godzin.

Podawanie myszom alkoholu z mlekiem ma tę niedogodną stronę, iż nieraz myszy, jak to już wyżej wspominałem, po jednorazowem lub kilkakrotnem upiciu się okazują nieprzezwyciężony wstręt do alkoholu i nie chcą pić mleka, w którym się alkohol znajduje, dopóty przynajmniej, dopóki im nie dokuczy bardzo silne pragnienie, a i wtedy piją je w małych ilościach. Do jakiego stopnia może dojść u myszy białych wstręt do alkoholu, świadczy następujące spostrzeżenie.

D. 13. XI. 1907 umieściłem w oddzielnej klatce cztery myszy dorosłe, urodzone 18. III. 1907 roku: samca i trzy samice. W pierwszych dniach dawałem im, prócz pszenicy, po 5 cm³ 20% alkoholu z dodatkiem kilku kropel mleka i niewielkiej ilości cukru. Piły alkohol niechętnie. Na czwarty dzień, prócz pszenicy, dałem im 3 cm³ 20% alkoholu, zmieszanego z 1 cm³ mleka. Napój ten dałem myszom o godzinie 11. przedpołudniem, kiedy już były bardzo spragnione, gdyż od południa dnia poprzedniego żadnego płynu nie dostały. Wypiły go zaraz; rychło potem zaczęły się zataczać, a dwie z nich położyły się na bok, nie mogąc się ruszać. O godzinie 6½ popołudniu dwie myszy już wytrzeźwiały, dwie zaś silnie się jeszcze zataczały. Jednę z tych myszy, które popołudniu nie były jeszcze wytrzeźwiały, znalazłem na drugi dzień martwą. Pozostałym trzem dałem 1 cm³ alkoholu 20%, zmieszanego z 1 cm³ mleka. Mimo iż od południa dnia poprzedniego nic nie piły, stroniły od podanego napoju. Pragnienie widocznie jednak bardzo im dokuczało, bo co chwila podchodziły do naczynia z napojem, lecz powąchawszy go, szybko się odeń oddalały. Wtedy w drugiem naczyniu dałem im kilka kropel czystego mleka. Natychmiast je wypiły, jedna drugą od naczynia odpychając. Snać miały wielkie pragnienie, skoro po upływie kilkunastu minut zaczęły jednak pić mleko z alkoholem, lecz, po wypiciu kilku kropel, dalszego picia zaniechały. W następnych dniach piły alkohol niechętnie, nawet jeżeli do 3 cm³ mleka dodawałem tylko 1 cm³ 20% alkoholu. Po 17. dniach dawania im alkoholu z mlekiem, chcąc przekonać się, do jakiego stopnia czują wstręt do niego, włożyłem do klatki dwa naczyńka jednakowej wielkości, z których jedno zawierało 1 cm³ czystego mleka, drugie zaś również 1 cm³ mleka, lecz nadto 0,1 cm³ 1% alkoholu. Natychmiast wypiły mleko z pierwszego naczyńka, a z drugiego ani tknęły, choć mleko w drugiem naczyniu zawierało tylko 0,001 cm³ alkoholu absolutnego. Przez następne dziesięć dni okazywały w dalszym ciągu wstręt do alkoholu: po wypiciu nieznacznej ilości mleka z alkoholem znosiły do naczynia siano, wrzucając go tam łapkami, tak że często mleko w naczyniu znajdowało się pod warstwą siana. Dopiero po 27 dniach zaczęły się przyzwyczajać do alkoholu, i wtedy wypijały w przeciągu kilku godzin mleko z domieszką alkoholu (na 3,5 cm³ mleka 0,15 cm³ absolutnego alkoholu).

(Dok. nast.).

Z Zakładu farmakologii doświadczalnej Prof. Dra L. Popielskiego we Lwowie.

O wpływie tłuszczów i mydeł na czynność wydzielniczą trzustki.

Podał

Dr Jan Studziński (Kijów).

(Ciąg dalszy).

Doświadczenie XIX. 8. IV. 1910. Pies wagi 5 klg., Wprowadzono do żyły 10 cm. sz. 10% rozczynu wodnika chloralu. Przetoka trzustkowa Dwunastnicę tuż koło odźwiernika mocno podwiązano (tab. XII.).

TABLICA XII.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową		Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	
6 h. 29′	—		6 h. 49′	20	
„ 30′	0		„ 50′	16	
„ 31′	0		„ 51′	18	81
„ 32′	0		„ 52′	14	
„ 33′	0		„ 53′	13	
„ 34′	0		„ 54′	2	
„ 35′	0		„ 55′	2	
„ 36′	0		„ 56′	2	14
„ 37′	0		„ 57′	3	
„ 38′	0		„ 58′	5	
„ 39′	0		„ 59′	6	
„ 40′	0		7 h. —	4	
Od 6 h. 40′ do 6 h. 41′ wprowadzono do dwunastnicy 20 cm sz. kwasu olein.			„ 1′	3	18
			„ 2′	4	
			„ 3′	1	
6 h. 41′	0		„ 4′	1	
„ 42′	0		„ 5′	1	
„ 43′	0		„ 6′	1	3
„ 44′	1		„ 7′	0	
„ 45′	18		„ 8′	0	
„ 46′	18	66			
„ 47′	13				
„ 48′	16				
Wlano do żyły 0·005 siarczanu atropiny			Doświadczenie zakończono.		

W doświadczeniu tem w 3 minuty po wprowadzeniu kwasu oleinowego, sok trzustkowy zaczął wydzielać się dość obficie. Po 5 minutach od początku wydzielania wprowadzono do żyły atropinę, poczem wydzielanie trwało jeszcze 5 minut bez zmiany, przez następne zaś 13 minut w ilości zmniejszonej.

Z doświadczeń, w których najprzód wprowadzono

kwas oleinowy, a następnie wstrzykiwano atropinę, widać, że wydzielanie zaczyna się zwykle w 3 minuty po wprowadzeniu kwasu oleinowego, podobnież jak i przy kwasie solnym. Wydzielanie dosięga swego szczytu w pewnych przypadkach bardzo szybko, w innych zaś powoli. Atropina nie zmniejsza wydzielania, wywołanego przez kwas oleinowy.

Grupa III. (Mydła).

Sprawa wpływu mydeł ma wielkie znaczenie, przeważnie jednak teoretyczne. Pod względem praktycznym mydła nie mają wielkiego znaczenia, gdyż nie są używane wewnętrznie w celu leczniczym. Większe zainteresowanie się badaniem wpływu wydzielniczego mydeł zawdzięczamy szkole Pawłowa. Uczniowie jego Babkon i Sawicz, za przykładem Fleiga badali wpływ mydeł na wydzielanie soku trzustkowego. Sawicz w pracowni Pawłowa spostrzegł, że atropina jakoby powstrzymuje wydzielanie wywołane działaniem mydeł, wprowadzonych do dwunastnicy. Modrakowski dowiódł z wszelką pewnością, że atropina nie poraża zakończeń włókien wydzielniczych nerwu współczulnego; co się tyczy nerwu błędnego, to zgadza się on w tym względzie z Pawłowem, że atropina poraża zakończenia jego włókien wydzielniczych. A więc, jeżeli prawdziwe jest zdanie Sawicza, że atropina powstrzymuje wydzielanie wywołane działaniem mydeł, to musimy przypuścić, że mydła wywołują wydzielanie za pośrednictwem ośrodka nerwowego, znajdującego się w rdzeniu przedłużonym. A ponieważ wydzielanie można stwierdzić i po przecięciu rdzenia kręgowego pod rdzeniem przedłużonym, a także po przecięciu n. n. błędnych, więc pogląd Sawicza należało poddać nowemu dokładnemu sprawdzeniu. Dawniej już zaznaczyłem to na przykładzie, wziętym z pracy Sawicza, że atropina wywołała zmniejszenie, ale nie powstrzymanie wydzielania.

Aby doświadczenia z mydłami dawały dokładną odpowiedź na postawione pytanie, trzeba mieć na względzie własności mydeł. 10% rozczyn mydła przedstawia się jako gęsta mało ruchoma ciecz, która, jak zauważyłem osobiście na sekcyach, mocno przylega do ścian jelita. Z tego powodu powtórne wprowadzenie mydła, samo przez się, bez wstrzyknięcia atropiny, może nie wywrzeć żadnego wpływu na wydzielanie, gdyż do tego potrzeba blizkiego zetknięcia się wprowadzonego płynu z wolną czystą błoną śluzową. Rzeczywiście doświadczenia, przeprowadzone specyalnie w tym kierunku, zupełnie potwierdzają to przypuszczenie. Wprowadzenie drugiej dawki 10% rozczynu mydła i bez atropiny nie wywoływało żadnego wydzielania, wtedy, gdy pierwsza dawka wywoływała je w sposób bardzo energiczny. Dlatego, aby wyrobić sobie prawdziwe zdanie o wpływie atropiny, należało ją wstrzykiwać przy wprowadzeniu pierwszej dawki mydła, gdy wpływ jego dosięgał szczytu, lub przed wprowadzeniem mydła. Badaniu wpływu mydeł na wydzielanie soku trzustkowego poświęciłem doświadczenia: 20—32, niektóre z nich przytoczę tu w całości.

Doświadczenie XX. 25. XI. 1909. Pies »Biały« wagi 10 klg., tensam co w doświadczeniach I. i II. Do dwunastnicy wprowadzono i rozdęto balonik (tab. XIII.).

Doświadczenie to odrazu rozstrzyga sprawę wpływu mydeł i atropiny. Do wprowadzenia mydła ilość soku wy-

TABLICA XIII.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	
11 h. 19′	—	
„ 20′	1	
„ 21′	0	
„ 22′	0	3
„ 23′	2	
„ 24′	0	
„ 25′	1	
„ 26′	3	
„ 27′	1	8
„ 28′	2	
„ 29′	1	
Od 11 h. 29′ do 11 h. 32′ wprowadzono do dwunastnicy 35 cm sz. 10% oleinianu sodu		
11 h. 33′	0	
„ 34′	0	
„ 35′	0	
„ 36′	4	
„ 37′	22	
„ 38′	3	77
„ 39′	20	
„ 40′	28	
„ 41′	25	
„ 42′	12	
„ 43′	32	120
„ 44′	35	
„ 45′	16	
Zastrzyknięto pod skórę 0·04 siarczanu atropiny		
11 h. 46′	28	
„ 47′	26	
„ 48′	30	122
„ 49′	20	
„ 50′	18	
11 h. 51′	20	
„ 52′	18	
„ 53′	14	95
„ 54′	17	
„ 55′	26	
„ 56′	20	
„ 57′	17	
„ 58′	24	99
„ 59′	22	
12 h. —	16	
„ 1′	17	
„ 2′	20	
„ 3′	18	75
„ 4′	10	
„ 5′	10	
„ 6′	20	
„ 7′	15	
„ 8′	30	120
„ 9′	20	
„ 10′	35	
„ 11′	23	
„ 12′	28	
„ 13′	32	
83 podziałek w 3 min.		
Doświadczenie zakończono.		

dzielającego się wynosiła 3, 5 podziałek w 5 min. Po wprowadzeniu mydła sok zaczął wydzielać się po 6 minutach i ilość jego doszła do 77, 120 podziałek. Następnie wstrzyknięto atropinę 0·04; wydzielanie szło dalej bez przeszkody i wynosiło: 122, 95, 99, 75, 120 podziałek. Tym sposobem okazało się, że atropina nie powstrzymuje wydzielania, wywołanego przez mydło. W doświadczeniu XXII. wprowadzałem nie 10%, ale 1% rozczyn oleinianu sodu, który także wywołał zupełnie wyraźne wydzielanie.

Doświadczenie XXII. 12. XII. Pies »Buldog« wag. 11·2 klg.; tensam co w doświadczeniach II., XII., XV., XXI, Do dwunastnicy wprowadzono i rozdęto balonik (tab. XIV.).

Doświadczenie to zupełnie wyraźnie wskazuje, że atropina nie powstrzymuje wydzielania, wywołanego 1% rozczynem mydła. Przed atropiną wydzielanie wyrażało się w liczbach: 50, 117 podziałek na każde 5 minut; po atropinie 167, 131, 69, 31, 21 podziałek. Teraz przytoczę jeszcze kilka doświadczeń, przeprowadzonych w postaci »ostrej«; w jednem z nich sprawdzałem działanie atropiny, drażniąc koniec obwodowy nerwu błędnego.

Doświadczenie XXVII. 7. III. Pies wagi 12 klg. Do żyły wprowadzono 20 cm., 10% rozczynu wodnika chloralu. Przetoka trzustkowa. Dwunastnicę podwiązano tuż około odźwiernika. Nerw błędny lewy przecięto i trzymano na podwiązce (tab. XV.).

W doświadczeniu tem działanie atropiny kontrolowano przez badanie źrenic i drażnienie n. błędnego. Wpływ

TABLICA XIV.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową		Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	
9 h. 26′	—		9 h. 47′	28	
,, 27′	12		,, 48′	30	
,, 28′	14		,, 49′	45	117
,, 29′	11	58	,, 50′	39	
,, 30′	11		,, 51′	35	
,, 31′	10		,, 52′	31	
,, 32′	10		,, 53′	31	
,, 33′	15		,, 54′	26	131
,, 34′	10	54	,, 55′	23	
,, 35′	10		,, 56′	20	
,, 36′	9		,, 57′	20	
Wprowadzono do dwunastnicy 15 cm sz. 1% oleinianu sodu			,, 58′	17	
			,, 59′	14	69
9 h. 37′	10		10 h. —	9	
,, 38′	12		,, 1′	9	
,, 39′	8	51	,, 2′	9	
,, 40′	10		,, 3′	6	
,, 41′	11		,, 4′	6	31
,, 42′	15		,, 5′	5	
,, 43′	17		,, 6′	5	
,, 44′	26	117	,, 7′	5	
,, 45′	27		,, 8′	5	
,, 46′	32		,, 9′	4	21
Zastrzyknięto pod skórę 0·005 siarczanu atropiny			,, 10′	4	
			,, 11′	3	
			Doświadczenie zakończono.		

TABLICA XV.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową
8 h. —	—
,, 1′	0
,, 2′	0
,, 3′	1
,, 4′	0
,, 5′	0
Drażnienie prądem przerywanym (cewki Du-Bois Reymonda na odległości 15 cm) obwodowego końca nerwu błędnego w ciągu 10 sekund. Czynność serca ustaje.	
8 h. 6′	0
,, 7′	1
Drażnienie prądem przerywanym (odległość między cewkami 25 cm) obwodowego końca n. błędnego w ciągu 10 sekund. Czynność serca ustaje.	
8 h. 8′	0
Drażnienie prądem przerywanym (odległość między cewkami 35 cm) obwodowego końca n. błędnego w ciągu 10 sekund. Czynność serca ustaje.	
8 h. 9′	1
,, 10′	2
Wprowadzono do dwunastnicy 40 cm sz. 10% oleinianu sodu.	
8 h. 11′	0
,, 12′	0
,, 13′	13
,, 14′	42
Wprowadzono do żyły 0·005 siarczanu atropiny.	
8 h. 14′ 30″	
Drażnienie prądem przerywanym (odległość między cewkami 30 cm) w ciągu 30 sek. obwodowego końca n. błędnego rytmu serca nie zmienia. Źrenice rozszerzone, na światło nie oddziałują.	
8 h. 15′	44
,, 16′	35
,, 17′	25
Drażnienie prądem przerywanym (odległość między cewkami 15 cm) w ciągu 30 sekund obwodowego końca n. błędnego nie zmienia rytmu serca.	
8 h. 18′	18
,, 19′	14
Drażnienie prądem przerywanym (odległość między cewkami 5 cm) w ciągu 1 minuty obwodowego końca n. błednego nie okazuje żadnego wpływu na rytm serca.	
8 h. 20′	12
,, 21′	8
,, 22′	5
,, 23′	8
,, 24′	7
,, 25′	5
,, 26′	5
,, 27′	4
Wprowadzono do żyły 20 cm sz. 1% chlorku morfiny.	
8 h. 28′	25
,, 29′	50
,, 30′	50
,, 31′	40
,, 32′	30
,, 33′	25
,, 34′	25
,, 35′	15
Doświadczenie zakończono.	

atropiny przejawiał się już po 30 sek., tymczasem wydzielanie trwało jak zwykle około 15 minut.

W tem doświadczeniu widzimy także wpływ morfiny na wydzielanie przy śródżylnem jej wstrzyknięciu. Podniecenie zwierzęcia przy takim sposobie wprowadzania morfiny zostało dawno już zauważone przez fizyologów. Przyczyna tego podniecenia znajduje tutaj swe wyjaśnienie. Zależy ono od niedokrwienia mózgu, wywołanego znacznym spadkiem ciśnienia krwi. Spadek ciśnienia zależy od obecności we krwi wazodylatyny, która powstaje, jak wykazałem, z rozpadu czerwonych ciałek krwi. Stwierdzone w doświadczeniu ogromne zwiększenie wydzielania było skutkiem działania wazodylatyny t. j. spadku ciśnienia i niekrzepliwości krwi. Wpływ morfiny na gruczoły trawienne jest przedmiotem badań Jakowickiego (w pracowni Prof. Popielskiego). Badania te są w krótkości ogłoszone*). Wydzielanie soku trzustkowego daje się zauważyć tylko przy wprowadzaniu mydeł do dwunastnicy i jelita cienkiego; przy wprowadzeniu ich do okrężnicy poprzecznej, wydzielania nie widzimy wcale, jak widać z następnego doświadczenia.

D o ś w i a d c z e n i e XXIX. 18. III. 1910. Pies wagi 6·5 kilo. Do żyły wprowadzono 11 cm. sz. 10% wodnika chloralu. Przetoka trzustkowa. Dwunastnicę podwiązano tuż koło odźwiernika (tab. XVI.).

A więc wydzielanie od mydeł otrzymujemy z tych samych miejsc, jak i od kwasów (Popielski [13]).

W opisanych powyżej doświadczeniach wstrzykiwano atropinę podczas wydzielania soku trzustkowego. W doświadczeniu następnem wstrzyknięto ją na 6 minut przed wprowadzeniem oleinianu sodu do dwunastnicy.

D o ś w i a d c z e n i e XXXII. 15. XII. 1909. Pies wagi 9 kilo. Do żyły wprowadzono 18 cm. sz. 10% wodnika chloralu. Dwunastnicę podwiązano tuż koło odźwiernika (tab. XVII.).

Tutaj oleinian sodu wprowadzony w 6 minut po wstrzyknięciu atropiny wywołał wydzielanie po 3 minutach, jak i w innych doświadczeniach. Wspomniałem już poprzednio, że powtórne wprowadzenie mydła może samo przez się bez wstrzyknięcia atropiny nie wywołać wydzielania. Wyjaśnieniu tej sprawy poświęciłem doświadczenia XXX. i XXXI. które przytaczam w całości, ponieważ są nadzwyczaj pouczające.

D o ś w i a d c z e n i e XXX. 22. III. 1910. Pies wagi 13·4 kilo. Wprowadzono do odbytnicy 37 cm. sz., a do żyły 15 cm. sz. 10% wodnika chloralu. Przetoka trzustkowa. Dwunastnicę podwiązano tuż koło odźwiernika (tab. XVIII).

*) Lwowski Tygodnik lekarski. 1911, Nr 10.

TABLICA XVI.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową
7 h 21′	—
,, 22′	0
,, 23′	2
,, 24′	1
,, 25′	2
,, 26′	1
,, 27′	0
,, 28′	1
,, 29′	0
,, 30′	0
,, 31′	0

Wprowadzono do okrężnicy poprzecznej 40 cm sz. 10% oleinianu sodu.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową
7 h. 32′	0
,, 33′	1
,, 34′	0
,, 35′	1
,, 36′	0
,, 37′	0
,, 38′	0
,, 39′	1
,, 40′	1
,, 41′	0
,, 42′	0
,, 43′	1
,, 44′	2
,, 45′	2
,, 46′	3
,, 47′	1
,, 48′	3
,, 49′	3
,, 50′	2
,, 51′	3
,, 52′	2
,, 53′	1
7 h. 54′	2
,, 55′	2
,, 56′	2
,, 57′	2
,, 58′	2
,, 59′	2
8 h. —	2
,, 1′	2
,, 2′	2

Wprowadzono do dwunastnicy 30 cm sz. 10% oleinianu sodu

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową
8 h. 3′	1
,, 4′	0
,, 5′	2
,, 6′	8
,, 7′	11
,, 8′	12

Wprowadzono do żyły 0·005 siarczanu atropiny.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową
8 h. 9′	10
,, 10′	7
,, 11′	5
,, 12′	5
,, 13′	5
,, 14′	3
,, 15′	2
,, 16′	2
,, 17′	1
,, 18′	1

Doświadczenie zakończono.

TABLICA XVII.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	
10 h. 26′	—	
,, 27′	1	
,, 28′	1	
,, 29′	1	
,, 30′	1	
,, 31′	1	
,, 32′	1	
,, 33′	1	
,, 34′	0	
,, 35′	0	
,, 36′	0	
,, 37′	1	
,, 38′	0	
,, 39′	1	
,, 40′	1	

Wstrzyknięto do żyły 0·009 siarczanu atropiny.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	
9 h. 41′	0	
,, 42′	1	} 3
,, 43′	0	
,, 44′	1	
,, 45′	0	
,, 46′	1	

Wprowadzono do dwunastnicy 40 cm sz. 10% oleinianu sodu.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	
,, 47′	0	} 13
,, 48′	1	
,, 49′	0	
,, 50′	3	
,, 51′	9	
,, 52′	11	} 43
,, 53′	9	
,, 54′	9	
,, 55′	7	
,, 56′	7	
,, 57′	6	} 18
,, 58′	4	
,, 59′	3	
11 h. —	3	
,, 1′	2	
,, 2′	2	} 8
,, 3′	2	
,, 4′	1	
,, 5′	2	
,, 6′	1	

Doświadczenie zakończono.

TABLICA XVIII.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową
11 h. 23′	—
,, 24′	0
,, 25′	0
,, 26′	0
,, 27′	0
,, 28′	0
,, 29′	0
,, 30′	0
,, 31′	

Wprowadzono do dwunastnicy 40 cm sz. 10% oleinianu sodu

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową
11 h. 32′	0
,, 33′	0
,, 34′	0
,, 35′	3
,, 36′	9
,, 37′	9
,, 38′	13
,, 39′	14
,, 40′	16
,, 41′	16
,, 42′	17
,, 43′	19
,, 44′	16
,, 45′	12
,, 46′	12
,, 47′	9
,, 48′	9
,, 49′	6
,, 50′	5
,, 51′	4
11 h. 52′	3
,, 53′	2
,, 54′	1
,, 55′	1
,, 56′	1
,, 57′	1
,, 58′	1

Wprowadzono do dwunastnicy 40 cm sz. 10% oleinianu sodu

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową
11 h. 59′	1
12 h. —	1
,, 1′	0
,, 2′	0
,, 3′	0
,, 4′	0
,, 5′	1
,, 6′	0
,, 7′	0
,, 8′	1
,, 9′	0
,, 10′	0
,, 11′	0
,, 12′	0
,, 13′	1
,, 14′	0
,, 15′	0
,, 16′	0
,, 17′	0
,, 18′	0

Doświadczenie zakończono.

(Dok. nast.).

O stosunkach szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie

przez

Dr Macieja Jakubowskiego.

(Sprawozdanie, przedłożone Ogólnemu Zebraniu Towarzystwa Opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie dnia 7 kwietnia 1911).

I.

Jeszcze w r. 1908 na posiedzeniu Komitetu 20 maja ustępując z zajmowanego przez lat trzydzieści dwa stanowiska dyrektora szpitala św. Ludwika, złożyłem szczegółowe sprawozdanie co do stosunków tegoż szpitala, kończące się następującemi wnioskami:

Komitet Towarzystwa zawiadamia Wysoki Wydział krajowy, iż umowy w przedmiocie utrzymywania i leczenia w szpitalu św. Ludwika dzieci chorych, zatwierdzonej dnia 28 marca 1906. L. W. 20.320/1906, kończącej się z dniem 31 grudnia 1908, nadal nie przedłuży, lecz skłonny jest do sprzedania lub wydzierżawienia krajowi realności szpitala św. Ludwika wraz z inwentarzem.

2) Otrzymany ze sprzedaży kapitał, względnie płynące z wydzierżawienia dochody, obracać będzie Towarzystwo na samodzielne prowadzenie kolonii leczniczej pod wezwaniem św. Józefa w Rabce, utrwalając jej byt i zamieniając ją w sanatoryum (vulgo szpital), otwarte przez rok cały dla dzieci skrofulicznych i zagrożonych gruźlicą.

3) Gdyby układy z Wysokim Wydziałem krajowym w przedmiocie sprzedaży lub wydzierżawienia realności szpi-

tala św. Ludwika w Krakowie nie zostały przeprowadzone do końca bieżącego roku, w takim razie wyczekując na ostateczne załatwienie sprawy, należałoby prowizorycznie przedłużyć umowy na krótki, jedno- lub dwuletni okres czasu, za wynagrodzeniem po 2 kor. dziennie za każde chore dziecię.

II.

Opierając się na powyższem sprawozdaniu, wniósł Komitet Towarzystwa dnia 2 czerwca 1908 (L. 103) do Wys. Wydziału krajowego wypowiedzenie umów co do utrzymywania chorych dzieci w szpitalu św. Ludwika z dniem 31 grudnia 1908, oświadczając jednak gotowość prowadzenia jeszcze szpitala do dnia 30 września 1909, atoli za wynagrodzeniem dziennem po 2 kor. za każdego chorego.

Powyższej propozycyi Komitetu nie przyjął Wysoki Wydział krajowy, a gdy dalsze pisemne rokowania sprawy nie posuwały naprzód, odbyła się w Krakowie dnia 19 listopada 1908 konferencya reprezentantów Wys. Wydziału krajowego i Towarzystwa Opieki szpitalnej dla dzieci, na której ówczesny inspektor szpitali krajowych w imieniu Wydziału krajowego oświadczył gotowość podwyższenia na rok 1909 ryczałtu za leczenie dzieci od 1—12 lat o 6.000 kor., to jest z dotychczasowej kwoty 36.000 kor. na 42.000 kor., jednakże pod warunkiem, że po upływie roku Towarzystwo odstąpi szpital św. Ludwika na własność kraju, w zamian za co Wydział krajowy wyjedna u Wys. Sejmu subwencyę 100.000 kor. na rzecz kolonii leczniczej w Rabce.

Co do podwyższenia wynagrodzenia ryczałtowego na rok 1909 do wysokości 42.000 kor. zgodzili się reprezentanci Towarzystwa Opieki szpitalnej, ale co do odstąpienia szpitala św. Ludwika krajowi, na mocy statutów realności szpitalne mogłyby przejść na własność kraju tylko w drodze sprzedaży.

Wobec zasadniczych różnic w zapatrywaniach co do rozwiązania sprawy, na konferencyi nie doszło do porozumienia, a Wydział krajowy pismem z 24 listopada 1908 r. L. 124.762 zawiadomił Komitet, iż wobec stanowiska, jakie zajęło Towarzystwo, nie może przedstawić Wys. Sejmowi wniosków na zakupno szpitala św. Ludwika na rzecz kraju, uważając dalsze w tej sprawie pertraktacye za bezowocne, a przedłużenie dotychczasowej umowy na krótki czas za niewłaściwe. Równocześnie zawiadomiono Komitet, iż dyrektor krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie otrzymał polecenie poczynienia stosownych przygotowań celem przyjmowania z dniem 1 stycznia 1909 r. chorych dzieci do szpitala św. Łazarza, oddawanych dotąd do leczenia do szpitala św. Ludwika. Wreszcie wzywa Wys. Wydział krajowy do oznaczenia terminu zwrotu funduszowi krajowemu pożyczki w kwocie 20000 kor., udzielonej Towarzystwu w roku 1874 na budowę szpitala.

W pomienionej odezwie z 24 listopada 1908 L. 124.762 Wys. Wydział krajowy, odmawiając stanowczo traktowania o nabycie od Towarzystwa na rzecz kraju szpitala św. Ludwika, uzasadnia to następującymi motywami:

1) iż Komitet Towarzystwa w r. 1894 i 1895 czynił starania o bezpłatne przyjęcie szpitala św. Ludwika na rzecz kraju;

2) że obecnie oddany zostaje na własność kraju szpital św. Zofii dla dzieci we Lwowie w drodze darowizny.

Wobec powyższej argumentacyi złożyć musimy następujące wyjaśnienie:

ad 1) W r. 1894 po zgonie gorliwej przewodniczącej Komitetu ks. Marceliny Czartoryskiej i po niemal równoczesnym zgonie wpływowego protektora Towarzystwa J. Eminencyi księcia kardynała Dunajewskiego Komitet Towarzystwa znalazłszy się w trudnem położeniu, zwrócił się do Wydziału krajowego z propozycyą o podjęcie rokowań celem objęcia przez kraj szpitala św. Ludwika. Wydział krajowy w sprawozdaniu do Wys. Sejmu L. W. 67.501/94 z dnia 4 grudnia 1894 załatwił tę sprawę odmownie, a z przytoczonych motywów, załączamy główniejsze:

a) »Szpital św. Ludwika jest urządzony jako zakład prywatny nie według zwykłej normy szpitalnej, lecz bardzo kosztownie i na wzór kliniki pedyatrycznej«.

b) »Wydział krajowy nie może się oświadczyć za objęciem przez kraj szpitala, jako donum onerosum«.

c) »Towarzystwo szpitala św. Zofii we Lwowie, będące w lepszych stosunkach finansowych, niż Towarzystwo krakowskie, nie stara się wcale o uznanie szpitala św. Zofii za krajowy«.

Z przytoczonych szczegółów okazuje się, iż poruszanie po latach 16 sprawy, proponowanej w ogólnych zarysach przez komitet Towarzystwa, a przez Wydział krajowy odrzuconej, przy zmienionych stosunkach po tak długim czasie nie może być brane w rachubę.

ad 2) Również nie można porównywać stosunków szpitala św. Zofii we Lwowie z krakowskim szpitalem św. Ludwika.

Według § 35 statutu Towarzystwa szpitala dla ubogich dzieci pod nazwą św. Zofii we Lwowie: »w razie rozwiązania Towarzystwa majątek jego przechodzi na korzyść szpitala powszechnego krajowego we Lwowie, jeżeli ostatnie walne zgromadzenie nie poweźmie w tym przedmiocie odmiennej uchwały«.

W statucie Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie § 9 brzmi: »Na przypadek rozwiązania Towarzystwa zebrany lub pozostały fundusz oddany będzie »Komitetowi ochronek dla małych dzieci w Krakowie« z tem zastrzeżeniem, że gdyby później przez chrześcian krakowskich czy to nowy szpital dla dzieci w Krakowie, czy też kolonia lecznicza poza Krakowem była założona, ochronki otrzymane fundusze ze specyalnem przeznaczeniem na jeden z powyższych zakładów, jużto na korzyść nowo powstającego szpitala, już też na korzyść nowopowstającej kolonii leczniczej oddać mają i dlatego nie naruszając kapitałów, tylko procenta pobierać mogą«.

Z przytoczonych ustępów obu statutów okazuje się jasno i dowodnie, że szpital św. Zofii dla dzieci we Lwowie przeszedł na własność kraju nie w drodze darowizny, ale na podstawie postanowień statutu w § 35. Krakowski zaś szpital św. Ludwika na podstawie statutu, a tem mniej darowizny na własność kraju oddanym być nie może.

Mimo tak trudnych stosunków, jakie wyłoniły się wskutek ostatecznej decyzyi Wys. Wydziału krajowego, Komitet Towarzystwa pismem z dnia 6 grudnia 1908 zwrócił się raz jeszcze z propozycyą do Wys. Wydziału krajowego o przedłużenie umowy na rok jeden pod warunkami, unormowanymi na konferencyi dnia 19 listopada, zaznaczając z naciskiem, iż Towarzystwo nie chce przyczynić się do nagłego zamknięcia szpitala św. Ludwika z dniem 1 stycznia 1909 w najnieodpowiedniejszej porze roku, łączącej się z niezawodną szkodą dla chorych dzieci.

Dnia 17 grudnia 1908 przybył do Krakowa J. Eksc. hr. Stanisław Badeni, Marszałek krajowy, i zaprosiwszy reprezentantów Komitetu (Prof. Jakubowskiego i Prof. Zolla Fryderyka młodszego), zaproponował przedłużenie dotychczasowych umów z podwyższeniem ryczałtu za leczenie dzieci od 1 do 12 lat z kwoty 36.000 kor. na 42.000 kor. rocznie, ale na okres pięcioletni, poczynając od 1 stycznia 1909. J. Eks. hrabia Badeni oznajmił, iż w ciągu 5 lat można będzie stosunki co do leczenia i pielęgnowania dzieci odpowiednio uregulować, a w szczególności:

a) rozszerzony zostanie oddział chirurgiczny w szpitalu św. Łazarza tak, iż w nim i dzieci znajdą pomieszczenie, a oddział chirurgiczny w szpitalu św. Ludwika stanie się zbytecznym;

b) zbudowany zostanie przy szpitalu św. Łazarza wspólnym kosztem kraju i rządu zakład położniczo-ginekologiczny, w którym znajdą pomieszczenie dzieci, karmione piersią, znajdujące się tymczasowo (od r. 1889) w szpitalu św. Ludwika;

c) wątpić też nie można, że gmina m. Krakowa spełni swój obowiązek i wkrótce zbuduje szpital dla chorób zaka-

źnych, a natenczas utrzymanie większych oddziałów dla szkarlatyny, dyfteryi i t. d. w szpitalu św. Ludwika stanie się zbytecznem.

Reprezentanci Towarzystwa mimo pełnej świadomości, jak trudnego Towarzystwo podejmuje się zadania, zgodzili się na propozycyę J. Eksc. Pana Marszałka, a następnie umowa na okres 5-letni została przez Wys. Wydział krajowy zatwierdzona dnia 12 stycznia 1909 L. W. 1.256 z podwyższeniem ryczałtu za leczenie dzieci od 1 roku życia do lat 12 z kwoty 36.000 na 42.000 kor.

III.

Komitet Towarzystwa, wniósłszy w dniu 2 czerwca 1908 wypowiedzenia umów Wys. Wydziałowi krajowemu co do utrzymania chorych dzieci w szpitalu św. Ludwika, musiał też w konsekwencyi wnieść wypowiedzenie Wys. Rządowi co do utrzymania kliniki pedyatrycznej w szpitalu św. Ludwika. Wypowiedzenie to z terminem 30 września 1909 wniósł Komitet wprost do Wys. Ministerstwa oświecenia d. 24 czerwca 1908 (L. 121/09) przesyłając równocześnie odpis do Dziekanatu Wydziału lekarskiego w Krakowie.

Gdy atoli wskutek przedłużenia umowy z Wydziałem krajowym na okres lat 5 stosunki się zmieniły, rozpoczęto na nowo rokowania co do czasowego jeszcze utrzymywania kliniki pedyatrycznej w szpitalu św. Ludwika.

Po długich pertraktacyach dopiero dnia 3 marca 1910 J. W. P. Delegat Namiestnika w Krakowie do L. 254 Del. nadesłał Komitetowi zarys kontraktu, poprawiony przez Ekspozyturę c. k. Prokuratoryi skarbu, na który Komitet się zgodził pismem z dnia 9 marca 1910 r.

Od owego czasu powstało prowizoryum, na podstawie którego Namiestnictwo asygnuje z końcem każdego kwartału kwoty, przypadające Towarzystwu według zarysu zawrzeć się mającego kontraktu. Do formalnego zawarcia kontraktu dotąd nie przyszło.

Zanotować należy, że według dawnego kontraktu z Wysokim Rządem otrzymywało Towarzystwo subwencyę roczną 7.000 kor. za oddane lokale dla kliniki, ich ogrzewanie, oświetlenie i dodanie osobnego służącego do laboratoryum, jednakże bez specyalnego oznaczenia kwot za powyższe świadczenia. Według nowo zawrzeć się mającego kontraktu ma Towarzystwo otrzymać z funduszu naukowego:

1) za używanie lokalności oddanych na umieszczenie kliniki pedyatrycznej	3.500 kor.
2) tytułem ryczałtu na potrzeby kliniki.	10.000 »
razem .	13.500 kor.
Z ryczałtu 10.000 kor. zastrzeżono do wyłącznej dyspozycyi Profesora	4.100 kor.
przeto na świadczenia dawnym kontraktem objęte pozostaje dla Towarzystwa . . .	9.400 kor.
Zważywszy atoli, iż Towarzystwo przyjęło jeszcze zobowiązanie do utrzymywania na klinice 4 posługaczek (t. j. o dwie więcej jak wprzód) licząc każdą po 800 kor. × 2 = ...	1.600 kor.
pozostaje	7.800 »
z czego okazuje się, że istotna nadwyżka wśród dzisiejszej ogólnej drożyzny wynosi w porównaniu z dawniejszą subwencyą (7.000 kor.) zaledwie	800 kor.

IV.

Komitet Towarzystwa, wypowiadając kontrakta Krajowi i Rządowi z końcem roku 1908, dążył do uwolnienia się od zobowiązań nietylko uciążliwych, ale i bezcelowych.

Uciążliwemi i z każdym rokiem trudniejszemi do spełnienia są przyjęte zobowiązania wskutek niesłychanie zwiększającej się drożyzny wszystkich artykułów i środków, do utrzymania szpitala potrzebnych. Z ogólną drożyzną łączą się też inne trudności, z których ważniejsze przytaczamy:

a) Towarzystwo nietylko nie jest w stanie podnieść lekarzom szpitalnym (sekundaryuszom) pensyi do tej wysokości, jaką w ostatnich czasach przyznano lekarzom w szpitalach krajowych, ale — co ważniejsza — nie może im jako pełniącym obowiązki w zakładzie prywatnym zapewnić tych prerogatyw, jakie mają lekarze tej kategoryi w szpitalach krajowych. Wskutek tego coraz trudniej jest pozyskać dla szpitala św. Ludwika lekarzy odpowiednio przysposobionych. Kandydaci zgłaszają się tylko na czas krótki, zanim nie uzyskają korzystniejszego miejsca w jednym ze szpitali krajowych lub na jednej z klinik uniwersyteckich.

b) Bardzo kosztowną staje się posługa szpitalna nietylko z powodu znacznie podwyższonych płac, ale i obowiązków zastrzeżonych ustawami co do zabezpieczenia od wypadku i na starość.

c) Znacznego nakładu wymagałyby inwestycye i adaptacye lokalności szpitalnych, odpowiadające nowoczesnym przepisom higienicznym i sanitarnym. Jako przykład przytoczyć tu można rozporządzenie Magistratu z d. 1 lutego 1910 L 8.543 Fiz., w którem fizykat miejski wykazuje braki w oddziale, przeznaczonym dla płonicy z poleceniem usunięcia takowych pod zagrożeniem zamknięcia wzmiankowanego oddziału. Z powodu braku funduszów i rozkładu lokali przeznaczonych dla oddziału szkarlatynowego, żądane przez Magistrat zmiany można było częściowo uskutecznić i to z wielką trudnością. Według nowoczesnych pojęć co do urządzenia szpitali i bezpieczeństwa chorych w nich przebywających, szpital św. Ludwika jako zakład, budowany oszczędnie przed trzydziestu kilku laty, bardzo wiele pozostawia do życzenia, a usunięcie braków, o które lada chwila władze administracyjne upomnieć się mogą, wymagałoby kilkudziesięciu tysięcy koron, których Towarzystwo nie posiada.

Z tych przytoczonych kilku szczegółów okazuje się, z jakiemi trudnościami ma obecnie do walczenia Towarzystwo, aby, o ile to jest możliwe, dopełnić zobowiązań przyjętych z konieczności aż do końca r. 1913.

Dalsze utrzymanie szpitala w wielkich rozmiarach na podstawie kontraktów jest również bezcelowe, gdyż skoro według unormowanych dzisiaj stosunków w państwie austryackiem opieka nad chorymi należy do obowiązków kraju, a utrzymywanie klinik do Wys. Rządu, przeto w tych warunkach Towarzystwo nie spełnia swego celu, objętego statutem, lecz zeszło do roli przedsiębiorcy, który za tanie pieniądze utrzymuje w zastępstwie kraju szpital, a w zastępstwie Rządu klinikę dla dzieci. Niezawodnie, że fundusze krajowe i rządowe przy tem urządzeniu mają pewne oszczędności, ale Towarzystwo poświęca swe zasoby i pracę członków nie tylko bezowocnie, ale także ze szkodą dla chorych dzieci, które w zakładach założonych i utrzymywanych przez kraj względnie przez Rząd, znaleźć powinny odpowiedniejsze pomieszczenie.

Jeżeli Komitet Towarzystwa wskutek osobistej interwencyi P. Marszałka kraj. J. Eksc. Stanisława hr. Badeniego zgodził się z końcem r. 1908 na przedłużenie umowy jeszcze na lat 5, to uczynił to w poczuciu humanitarnem, wiedząc dobrze, że bezwzględne rozwiązanie kontraktu z dniem 1 stycznia 1909, jak to postanowił Wys. Wydział kraj. w reskrypcie z d. 24 listopada 1908 L. 124.762, byłoby połączone z wielką krzywdą dla chorych. Z tego powodu, acz niechętnie, zgodził się Komitet Towarzystwa na przedłużenie kontraktu na lat pięć, w przekonaniu, że w tym dłuższym okresie czasu zarówno kraj, jak i rząd, stosunki tak ureguluja, iż Towarzystwo zostanie uwolnione od dotychczasowych zobowiązań, a chore dzieci tego nie odczują, ale raczej dostaną się do zakładów, lepiej urządzonych i uposażonych, niż dzisiejszy ubogi szpital św. Ludwika.

(Dok. nast.).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Zawadzki. **Autoseroterapia zapaleń opłucnej.** (Rus. Wracz 1911, Nr 18). W sprawie metody Gilberta leczenia zapaleń opłucnej, polegającej na wstrzykiwaniu podskórnem świeżo wydobytego wysięku z opłucnej tegoż chorego, ogłoszono w ostatnich latach dość znaczną ilość prac, w których przeważnie zabieg ten uznawano za bardzo skuteczny. Czynnikiem leczniczym jest według zdania autorów autotuberkulizacya (Gilbert), obniżanie ciśnienia śródopłucnego (Gauttier, Brudawski), lub też wytwarzanie się niweczników pod wpływem dostawania się do krążenia wysięku opłucnej, w którym składniki działające mogą znajdować się w znacznie większej ilości, niż w osoczu krwi. Na korzyść tego ostatniego poglądu przemawia to, iż punkt zamarzania wysięków opłucnej jest, według spostrzeżeń autora u 3 chorych, nieco niższy, niż punkt zamarzania surowicy krwi (0·05°—0·15° C). Metodę Gilberta badał autor na 38 chorych (23 przypadki wysięków surowiczych, 5 krwawych i 8 przypadków, w których obok wysięku zapalnego w opłucnej były wyraźne objawy gruźlicy płuc). Do porównania służyły autorowi zapiski szpitalne, dotyczące przebiegu zapalenia opłucnej u 86 chorych (64 przypadki wysięku surowiczego, 5 krwistego, 17 przypadków, w których obok wysięku zapalnego w opłucnej były wyraźne objawy gruźlicy płuc). Z 38 chorych, leczonych metodą Gilberta, wyzdrowiało 15 (39·47% przyp. sprawozd.), z 86 zaś chorych, u których zabiegu tego nie stosowano, wyzdrowiało 55·81% (przyp. sprawozd.). Zestawiając dalej przebieg choroby we wszystkich 117 przypadkach, dochodzi Z. do wniosku, iż metoda Gilberta: 1) nie wpływa wcale na zmniejszenie się okresu gorączkowania, 2) nie przyspiesza wchłaniania się wysięków, 3) nie chroni od nawrotów i przechodzenia zapaleń na inne błony surowicze, 4) nie ma znaczenia rozpoznawczego, 5) nie wpływa na przebieg gruźlicy. W jednym przypadku, który zakończył się zejściem śmiertelnem z powodu gruźlicy prosówkowej, przyczyną mogło być, według wrażenia autora, stosowanie autoseroterapii. Z. Gilewicz.

Citronblat. **Rozpoznawcza wartość antytrypsyny w surowicy krwi chorych na raka i inne choroby.** (Wraczebn. Gaz. 1911, Nr 19). C. określał ilość antytrypsyny w 91 przypadkach raka (zwiększenie w 86), 8 mięsaka (zwiększenie w 6), 31 kiły (zwiększenie w 2), i 23 przypadkach innych chorób (zwiększenie 9 razy: gangraena spontanea 1, graviditas 1, typhus abdominalis 2, cholelithiasis 2, tuberculosis 3). W większości przypadków stosowano obie metody, Briegera i Fould Grossa. C. zaznacza, że zwiększenie ilości antytrypsyny u chorych na raka stwierdzono w 90% przypadków, lecz żadnej zależności między nasileniem sprawy chorobowej, a ilością antytrypsyny nie udało się wykryć. Również nie udaje się wykazać zależności między ilością antytrypsyny, a ilością hemoglobiny i stanem charłactwa chorego. Nie udało się także Citronblatowi wykazać we krwi królików głodzonych zwiększenia ilości antytrypsyny, nawet przed samą ich śmiercią. Co się tyczy mięsaka, to zwiększenie ilości antytrypsyny występuje tu rzadziej, niż przy raku. Zjawisko zwiększenia antytrypsyny we krwi przy innych chorobach jest jeszcze, zdaniem C., za mało badane. C. jest zwolennikiem metody Brieger-Marcusa (płytki Löflera), dowodząc, że metoda Fould-Grossa (kazeina) daje szersze pole do błędów podmiotowych. A. Modrzewski.

Neurologia i psychiatrya.

Timofiejew. **Dementia praecox pseudoparalytica.** (Obozr. psych. 1911, Nr 2). Autor opisuje 3 przypadki, w których rozpoznanie porażenia postępowego trzeba było następnie zmienić na rozpoznanie przedwczesnego otępienia. W jednym z tych przypadków stwierdzono w wywiadach przymiot, przy badaniu jednakże odczyn Wassermanna dał wynik ujemny. We wszystkich przypadkach oprócz zwykłych przy rozpoczynającem się porażeniu postępowem objawów psychicznych, stwierdzano też niektóre objawy somatyczne, n. p. drżenie rąk i języka, osłabienie jednostronne nerwu twarzowego, porażenie podniebienia miękkiego, nierówność i leniwe oddziaływanie źrenic na światło, we wszystkich jednak choroba, doszedłszy do pewnego punktu rozwoju, zatrzymywała się i nie szła już dalej, pomimo tego, że w dwóch przypadkach obserwacya datuje się od lat kilkunastu. Otóż autor przychodzi do przekonania, że należy spostrzegane przezeń, oraz opisywane niejednokrotnie w psychiatrycznej literaturze przypadki długotrwającego, lub zakończonego wyleczeniem porażenia postępowego wydzielić w osobną grupę przedwczesnego, rzekomo poraźnego otępienia. S. Trzebiński.

S. J. Lass. **Psychoza Korsakowa, powikłana zapaleniem szarej substancyi mózgowej typu Wernickego** (polioencephalitis haemorrhagica). (Obozr. psychiatrii 1911, Nr 2). W przypadku przewlekłego alkoholizmu obok osłabienia psychiki, zwłaszcza zaś pamięci, »ophthalmoplegia externa« z obu stron przy lekko tylko osłabionem oddziaływaniu źrenic na światło i prawidłowem dnie ocznem, porażenie dolnej gałązki prawego nerwu twarzowego, osłabienie kończyn. Autor zaznacza względnie częste występowanie tego powikłania przy psychozie Korsakowa. S. Trzebiński.

S. J. Lass. **Automatyzm ambulatoryjny.** (Obozr. psychiatrii 1911, Nr 2). Powołując się na opisane przez siebie w tem samem piśmie 2 przypadki automatyzmu ambulatoryjnego (1897 i 1901 r.) opisuje autor teraz przypadek trzeci. Dotyczy on silnie dziedzicznie obciążonego 21-letniego mężczyzny, który cierpiąc od dzieciństwa na napady drgawek ogólnych z utratą przytomności, z początku tylko w nocy, od 14. roku życia, również w dzień, od lat kilku wykonywa różne, mniej lub więcej złożone czynności, o których następnie nic nie wie. Tak n. p. kiedyś ocknął się nagle na parowcu, płynącym Wołgą do Carycyna, nie mając pojęcia, w jaki sposób i kiedy tam się dostał. Pokazało się, że podróżował w ten sposób już $1\frac{1}{2}$ doby, nie zwracając zresztą swem zachowaniem się szczególnej uwagi swych współpasażerów. Autor przypomina doniosłe sądowo-lekarskie znaczenie podobnych stanów zamroczenia, w które dotychczas zwykle nie chcą wierzyć prawnicy, skłonni do upatrywania świadomego działania wszędzie tam, gdzie działanie to nosi cechy celowości i logiczności zewnętrznej. Znaczenie opisanego przypadku jest tem większe, że chory ten przedtem nigdy nie wchodził w kolizyę z kodeksem karnym i przepisami policyjnymi podczas napadów zamroczenia, że więc niema najmniejszej podstawy do posądzania go o udawanie, lub przesadę. S. Trzebiński.

E. A. Kopystyński. **Przypadek sądowo-lekarski dipsomanii padaczkowego pochodzenia.** (Obozr. psichiatrii 1911, Nr 2). Historya silnie dziedzicznie obarczonego duchownego, który przytem w ciągu dzieciństwa podlegał 3-krotnie mniej lub więcej ciężkim urazom głowy. W późniejszym wieku oddawał się on całymi miesiącami pijaństwu, poczem następował również kilkumiesięczny lub nawet paroletni okres zupełnej wstrzemięźliwości, połączonej nawet ze wstrętem do alkoholu. Ale wówczas też występowały różne przypadłości nerwowe: migreny, uczucie przygnębienia, omamy, zły sen i t. p. Kiedyś, będąc zresztą zupełnie trzeźwym, zabił on toporem, bez żadnego powodu, śpiącego brata, zachowując wprawdzie częściową pamięć samego faktu, nie mogąc jednak zdać sobie sprawy z motywów czynu, oraz nie pamiętając różnych towarzyszących mu okoliczności. Autor, wyłączając czystą dipsomanię, oraz psychozę maniakalno-depresyjną, skłania się do przyjęcia w tym przypadku rozpoznania utajonej padaczki. Tłoma-

czyłaby ona okresowe napady pijaństwa, wywołane przez uczucie przygnębienia i tęsknoty, a także występek, popełniony w stanie zamroczenia padaczkowego.

S. Trzebiński.

Nonne. **O znaczeniu »czterech odczynów«.** (XXXVI. Zgromadzenie południowo-zachodnich niem. neurologów i psychiatrów). Najnowsze wyniki badań płynu mózgowo-rdzeniowego w związku z odczynem Wassermanna streszcza Nonne w sposób następujący.

I. Badanie surowicy krwi. Odczyn Wassermanna, a) dodatni — jest charakterystyczny dla kiły. (Nieliczne nie mające znaczenia praktycznego wyjątki. Odczyn dodatni wykazują również: poszczególne przypadki płonicy — jedynie czasowo, w pewnych okresach choroby — zimnicy, framboezyi, trądu i t. d.). Dodatni odczyn W. dowodzi jedynie, że jednostka jakąkolwiek drogą — dziedziczną, czy nabytą — zetknęła się z kiłą, nie dowodzi zaś, że dane schorzenie jest natury kiłowej. b) Ujemny — ma znaczenie rozpoznawcze o tyle, że przemawia przeciw porażeniu postępującemu, ponieważ z wyjątkiem bardzo rzadkich przypadków odczyn W. z surowicą krwi bywa w tem schorzeniu stale dodatni.

II. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego. a) Płyn normalny: ciśnienie 90—130 mm wody. Faza I. — ujemna. Najwyżej 5—6 komórek w cm sz. (kamera Fuchs-Rosenthala). Odczyn W. według metody oryginalnej z użyciem 0,2 cm sz. płynu, a także z większych ilości płynu (0,3—1,0 cm sz.) — ujemny. b) Płyn patologiczny: 1) wzmożone ciśnienie (ponad 15 c. cm wody), 2) faza I. — dodatnia, 3) wzmożona zawartość komórek. Te 3 odczyny kombinowane lub zosobna wskazują na organiczne schorzenie układu nerwowego ośrodkowego (swoiste lub nieswoiste). 4) O kiłowym charakterze tego schorzenia rozstrzyga odczyn W. z płynu mózgowo-rdzeniowego. Jeżeli odczyn W. wypada dodatnio już przy zastosowaniu metody oryginalnej (0,1 cm sz. płynu), to według wszelkiego prawdopodobieństwa ma się do czynienia z porażeniem postępującem lub z temże w związku z wiądem rdzenia, o wiele rzadziej — z kiłą mózgowo-rdzeniową, wyjątkowo zaś — z czystym wiądem rdzenia. W ogromnej większości przypadków porażenia postępującego wypada odczyn W. już przy użyciu 0,2 cm sz. dodatnio. W nieznacznej części przypadków porażenia postępującego, we wszystkich prawie przypadkach kiły mózgowo-rdzeniowej i wiądu rdzenia odczyn W. bywa dodatnim przy użyciu większych ilości płynu (0,3—0, 4—1,0 cm sz.).

III. Wyniki typowe. A. Porażenie postępujące — samo lub z wiądem rdzenia: 1) odczyn W. z surowicy krwi — dodatni (prawie w 100%). Ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego często wzmożone, 2) faza I. — dodatnia (w mniej więcej 90—100%), 3) limfocytoza (w mn. w. 95%), 4) odczyn W. z płynu mózgowo-rdzeniowego, a) dodatni w mn. w. 75% przy zastosowaniu metody oryginalnej (0,2 cm sz. płynu, b) dodatni w 100% przy użyciu większych ilości płynu). B. Wiąd rdzenia (bez związku z porażeniem postępującem): 1) odczyn W. z surowicy krwi dodatni w 60 do 70%. Ciśnienie płynu m. rdz. często wzmożone, 2) faza I. — dodatnia w 90—95%, 3) limfocytoza — dodatnia w 90%, 4) odczyn W. z płynu m. rdz. — dodatni: a) przy metodzie oryginalnej w 5—10%, b) przy użyciu większych ilości płynu — prawie w 100%. C. Kiła mózgowo-rdzeniowa: 1) odczyn W. z surowicy krwi dodatni w 80—90%, ciśnienie płynu m. rdz. często wzmożone, 2) faza I. — jedynie wyjątkowo ujemna, zresztą — dodatnia, 3) limfocytoza — podobnie do fazy I. stale dodatnia, 4) odczyn W. z płynu m. rdz.: a) przy metodzie oryginalnej — dodatni w 10%, b) przy użyciu większych ilości płynu — prawie stale dodatni, (odczyn ten ma wielkie znaczenie rozpoznawcze przy wyłączaniu stwardnienia rozsianego).

Nelken — (Burghölzli).

Położnictwo i ginekologia.

J. Jakub. **Ciąża i poród przy wiądzie rdzenia.** (Russkij Wracz 1911, Nr 20). J. opisuje przebieg porodu u kobiety 36-letniej, u której przed 7 laty zjawiły się pierwsze objawy wiądu rdzenia. Chora zaraziła się przymiotem wkrótce po wyjściu za mąż w 20. roku życia. Odbyła 8 porodów, z których 4 były przedwczesne; czworo dzieci urodziło się nieżywo, z reszty czworga żywych pozostała przy życiu 1 dziewczynka 6-letnia. Ostatnia, 9. ciąża przeszła bez powikłań. Chora od 2 lat nie chodzi wcale; zupełny brak odruchu kolanowego, porażenie czucia w nogach; zatrzymanie moczu i stolca; porażenie mięśni ocznych. Poród rozpoczął się na czasie. Wody płodowe odeszły bez poprzedzających bolów. Poród odbywał się szybko, w ciągu 2—2½ godzin. Chora nie odczuwała od początku aż do końca żadnego bolu, chociaż ręką położoną na brzuch można było stwierdzić energiczne skurcze macicy. Okres wydalania płodu odbył się bez udziału tłoczni brzusznej. W czasie przerzynania się główki rodząca odczuwała tylko dosyć wyraźnie ucisk na kiszkę stolcową. Łożysko odeszło po 10 minutach. Krwawienia nie było. Okres połogowy i zwijanie się macicy odbyły się prawidłowo. Nowonarodzone dziecię płci żeńskiej było zdrowe, ważyło 7 funtów; objawów przymiotu nie miało. Odczyn Wassermanna u położnej dał wynik dodatni. J. stwierdził, iż stan chorej nie pogorszył się wcale wskutek przebytej ciąży i porodu. — Godnym zaznaczenia jest fakt, iż w okresie daleko posuniętej choroby porody odbywają się zwykle szybko, bez najmniejszego bolu i bez udziału tłoczni brzusznej. Automatyczne ośrodki ruchowe macicy spełniają znakomicie zadanie swoje bez udziału ośrodkowych narządów nerwowych (rdzenia kręgowego i mózgu). Ważną rolę odgrywa, zdaniem J., także brak odruchowego podrażnienia ośrodka, hamującego skurcze maciczne, usadowionego prawdopodobnie w rdzeniu przedłużonym. Podobny przebieg porodu spostrzegali Kruiger i Offergeld w 2 przypadkach urazowego uszkodzenia rdzenia kręgowego u ciężarnych.

M. Pietkiewicz.

H. Thaler. **Zapalenie przydatków i tkanki łącznej miednicy, ze szczególnem uwzględnieniem leczenia operacyjnego.** (Arch. f. Gyn. t. 93., zesz. III.). Spostrzeżenia, że nawet bardzo rozległe wysięki w miednicy małej mogą uledz znacznemu, a nawet i całkowitemu wessaniu tylko pod wpływem leczenia zachowawczego, skłoniły ginekologów do coraz większego ograniczenia leczenia operacyjnego. Najgorliwsi nawet operatorzy doszli do przekonania, że przy odpowiednim doborze przypadków leczenie zachowawcze najczęściej wystarcza i nie naraża chorych na niebezpieczeństwa, które ostatecznie tkwią w każdej prawie operacyi. — Doświadczenie pouczyło, że do leczenia zachowawczo-wyczekującego nadają się przedewszystkiem rozlane wysięki przymaciczne (parametritis) z niedokładnem odgraniczeniem przydatków, przypadki więc, nie nadające się do operacyi doszczętnej. Jeżeli w ciągu leczenia wytworzą się ropnie, należy je naturalnie przez nacięcie opróżnić. Do leczenia zachowawczego nadają się dalej zapalenia przydatków o średniem nasileniu, jak długo brak objawów groźnych pozwala liczyć na poprawę lub wyleczenie bez operacyi. Kierować się tu należy wynikiem kilkumiesięcznego leczenia, a dokładna obserwacya przebiegu choroby wskaże już, kiedy należy przerwać leczenie zachowawcze i przejść do operacyjnego. Postępowanie zachowawcze należy nadto stosować w przypadkach przewlekłych z niewielkimi zrostami, lub zmianami w położeniu macicy, lub wreszcie z nieznacznymi obrękami przydatków. — Bardziej czynne postępowanie nadaje się znowu do przypadków ropienia w przydatkach (pyosalpinx), gdzie bliskość otrzewnej naraża chorą stale na wielkie niebezpieczeństwo. Ścisłe rozpoznanie jest tu bardzo trudne; zalecenie bezwzględnego spokoju może dać nam pewne wskazówki. I tak jeżeli podejrzane guzy i bole zmniejszają się po dłuż-

szem leżeniu w łóżku, wówczas operacya nie jest wskazana; jeżeli jednak guz pozostanie niezmieniony lub nawet zwiększy się, można z wszelkiem prawdopodobieństwem przypuszczać, że guzem tym jest ropień jajowodu lub jajnika, a wówczas wszelkie zwlekanie z operacyą staje się bezcelowe, a nawet niebezpieczne. Postępowanie czynne będzie prócz tego wskazane przy przypuszczeniu ciąży zewnątrzmacicznej lub nowotworu złośliwego. — Na 5270 przypadków zapaleń przymacicznych i okołomacicznych — stanowiących podstawę niniejszej pracy — operowano mniej lub więcej doszczętnie 598 kobiet, u których krótsze lub dłuższe leczenie zachowawcze pozostało bez skutku = 11·3%. Prócz tego wykonano 131 razy nacięcia już to przez sklepienie pochwy, już też przez powłoki brzuszne, i to zwykle ze wskazania bezwzględnego celem wypuszczenia ropy. Z powyższych 598 operacyi wykonano 336 przez pochwę, a 262 drogą brzuszną; 177 razy (58 + 119) operowano doszczętnie, t. zn. wyjmowano macicę wraz z przydatkami, a 420 razy (277 + 142) mniej lub więcej zachowawczo. Operowanie przez pochwę będzie wskazane tam, gdzie zamierzamy operować doszczętnie i spodziewamy się, że pewna ruchomość guzów przydatków nie stanie temu na przeszkodzie; dalej tam, gdzie szczególna zakaźność ropy w guzach zdaje się być bardzo prawdopodobna; w końcu w przypadkach świeżego zapalenia, szczególnie przyrody połogowej, jeżeli operacya w tym okresie chorobowym wogóle staje się konieczna. — Operowanie drogą brzuszną jest wskazane przy silnych i rozległych zrostach, przy przypuszczeniu powikłania ze strony wyrostka robaczkowego, w przypadkach przewlekłych, tam, gdzie zamierzamy operować o ile możności zachowawczo (osoby młode) i dokładna oryentacya jest konieczna. Do zalet tej drogi operacyjnej należy jeszcze możliwość dokładniejszego pokrycia rany otrzewną, dokładnego zaopatrzenia krwawiących kikutów i skontrolowania stanu narządów sąsiednich. Do wad zaś należy zaliczać większe niebezpieczeństwo zakażenia otrzewnej i rany brzusznej, n. p. przy pęknięciu ropni, jakoteż możliwość powstania przepuklin, która jednak od czasu wprowadzenia poprzecznego cięcia Pfannenstiela znacznie się zmniejszyła. Są jednak przypadki, gdzie wskazane jest raczej cięcie podłużne, a mianowicie, gdzie pęknięcie ropnia lub uszkodzenie jelit jest prawdopodobne; przekonano się bowiem, że następowe zakażenie cięcia poprzecznego należy do bardzo przykrych powikłań okresu pooperacyjnego. Przy operacyi bardzo polecenia godne jest używanie rękawiczek gumowych. Gdzie operacya nie dała się czysto przeprowadzić lub zachodzi obawa zakażenia przy operacyi, należy ranę operacyjną koniecznie sączkować. Przy zachowaniu powyższych zasad i ostrożności otrzymano następujące wyniki pierwotne: na 335 operacyi przez pochwę 329 wyleczeń = 98·2%, śmiertelność 1·8%; na 262 operowanych przez jamę brzuszną 248 wyleczeń = 94·7%, śmiertelność 5·3%. Najlepsze szanse wyleczenia daje jedynie operacya doszczętna, a z metod zachowawczych wycięcie obu jajowodów z pozostawieniem jednego lub nawet obu jajników w połączeniu z przyszyciem trzonu macicy do powłok brzusznych. Tam, gdzie w obrazie klinicznym wybitną rolę odgrywały krwawienia, lub gdzie przy operacyi wystąpiły okoliczności, wymagające sączkowania pooperacyjnego, należy operować doszczętnie, podobnie i tam, gdzie wyniki leczenia zachowawczego okazały się bezskuteczne i operacya doszczętna wskazana; nie należy się przytem zbytnio obawiać następowych objawów z powodu ustania czynności narządu płciowego (Ausfallssymptome), owszem okazało się, że operacya taka bardzo prędko przywróciła dawną zdolność do pracy, a operowane rzadko tylko skarżyły się na zaburzenia. Przy guzach przydatkowych przyrody gruźliczej wyniki operacyjne są tak niekorzystne, że polecić można raczej leczenie zachowawcze, chyba, że gruźlica usadowiła się pierwotnie tylko w narządzie rodnym, co się jednak bardzo rzadko zdarza.

E. Ehrenpreis.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w d. 10 maja 1911.

Obecnych 40 członków. Przewodniczy Prof. Cybulski. Przewodniczący wita jako gościa kol Kramsztyka z Berlina.

1) Kol. Borzęcki przedstawia **preparaty mikroskopowe** grzybka **promienicy**, pochodzące z ognisk promienicy chorej, przedstawionej na ostatniem posiedzeniu. Obraz chorobowy uległ wyraźnej poprawie od tego czasu pod wpływem podawania KJ 3·0 dziennie.

Dyskusya: W sprawie wykrycia promienicy nadmienia Prof. Bujwid, że najważniejszem jest znalezienie drobnych ognisk w ropie, przy słabem powiększeniu nie przekraczającem 50 razy. Często wystarcza już lupa, a większe grudki widzialne bywają gołem okiem i nieraz dochodzą wielkości ziarnka prosa.

2) Kol. Borzęcki przedstawia **dwóch chorych leczonych salwarsanem**, stosowanym śródmięśniowo.

Chory M. uległ zakażeniu w lutym 1910. Leczenie dotychczasowe: w maju 1910, 7 wstrzyknięć Hg salicyl, w czerwcu 30 wcierań, d. 23 listopada 1910 salwarsan 0·6. Zmiany, które wtedy były na błonach śluzowych, ustąpiły. Zgłosił się d. 7 maja 1911 z powodu wysypki plamistej. Odczyn Wassermana dodatni. Zastosowano d. 9. V. drugą dawkę »606«.

Drugi chory Z., przyjęty d. 23. III. 1910, z rozpoznaniem »Sclerosis initialis ad cutem penis. Lymphadenitis universalis«. Zmian ogólnych nie stwierdzono. D. 26. III. salwarsan 0·6. D. 16. IV. stwierdzono: »Lues papulosa frontis, extremitat. superiorum, dorsi«. Wysypka, ograniczona tylko do pewnych okolic tułowia, miała charakter wysypki nie pierwszej, ale nawrotowej, szczegół, na który zwrócił uwagę Ehrmann u chorych leczonych salwarsanem. Choremu polecono wstrzykiwania Hg, salicyl których otrzymał do d. 22. V. 8 i w 6. dniu stwierdzono na migdałkach kłykciny płaskie.

Przedstawione te dwa przypadki, nie ujmując wartości leczenia i działania swoistego leku, gdyż u pierwszego chorego ustąpiły zmiany na błonach śluzowych, u drugiego zmiana pierwotna, stwierdzają jednak zapatrywanie dziś prawie ogólnie przyjęte, że środek ten nie chroni od nawrotów, nie mówiąc już o jego wartości jako środka wyjaławiającego. Chorzy, którym stosuje się salwarsan, powinni o tem wiedzieć i być w dalszej obserwacyi.

3) Kol. Borzęcki przedstawia chorego B. przyjętego wczoraj na oddział. Chory podaje, że od 6 tygodni — bez wiadomej przyczyny — nagle zaczął doznawać w obu stopach (do wysokości stawu skokowego), w mniejszym stopniu w obu rękach bardzo silnych bólów, kłucia, pieczenia, i uczucia gorąca. Od 6 tygodni, jak podaje, nie spał ani jednej nocy. Jedyną ulgę przynosi mu wstawienie nóg do zimnej wody i wtedy czasem na krótko zasypia. Badanie wykazuje: Skóra na grzbiecie nóg i stóp przekrwiona-zaczerwieniona, ciepłota przy dotykaniu ręką wydaje się podniesiona. Na skórze stóp i dłoni zmiany w naskórku w postaci ogniskowego łuszczenia się. Z krótkiej obserwacyi wnosząc, kol. Borzęcki rozpoznaje **erytromelalgię**. Już po przedstawieniu chorego ze względu na zaburzenia nerwowe i trudności rozpoznania skierowano chorego do ambulatoryum chorób nerwowych Prof. Piltza. Na podstawie szczegółowo przeprowadzonego badania, za które uprzejmie dziękuję kol. Piltzowi, przychylono się również do rozpoznania erytromelalgii. Chory pozostaje nadal na oddziale, a stan jego nie uległ zmianie. Aspiryna z fenacetyną podawana przynosi o tyle ulgę, że czasem chory usypia. (Streszczenie własne).

4) Prof. Bujwid przedstawia świnki morskie, szczepione **gruźlicą poddaną działaniu promieni pozafioletowych.**

Za użyciem przyrządu, dającego nieznaczną ilość tych promieni, przechodzących przez warstwę powietrza na 2 cm. grubą (induktor z butelką lejdejską i elektrody kadmowe), już po 15 sekundach bakterye gruźlicy zostają zabite. Świnki morskie, szczepione w październiku roku zeszłego, dziś nie okazują najmniejszych zmian, podczas gdy kontrolne jeszcze w grudniu padły. Działanie tych promieni jest jednakowe na gruźlicę ludzką i bydlęcą. W przeciwieństwie do tego tak energicznego działania pozafioletowych promieni nizka ciepłota, otrzymana przy parowaniu płynnego powietrza, dochodząca do — 192° C, nie działa na bakterye gruźlicze. Po 10 minutach działania tej ciepłoty bakterye gruźlicy ludzkiej i bydlęcej pozostały żywe. Świnki morskie kontrolne i takiemi bakteryami szczepione padają w tym samym czasie. Pod działaniem tej ciepłoty nie giną również zarazki duru cholery i czerwonki (typ. Shiga i Flexner). (Str. własne).

5) Kol. Eisenberg wygłasza drugą część odczytu: **O roznosicielach zarazków.**

W końcu Prof. Bujwid gorąco poleca zwiedzenie międzynarodowej wystawy higienicznej w Dreznie.

Posiedzenie naukowe z dnia 24. maja 1911.

Obecnych 40 członków.

Przewodniczący kol. Prof. Cybulski prosi na wstępie, by przemawiający streszczali swe przemówienia na piśmie, zaraz podczas posiedzenia.

1) Kol. Borzęcki przedstawia a) chorą z **promienicą** po 4-tygodniowem leczeniu jodkiem potasu. Znakomita poprawa; ogniska zabliźniają się i ustępują.

b) Dwóch chłopców, rodzonych braci w wieku 6 i 9 lat, dotkniętych ciężką postacią **świerzbiączki Hebry** (prurigo Hebrae). Obraz zmian u obu jednakowy z typowem dla cierpienia rozmieszczeniem i zajęciem gruczołów chłonnych w przegubach pachwinowych. Spostrzeganie cierpienia tego u rodzeństwa należy do rzadkości.

c) Chorą S., lat 72, przyjętą na oddział z rozpoznaniem **pokrzywki przewlekłej.** Przy badaniu chorej zauważono na przedramieniu prawem linię wężykowatą szerokości 3—4 mm., nieco nad otaczającą skórę wyniosłą skutkiem równomiernego nacieku, jaki linię tę tworzy. Odcinek skóry linią tą objęty zmian innych prócz nieznacznego odbarwienia nie przedstawia. Sprawa opisana budziła podejrzenie co do zmiany kiłowej. Zapytana chora podała, że mając lat 17, a więc przed 55 laty, leczona była wcieraniami. Wykonany odczyn Wassermanna wypadł dodatnio. Dodać należy, że zresztą stan chorej nie przedstawiał żadnych zmian, poszczególne odruchy źreniczne, kolanowe, prawidłowe. W przypadku tym należy podnieść wielką wartość próby Wassermanna pod względem rozpoznawczym, nie idącą na równi z wartością pod względem rokowania. (Streszczenie własne).

2) Kol. Nowaczyński miał odczyt: **Odczyn Calmettea z jadem kobry w surowicy ludzkiej, a wartość jego rozpoznawcza u gruźliczych.**

W dyskusyi zabierali głos kol. Eisenberg, Bujwid, Latkowski i sam prelegent. — Kol. Eisenberg zaznaczył, że próba Calmettea należy do licznych odczynów, które pospiesznie tworzy gorączka odkryć w dzisiejszej serologii. Próby te, acz nie prowadzą do pożądanych celów praktycznych, mogą jednak często odsłaniać ciekawe szczegóły biochemii ustroju zdrowego i chorego, niedostępne jeszcze bezpośrednim badaniom chemii fizyologicznej. Ciekawy fakt znalezionego przez prelegenta odczynu dodatniego w chorobach zakaźnych zdaje się tego dowodzić. Co do źródła wzmożonej ilości ciał tłuszczowatych (lipoidów), to szukanie go w rozpadzie zarazków nie jest zbyt prawdopodobnem ze względu na znikomą masę, jaką stanowią nawet miliardy drobnoustrojów i na małą ich zawartość w ciele tychże. Prawdopodobniejszem byłoby może przypuszczenie, że powstają one z komórek ustroju rozpadających się pod wpływem zakażenia. Co do wyłączenia gruźlicy utajonej jako przyczyny dodatniego odczynu u chorych zakaźnych, należy uwzględnić fakt, że, według Pirqueta i innych, u osobników gruźliczych dodatni przedtem odczyn skórny może znikać pod wpływem pewnych innych zakażeń (odra, kur), że tedy ujemny odczyn skórny w toku chorób zakaźnych nie wyklucza zakażenia gruźliczego. Wreszcie wskazuje E. na fakt, podnoszony zwłaszcza przez Baupa, że powinno się bardzo ostrożnie tylko przenosić wyniki badań przeprowadzonych z lecytynami handlowemi na stosunki w żywym ustroju, jak tego zresztą dowodzą także doświadczenia kol. prelegenta. (Streszczenie własne).

Sekretarz doroczny: Dr G. Grzybowski.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne d. 4. kwietnia 1911 r.

1) Gębarski przedstawił chorego z rozpoznaniem **uchyłka** w dolnej części **przełyku i klepsydrowatego żołądka,** które to rozpoznanie potwierdzone zostało badaniem rentgenograficznem.

2) Gliński przedstawił chorego na **pląsawicę dziedziczną.**

3) Stanisław Kozłowski: **Przyczynek do przemiany materyi u epileptyków.** Prelegent przeprowadził badania u epileptyków w dwu kierunkach: a) co do zachowania się epileptyków względem bodźców, działających na nerwy autonomiczny i współczulny według schematu Eppingera i Herza i b) szczegółowe rozbiory moczu u tych epileptyków, którzy wydzielają mocz z wielką ilością siarki neutralnej przy dyecie zwykłej, mieszanej i mlecznej. Co się tyczy punktu pierwszego, to badani chorzy nie oddziaływali wybitnie na wstrzykiwania podskórne adrenaliny, atropiny i pilokarpiny. Na pilokarpinę oddziaływały silniej dwie osoby z padaczką Jacksonowską, z których jedna dostała chwilowego podrażnienia gałązki nerwu twarzowego lewego. Na zasadzie badań moczu można było stwierdzić głębokie zaburzenia w przemianie materyi białkowej u epileptyków, z jednej strony niedostateczność spalania białka (obecność kwasów proteinowych w bardzo wielkiej ilości), z drugiej strony obecność wielkiej ilości amoniaku w moczu przednapadowym. Prelegent przypuszcza, że 1) nagromadzenie się NH_3 przed napadem w pewnych okolicznościach może być przyczyną, wywiązującą napad padaczkowy; 2) wskutek zwiększonych liczb dla siarki obojętnej i amoniaku może będzie można na tem oprzeć dyagnostykę różniczkową pomiędzy padaczką, a histeryą.

W dyskusyi Higier zaznacza, że o ile w ostatnich latach etyologia i anatomia patologiczna padaczki zostały znakomicie wyświetlone, o tyle pod względem patogenetycznym błądzimy ciągle. Czy istotnie nadmiar siarki w moczu i karbaminianu amoniaku jest stały i czy w samej rzeczy stanowi tło sprawy padaczkowej, pokażą dalsze badania na większym materyale, ale padaczki samorodnej, przy których to badaniach należy uwzględniać przemianę materyi w okresie przednapadowym i ponapadowym, oraz wpływ samego napadu.

Wisłocki zaznacza, że dotychczas stwierdzono niezbicie zmniejszenie się przed napadem ilości związków azotowych w moczu i fosforanów ziem, zwiększenie zaś tych ciał po napadach. Zmiany te nie mogą być wynikiem tylko pracy mięśniowej podczas napadów, gdyż istnieją i podczas psychicznych równoważników padaczki.

Stanisław Mutermilch zaznacza doniosłość faktu, poraz pierwszy stwierdzonego przez prelegenta, mianowicie wzmożonego wydzielania kwasów proteinowych z moczem u chorych na padaczkę. Co się tyczy wpływu, jaki wywierać ma zdaniem prelegenta wzmożone wydzielanie amoniaku na objawy chorobowe u chorych padaczkowych, to zdaniem mowcy wobec tego, iż amoniak wydziela się w postaci obojętnych połączeń, jest rzeczą mało prawdopodobną,

aby amoniak sam przez się mógł być przyczyną napadów padaczkowych.

Anastazy Landau zaznacza, że padaczka nie da się utożsamić z zatruciem kwaśnem, bowiem w cukrzycy, która prowadzi do najwyższych stopni kwasicy, drgawki mięśniowe stanowią stosunkowo rzadkie powikłanie. Z drugiej strony nie ulega wątpliwości, iż wzmożona zawartość amoniaku we krwi, oraz zwiększona wydajność tego produktu z moczem towarzyszy nieodłącznie wszystkim stanom drgawkowym. Zauważyć się to daje zarówno w drgawkach mięśniowych, wywołanych doświadczalnie u zwierząt, jak i w różnych stanach chorobowych u ludzi.

W odpowiedzi zaznacza prelegent, że nie wyprowadzał bezwzględnych wniosków, przedstawił tylko wrażenia, jakie odniósł, badając przemianę materyi epileptyków.

4) Stanisław Kozłowski: **Nowy sposób ilościowego oznaczenia indykanu zapomocą specyalnego spektrofotometru.**

W dyskusyi Wacław Mayzel przypomina swoją prostą metodę określania indykanu, podaną przed 15 laty.

5) Brudziński wygłosił rzecz p. t.: **Współczesny stan szpitalnictwa dziecięcego** z demonstracyą planów nowobudującego się szpitala dla dzieci w Warszawie. Prelegent omawia ogólne zasady szpitalnictwa dziecięcego, któremi kierować się należy przy budowie nowego szpitala, poczem przedstawia na przeźroczach plany nowego szpitala dla dzieci im. Karola-Maryi fundacyi p. Zofii Szlenker.

Posiedzenie kliniczne dnia 18. kwietnia 1911.

1) W dyskusyi nad odczytem Brudzińskiego: **Współczesny stan szpitalnictwa dziecięcego** (z demonstracyą planów nowobudującego się szpitala dla dzieci w Warszawie) zabierali głos koledzy: Polikier, Dobrowolski, Orzeł, Kramsztyk Julian i prelegent.

2) Stefan Kramsztyk z Kołobrzegu wygłosił rzecz p. t.: **Zaburzenia odżywiania niemowląt w świetle badań najnowszych.** Prelegent zaznacza, że nauka o zaburzeniach odżywiania niemowląt przechodziła w rozwoju swym różne fazy, w których kolejno odbijały się na niej poszczególne gałęzie wiedzy lekarskiej. Po okresie czysto objawowym nastąpił okres anatomo-patologiczny, po nim zaś bakteryologiczny. Na drogę ściśle naukową weszła sprawa zaburzeń odżywiania niemowląt z chwilą pojawienia się prac z kliniki Czernego, które wykazały, iż szkodliwym składnikiem mleka krowiego jest tłuszcz, wywołujący objawy acydozy. Na podstawie drobiazgowych obserwacyi klinicznych utworzył przed niedawnym czasem Finkelstein nową jednostajną klasyfikacyę zaburzeń, oraz znacznie uregulował leczenie dyetetyczne niemowląt. — Badania współczesne uważają naruszenie nabłonka jelitowego za punkt wyjścia zaburzeń; na czem jednak polega zawarty w pokarmie kobiecym »składnik uzdrawiający«, tego jeszcze ani badania przemiany mineralnej, ani rozumowania fizyczno-chemiczne wyjaśnić nie zdołały. Wprowadzone przed rokiem przez Finkelsteina mleko »białkowe« stanowi pewien postęp na drodze udoskonalenia pokarmu sztucznego, zwalczanie jednak nienaturalnego sposobu karmienia niemowląt musi być wciąż stawiane na pierwszym planie.

Posiedzenie kliniczne dnia 25. kwietnia 1911.

Witold Skórczewski wygłosił rzecz p. t.: **Leczenie głodem.** (Rzecz drukowana w »Przeglądzie lekarskim«).

Tadeusz Wilczyński.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z d. 18. marca 1911.

Obecnych 19 członków.

I. Kol. Batawia odczytał rzecz p. t.: **Stany gorączkowe pochodzenia migdałkowego.** (Odczyt ten, po wygłoszeniu go na Zjeździe lekarzy prowincyonalnych w Łodzi, będzie ogłoszony drukiem).

W dyskusyi oświadcza kol. Biegański, że już oddawna zwracał uwagę na związek przyczynowy, jaki zachodzi pomiędzy gośćcem stawowym i zapaleniem migdałków. Ostatnia epidemia zapalenia gardła (angina foll.), jaką spostrzegano w Częstochowie w roku zeszłym, wyróżniała się szczególną złośliwością. Zauważono wiele przypadków ciężkiego zapalenia stawów, wsierdzia, a nawet nerek. — Kol. Rozenfeld podnosi, że stany podgorączkowe pochodzenia migdałkowego niekoniecznie muszą być następstwem ostrego zapalenia gardła. W dwóch przypadkach gorączka wystąpiła po grypie i trwała w ciągu kilku tygodni aż do czasu rozerwania zatok (lakun) przez kol. Batawię. Charakterystyczną cechą gorączki pochodzenia migdałkowego jest stałość ciepłoty. Dzienne wahania nie przekraczają zwykle 0·2—0·3. Rozpoznanie kliniczne przyczyny gorączki jest bardzo trudne, albowiem czopy najczęściej są głęboko ukryte i ledwie widzialne dla oka.

II. Kol. Biegański mówił **o środkach sercowych.** Najskuteczniejszym środkiem jest zawsze naparstnica. Wpływ przepisywanych powszechnie proszków i naparów często się różni, zależy bowiem od zawartości glukozydów (digitaliny i digitoksyny), od właściwości samej rośliny i czasu jej zbierania. Glukozydy rozkładają się pod wpływem zawartych w liściach fermentów. Z tego powodu w Niemczech stosują wypróbowany na żabach »pulv. folior. digitalis titrata« lub też »pulv. foliorum digitalis« Winklera. Chcąc uniknąć zaburzeń przewodu pokarmowego, najlepiej stosować digipuratum (po 0·1). Jako środek wybitnie moczopędny, zwłaszcza przy obrzękach, zastępować może naparstnicę »extractum apocyni cannabini fluid.« (po 15 kropli 3 razy dziennie). Dobrym środkiem sercowym jest również kamfora, stosowana z powodzeniem przy chorobie Basedowa. Przy niedomykalności zastawek tętnicy głównej i tętniaku pożytecznym jest jodek potasu, naparstnica zaś jest nieodpowiednią, a nawet szkodliwą.

III. Kol. Biegański mówił **o czynności przysadki mózgowej** (hypophysis cerebri). Po krótkich uwagach o rozwoju i utkaniu przysadki kol. B. twierdzi, że zraz przedni tego narządu pod względem histologicznym przypomina gruczoł tarczowy, nadnercza, oraz wysepki Langerhansa. Zestawienie różnych faktów z dziedziny patologii i terapii, przerost jednego gruczołu w razie zaniku drugiego, — zdaje się przemawiać na korzyść przypuszczenia, że wszystkie gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem mają jednakową czynność. Jakkolwiek czynność ta nie została należycie wyjaśnioną, prawdopodobnie gruczoły te wywierają wpływ na rozwój kości i rozwój układu nerwowego.

W dyskusyi oświadcza kol. Rozenfeld, że gruczołom o wydzielaniu wewnętrznem przez wielu autorów (Combe) przypisywana jest jeszcze jedna czynność, polegająca na zobojętnianiu i niszczeniu pierwiastków trujących, które wytwarzają się w przewodzie pokarmowym wskutek gnicia białka. Co się tyczy identyczności funkcyi, przeczy temu poniekąd swoistość objawów chorobowych pod wpływem zmian w poszczególnych narządach. — Kol. Marczewski popiera to zdanie i dowodzi, że obecnie nie mamy jeszcze dostatecznej podstawy do utożsamiania czynności wszystkich gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem.

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie d. 23 marca 1911.

Obecnych członków 24. Przewodniczący kol. S. Trzebiński.

1) Kol. Z. Gilewicz. **O odczynie Jefimowa i Bulenko z płynem Bellosta.**

Dyskusya: Kol. Cichocki zapytuje, czy ilość amoniaku użytego do odczynu gra jakąkolwiek rolę. — Kol,

Gilewicz: Nasilenie odczynu zależy zawsze od ilości zużytego amoniaku w płynach sztucznych. — Kol. Cichocki zapytuje jeszcze prelegenta, czy spotykał śród swoich chorych, badanych odpowiednio, — chorych na glisty. — Kol. Gilewicz odpowiada, że widział tylko jednego, przyczem odczyn był ujemny.

2) M. Łążyński. przedstawia **zdjęcia rentgenograficzne** z prawej dolnej kończyny 20-letniej dziewczyny, chorej od urodzenia. W wywiadach — prawdopodobne obarczenie dziedziczne ze strony matki, która dłuższy czas cierpiała na jakąś chorobę nóg, a ostatnie lat 10 wcale nie mogła chodzić. Zresztą w całej rodzinie niema żadnych chorób ani zboczeń rozwojowych. Do dwunastego roku życia chora przy chodzeniu opierała się na prawej nodze, chociaż czuła w niej ból; potem nastąpiło przykurczenie w kolanie i kończyna stała się nietylko nieużyteczną, lecz zawadą przy chodzeniu. Kościec na ogół zbudowany prawidłowo; wejrzenie ogólne osoby zdrowej. Gruczoł tarczowy cokolwiek powiększony. Inne narządy wewnętrzne, oraz układ nerwowy ośrodkowy i obwodowy prawidłowe. Skład krwi morfologiczny nie zmieniony; odczyn Wassermanna — ujemny; Pirqueta — słabo dodatni. — Cała prawa kończyna dolna zgrubiała, zgięta w kolanie pod kątem 120°; goleń nieco wygięta łukowato ku wewnątrz, pozbawiona kształtów zwykłych; stopa również zniekształcona, wywrócona do środka; palce nieruchome. Dolna część uda, kolano, goleń i stopa bolesne przy dotykaniu. Nadzwyczaj obfite pocenie się skóry przedniej i zewnętrznej powierzchni goleni. Tkanki miękkie goleni i dolnej połowy uda — stwardniałe, żyły skórne leżą w głęboko wyżłobionych bruzdach. Wzdłuż strzałki dają się wymacać wyrostki kostne i niewielkie, jak kość twarde, ruchome grudki. Na zdjęciach rentgenograficznych widać zanik tkanki kostnej w okolicy stawów kolanowego i skokowego, oraz kości stopy. Główne jednak zmiany dotyczą strzałki — zgrubiałej w części środkowej, jakby przeżartej w częściach górnej i dolnej. Od niej na wszystkie strony odchodzą wyrostki kostne, które idąc po więzadle międzykostnem, dochodzą do piszczeli i wciągają ją w sprawę chorobową. Oprócz tego w miękkich tkankach goleni i dolnej części uda spostrzegamy znaczny naciek (infiltratio) złogów soli wapnia o budowie tkanki kostnej gąbczastej. Na ogół bujanie tkanki kostnej odbywa się tutaj podobnie, jak bujanie złośliwego nowotworu nabłonkowego: od ogniska głównego odchodzą w różne strony pasma, a prócz tego w tkankach sąsiednich leżą rozsiane i odosobnione wysepki tkanki nowotworowej. — Przedstawiona postać chorobowa jestto cierpienie »sui generis«, nie dające się zaliczyć do którejkolwiek z kategoryi znanych i opisanych schorzeń kości. Ze względu na nacieczenie tkanek miękkich solami wapnia (o budowie tkanki kostnej), na wciągnięcie w sprawę chorobową tkanek sąsiednich, na przebieg choroby postępujący, opierający się wszelkim zabiegom leczniczym, proponuje Ł. nazwać omawianą chorobę — **osteitis progressiva infiltrans**.

Dyskusya: Kol. Obniski widział przed laty w klinice Prof. Bornhaupta przypadek o pewnych cechach, zbliżonych do cech przedstawionego przypadku. Tyczył się on młodej osoby, 20 lat mającej. Chora ta od paru lat cierpiała na bóle w lewem ramieniu i przedramieniu. Całe to miejsce obrzękłe, bolesne; kości zgrubiałe. Skóra niezaczerwieniona. Mięśnie w stanie nacieku, przypominającego twardzinę (sclerodermia). Rozpoznanie: Myeloma. Promieni Roentgena wówczas jeszcze nie znano; chorej zaproponowano resekcyę, na którą się nie zgodziła.

Sekretarz: Hoffman.

---

40. Zjazd niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego.

(Berlin, 19—22. kwietnia 1911).

Podał

Dr Adolf Klęsk.

(Dokończenie).

VI. Chirurgia naczyń.

Coenen (Wrocław): **Doświadczalne badania nad operacyą Wietinga.** Operacya Wietinga zmierza do odwrócenia niejako obwodowego krążenia, a to zapomocą połączenia dośrodkowego końca tętnicy przeciętej z obwodowym końcem odpowiedniej żyły i naodwrót, przez co krew płynie przez naczynia włosowate w kierunku odwrotnym. Teoretycznie pomysł bardzo dobry; w praktyce próbowany niestety ze skutkiem niebardzo zachęcającym. Badania doświadczalne przemawiają przeciwko niemu. Zastawki żylne nie przepuszczają absolutnie krwi w kierunku przeciwnym, a nawet, o ile n. p. u psa podwiązanie obustronne szyjnej tętnicy i żyły zewnętrznej przebiega bez większych zaburzeń, to występują one gwałtownie przy skrzyżowanem połączeniu naczyń.

Smoler (Ołomuniec) poleca gorąco stopniowe zaciskanie naczyń przed ostatecznem ich podwiązaniem, zwłaszcza przy podwiązaniu tętnicy szyjnej.

Bramann (Halle): **O szwie naczyń.** B. opisuje dwa przypadki tętniaków urazowych tętnicy udowej, wyleczone wycięciem i szwem naczyniowym.

Schaack i Hesse (Petersburg): **Połączenie żyły udowej z żyłą odgoleniową (saphena) celem leczenia żylaków.** W przypadkach niedomykalności zastawek żylnych, przy dodatnim objawie Trendelenburga u ludzi silnych i zdrowych, rzeczona operacya, podana przez Delbeta z Paryża, oddaje usługi cenne, a bezwarunkowo lepsze od innych sposobów, n. p. od wycięcia naczyń.

Katzenstein (Berlin): **Czynnościowe leczenie żylaków przez przemieszczenie żyły odgoleniowej (saphena) w mięsień krawiecki.** Wiadomo, że w żyłach mięśniowych wskutek kurczenia się mięśni krążenie krwi odbywa się bardzo dobrze. K. wyzyskuje to w ten sposób, że po odpreparowaniu żyły odgoleniowej na udzie, kładzie ją w kanał, utworzony z obszytego nad żyłą mięśnia krawieckiego, który kurcząc się, popycha krew ku sercu. Wyniki bardzo dobre, zwłaszcza co do bolów i wrażeń podmiotowych.

Hackenbruch (Wiesbaden): **Rozpoznawanie niedomykalności zastawek żył kończyn dolnych.** H. bada chorych w pozycyi stojącej i uderzając w napełnioną żyłę, wywołuje powyżej w przypadkach niedomykalności zastawek wybitne uczucie chełbotania, czego przy domykalnych zastawkach niema.

Francke (Rostock): **Doświadczalne badania nad zmianą krążenia przy marskości wątroby.** Ponieważ operacya Talmy często nie daje dobrych wyników, przeto F. radzi łączyć żyłę wrotną wprost z żyłą główną.

VII. Tematy różne.

Dollinger (Peszt): **Krwawe odprowadzanie zastarzałych zwichnięć stawu biodrowego.** Na 22 przypadki zastarzałych zwichnięć stawu biodrowego w 5 udało się jeszcze odprowadzenie, w reszcie operacye, z czego zaledwo w 5 przypadkach wynik co do czynności zupełnie dobry.

Klapp (Berlin) omawia dwa przypadki **dychawicy, wyleczone wycięciem żeber.**

Schlesinger (Berlin): **Doświadczalne badania nad operacyami płucnemi przy pomocy wdmuchiwań śródpiersiowych.**

Unger omawia **wycinanie przełyku,** a Heyrovsky donosi o pomyślnem wycięciu rozszerzenia przełyku.

Bakes (Berno): **Doświadczenia nad poprzecznem cięciem brzucha podług Sprengla i nowem plastycznem cięciem torującem drogę do nerki.** B. zachwala bardzo cięcie Sprengla, które w 280 przypadkach oddało mu znakomite usługi. Poprzeczne cięcie celem dostania się do nerki daje bardzo dobry dostęp, dozwala operować śródotrzewnie i zewnątrzotrzewnie, oszczędza nerwy grzbietowe i dozwala obmacać drugą nerkę.

Arnsperger (Heidelberg) omawia sprawę żółtaczki zapalnej, a Francke pokazuje preparaty naśtrzykanych naczyń limfatycznych dróg żółciowych i trzustki.

Reichel (Chemnitz) i Haberer (Wiedeń) omawiają **wycinanie jelita grubego,** oświadczając się za wycinaniem jednoczasowem bez tamponady.

Pels-Leyden zastanawia się nad powstawaniem gruźlicy nerek, uznając zakażenie drogą krwi za główne. Barth omawia przypady zaniku sterczu.

Saar donosi o bardzo dobrych wynikach przy **ciężkich powikłanych złamaniach.** Tam nawet, gdzie dawniej napewno trzebaby amputować, obecnie udaje się wyleczyć zachowawczo, a to w ten sposób, że odłamki obu kości z pomocą rozszerzenia rany wysuwa się całkiem na powierzchnię i otacza je tamponami, a dopiero po dniach lub tygodniach, gdy wszelkie groźne objawy znikną, odprowadza się odłamki i kończynę ustala się w położeniu prawidłowem.

XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

(18—22 lipca 1911).

Sekcya chirurgiczna:

Tematy główne obrad wspólnych sekcyi medycyny wewnętrznej i chirurgicznej: 1. Chirurgia płuc i opłucnej. Referenci: 1) A. Sokołowski (Warszawa): Wskazania do leczenia chirurgicznego schorzeń płuc i opłucnej ze stanowiska medycyny wewnętrznej. 2) F. Kijewski (Warszawa): Współczesny stan chirurgii płuc. II. Leczenie wrzodu żołądka i dwunastnicy. Referenci: 3) M. Rejchman (Warszawa). 4) R. dw. Prof. L. Rydygier (Lwów).

Temat główny sekcyi chirurgicznej: Aseptyka. 5) Prof. M. W. Herman (Lwów): Współczesny stan nauki o bezgnilnem postępowaniu w chirurgii. 6) Prof. Br. Kader (Kraków): Dziesięć lat aseptyki w klinice krakowskiej. 7) Br. Hackbeil (Kraków): Eter, jako środek odkażający skórę.

Wykłady: 8) Prof. L. Kryński (Warszawa): Leczenie chirurgiczne choroby Basedowa. 9) Tenże: Operacya Mingazziniego. 10) H. Oderfeld (Warszawa): Wycięcie guzów wątroby. 11) S. Dobrucki (Lublin): Postępowanie przy poprzecznych przecięciach przewodu żółciowego wspólnego. 12) Prof. Kader (Kraków): Jakie powinniśmy zająć stanowisko w sprawie leczenia kamicy żółciowej na podstawie zmian spostrzeganych przy operacyach na drogach żółciowych. 13) F. Majewski (Warszawa) i M. Zielińska (Warszawa): O znaczeniu badania cytologicznego wysięku pryszczydłowego dla rozpoznania nowotworów jamy brzusznej. 14) F. Majewski (Warszawa): O leukocytozie bólowej. 15) Dr Mincer (Warszawa): O usuwaniu całkowitem pęcherza moczowego wraz z gruczołem krokowym. (Przedstawienie chorego). 16) C. Stankiewicz (Warszawa): Kilka uwag z powodu przypadku wynicowania pęcherza moczowego. (Operacya Maydl-Boreliusa). 17) Prof. W. Chlumsky (Kraków): W sprawie operacyjnego leczenia wynicowania pęcherza. 18) Tenże: Przyczynek do etyologii i leczenia wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego. 19) Tenże: O zwichnięciu górnego końca kości promieniowej u dzieci. 20) Pomorski (Poznań): O wynikach przeszczepiania ścięgien i zgwaźdźania kości (Knochenbolzung) przy porażeniach dziecięcych. 21) Epstein (Kraków): Leczenie porażeń dziecięcych na podstawie doświadczeń krakowskiej kliniki. 22) Doc. Z. Radliński (Kraków): W sprawie dyagnostyki czynnościowej nerek (praca doświadczalna). 23) M. Warzeszkiewicz (Kraków): Skręt pętli esowatej. 24) M. Hładij (Kraków): Przecięcie górnego końca kości udowej przy zesztywnieniach stawu biodrowego. 25) M. Saidman (Kraków): O leczeniu gruźlicy chirurgicznej zapomocą fermentów. 26) Tenże: W sprawie wewnątrzżylnego znieczulania hedonalem. 27) Prof. F. Nowotny (Kraków): Temat zastrzeżony. 28) Helman (Łódź): Sprawy chorobowe narządu słuchowego u osesków i niemowląt. 29) Batawia (Częstochowa): Przewlekłe sprawy gorączkowe pochodzenia migdałkowego. 30) Żebrowski (Lublin): Przyczynek do kazuistyki złośliwych nowotworów ucha środkowego. 31) Lauer (Kraków): Z fizyologii błędnika. 32) Spira (Kraków): Temat zastrzeżony. 33) Prof. Br. Kader (Kraków): W sprawie homoplastyki kostnej.

O ile w odpowiednim czasie zgłoszona zostanie dostateczna ilość odpowiednich odczytów, będzie urządzone posiedzenie z pokazaniem projekcyi. Dotychczas w tym dziale zgłoszono: 34) I. H. Judt (Warszawa): Rentgenografia płuc a zwłaszcza gruźlicy. 35) H. Hładij (Kraków): Pokazy rentgenograficzne.

Dalsze zgłoszenia odczytów uprasza się adresować: Prof. Dr Br Kader, Kraków, Klinika chirurgiczna, ul. Kopernika 40. Chorzy sprowadzeni przez uczestników Zjazdu do przedstawienia znajdą pomieszczenie w klinice chirurgicznej (Kopernika 40).

Ogólny program Zjazdu jest następujący:

W poniedziałek, dnia 17 lipca, o godz. 6 wieczorem w sali krakowskiego Towarzystwa lekarskiego uroczyste posiedzenie z powodu 50-letniego istnienia »Przeglądu lekarskiego«, organu tego Towarzystwa. Wieczorem tego dnia o godz. 9 w salach Grand Hotelu swobodne zebranie celem wzajemnego poznania się.

We wtorek, dnia 18 lipca, o godz. 9 rano otwarcie Zjazdu w salach Starego Teatru, popołudnie zaś tego dnia, jak również cała środa i czwartek, przeznaczone są na posiedzenia sekcyjne, które będą się odbywać rano od godz. 9 do 12 i popołudniu od godziny 3 do 6.

W piątek, dnia 21. lipca, o godzinie 9 rano odbędzie się ogólne posiedzenie i zamknięcie Zjazdu, poczem rozpoczną się wycieczki — jedna do Wieliczki, druga naukowa, złożona z mineralogów, geologów i botaników, wzdłuż Raby i Dunajca do Tatr, a wreszcie trzecia, lekarsko-turystyczna, do Zakopanego i Tatr.

Na posiedzeniu inauguracyjnem wygłosi odczyt Dr Eugeniusz Romer, prof. uniwersytetu we Lwowie, pt. »O krajobrazie«, a spodziewany jest także współudział p. Curie-Skłodowskiej z Paryża. Na posiedzeniu, zamykającem Zjazd, wygłosi odczyt Dr Heliodor Święcicki z Poznania p. t. »Estetyka w medycynie«. Podczas Zjazdu odbędzie się wystawa balneologiczna, mineralogiczna i zawodowo-farmaceutyczna. Członkowie Zjazdu będą otrzymywać codziennie »Dziennik Zjazdu«, informujący o przebiegu obrad i podający szczegółowe programy, oraz wszelkie bieżące wiadomości, po Zjeździe zaś każdy z uczestników otrzyma »Pamiętnik Zjazdu«, zawierający treść odczytów, rozpraw i uchwały Zjazdu.

Co do towarzyskiej strony Zjazdu, to we wtorek 18. lipca, odbędzie się raut komitetu gospodarczego, we środę, o ile pogoda dopisze, podwieczorek w parku Jordana, a we czwartek wieczorem gmina m. Krakowa wydaje raut na przyjęcie gości. Osobny komitet, złożony z ludzi fachowych, zajmie się oprowadzaniem uczestników po Krakowie, aby dać im możność poznania artystycznych i bogatych pamiątek grodu Krakusa.

Wreszcie, aby ułatwić uczestnikom wygodny pobyt w Krakowie, zawiązał się osobny komitet mieszkaniowy, na którego czele stoi Prof. Jan Piltz (Kopernika 23), do którego też w sprawie mieszkań z dokładnem podaniem jakości mieszkania należy się zgłaszać.

Ludwik Przedborski.

Przed kilku tygodniami pogrzebaliśmy jednego z szanowanych i najbardziej szacunku godnych lekarzy w Łodzi, Ludwika Przedborskiego.

Urodzony w Warszawie w r. 1858 w biednej żydowskiej rodzinie, skończył warszawski Wydział lekarski, a uzupełniwszy wykształcenie pod kierunkiem mistrzów szkoły wiedeńskiej, osiadł

w Łodzi, jako laryngolog i ordynator szpitala Poznańskich i na tem stanowisku wytrwał lat 25 z górą. Jako lekarz oddawał się nauce z zamiłowaniem, o czem świadczy długi, bo z 25 prac składający się szereg monografii i artykułów z dziedziny laryngologii, do pierwszych pionerów której w kraju naszym należał, drukowanych w czasopismach lekarskich polskich i obcych, świadczy dalej gorliwy udział w Zjazdach lekarskich i w pracach Tow. lek. łódzkiego, którego od założenia był członkiem.

Jako lekarz i kolega był bez zarzutu w stosunku do chorych i kolegów. Lecz cechą najwydatniejszą, która Mu powszechny szacunek zdobyła, było głębokie poczucie obowiązków społecznych i szczery stosunek do aspiracyi narodowych społeczeństwa polskiego, za którego członka się uznawał bez zastrzeżeń z mocy uczuć głębokich.

Szerokie wykształcenie ogólne, wielki talent popularyzatorski, bystrość umysłu, łatwość wysłowienia i wrodzony dowcip, przy wielkiej dobrej woli i gotowość do usług społecznych sprawiały, że we wszelkich poczynaniach społecznych w Łodzi wyraźnie i dobitnie swój udział zaznaczył. Dość przypomnieć o działalności i odczytach Przedborskiego w Tow. higienicznem, w Tow. krzewienia oświaty, w Tow. abstynentów, w Zarządzie Pogotowia, w Kom. budowy szpitala dla obłąkanych żydów, aby uprzytomnić sobie, jak dużo sił i czasu poświęcał zmarły na usługi obywatelskie. Ostatnim czynem Przedborskiego było zainicyowanie i przedwstępne prace w celu założenia w Łodzi muzeum nauki i sztuki. Niestety choroba nerek na tle stwardnienia tętnic nie pozwoliła Mu wziąć udziału w otwarciu tej instytucyi, które nastąpiło parę miesięcy temu.

To ostatnie swe dziecię Przedborski bardzo umiłował i miłości tej dał wyraz, dzieląc na łożu śmierci pomiędzy muzeum a szpitalem dla obłąkanych skromne swe oszczędności.

Do chwili śmierci zmarły zachował pogodę umysłu i humor. Żył szlachetnie, świat żegnał z uśmiechem. Cześć jego pamięci.

Julian Grabowski.

Prace Ludwika Przedborskiego.

1) Skurcz fonacyjny pochodzenia nerwowego. 2) O histerycznych zaburzeniach krtani. 3) Przypadek uleczenia pierwotnej gruźlicy krtani. 4) Obecny stan leczenia gruźlicy krtani. 5) Spostrzeżenia nad stosowaniem tuberkuliny w szpitalu im. Poznańskich w Łodzi. 6) O wypadnięciu zatoki Morgagniego. 7) O przewlekłym nieżycie nosa. 8) O krwotocznem zapaleniu krtani. 9) O ostrem ropnem zapaleniu gardzieli i krtani. 10) Przypadek obcego ciała w krtani. 11) Przypadek ropnia nagłośni w przebiegu odry. 12) Przypadek porażenia krtani w przebiegu endocarditidis ulcer. septicae. 13) Przypadek pierwotnego skurczu rozszerzaczy głośni. 14) O nerwowych cierpieniach krtani przy tyfusie brzusznym i wysypkowym. 15) O cierpieniach krtani przy ciąży. — Wszystkie te prace wyszły w »Gazecie lekarsk.«.

16) Reflexneurosen bei Nasenkrankheiten. 17) O fenolu sulforycynowym przy gruźlicy krtani. 18) Wyniki tracheotomii przy stosowaniu surowicy przeciwbłoniczej. — Trzy powyższe odczyty wygłoszone zostały na Zjazdach międzynarodowych w Rzymie i w Berlinie.

17) Przyczynek do powstawania, rozpoznawania i leczenia cierpień zatok bocznych nosa. »Czasopismo lek.« 1904. Nr 11. i 12. 18) Obecny stan otolaryngologii. »Czasop. lek.« numer jubileuszowy Biegańskiego. 19) O wyroślach adenoidalnych. »Zdrowie«. 20) Zmysł słuchu i dźwięku. Wydawnictwo Arcta »Jak poznajemy świat«. 21) Beitrag zur Lehre über die acuten infectiösen phlegmonösen Entzündungen des Rachens und Kehlkopfs. Monatschrift für Ohrenheilkunde 1896. Nr 8. 22) Ueber einen Fall vom primären hysterischen Krampf der Glottiserweiterer. Ibidem 1893. Nr 11. 23) Ueber Lähmungen der Kehlkopfsmuskeln bei Unterleibs- und Flecktyphus. Vollkmanns klin. Vorträge. Nr 182. 24) Linksseitige Kehlkopflähmung im Verlaufe einer acuten infectiösen Krankheit von unbekannter Natur. Monatschrift für Ohrenheilkunde 1895. Nr 11. 25) Przypadek porażenia opuszkowego ze schorzeniem przeważnie jąder ruchowych nerwów błędnego, dodatkowego i gardzielowojęzykowego. »Gazeta lek.« 1911. Nr 14.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 21. b. m. posiedzenie, na którem Prof. Kader i Dr Radliński przed-

stawili chorych z kliniki chirurgicznej, a Prof. Reiss z kliniki dermatologicznej, poczem odbył się zapowiedziany wykład Dr Webera.

— Dziekanem Wydziału lekarskiego na rok 1911/12 wybrany został Prof. Dr Władysław Reiss.

— Dr Franciszek Krzyształowicz, profesor nadzw. tytularny dermatologii, mianowany został profesorem nadzw. rzeczywistym, a docent medycyny wewnętrznej Dr Erwin Mięsowicz — profesorem nadzw. tytularnym.

— Ministerstwo oświaty zatwierdziło habilitacyę Dr Zygmunta Radlińskiego z zakresu chirurgii.

— Dyplom doktorski uzyskali pp.: Maryan Niewiarowski, rodem z Wołynia, Władysław Kuryluk z Warszawy, Stanisław Jan Rudzik, Gregórz Kral z Sądowej Wiszni, Stanisław Przychodzki z Krakowa i Józef Schmidt z Karwiny na Slązku.

— Bratnia Pomoc medyków Uniw. Jagiell. zorganizowała wycieczkę naukową po zdrojowiskach galicyjskich dla obeznania słuchaczy medycyny z urządzeniami balneologicznemi w kraju. Wycieczka, w której uczestniczyło 25 słuchaczy, zwiedziła przy udziale Prof. Bujwida od 31. V. do 8. VI. Żegiestów, Zakopane i Szczawnicę. We wszystkich zdrojowiskach oprowadzali wycieczkę z odpowiednim wykładem lekarze zdrojowi.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 11. VI. do 17. VI. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † — (w tem obcych 2 † —), krztuśca 3, ospy wietrznej 4, płonicy 12 † — (2 † —), odry 5 † 2 (— † —), duru brzusznego 2 † 1 (1 † 1), czerwonki 1, róży 2, jaglicy 1, różyczki 1. Dr Janiszewski.

Zmarli: Dr Bolesław Jan Napoleon Grabiński w 70 r. ż. w Neuville-sur-Saône; Dr Michał Kępiński w 59 r. ż. w Warszawie.

neurolog Prof. Remak i chirurg Prof. Krönig w Berlinie, patolog Prof. Stilling w Lozannie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok L. Kraków, dnia 1. lipca 1911. Nr. 26.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O wpływie alkoholu na rozwój raka u myszy białych.

(Część druga badań eksperymentalnych nowotworów złośliwych).

Przez

Adama Wrzoska.

(Dokończenie).

Można jednak myszy przyzwyczaić do wypijania codziennie nawet sporej ilości alkoholu, jeżeli stopniowo dodawać im alkohol do mleka, zaczynając od bardzo małych dawek, albo jeżeli im dawać alkohol w mleku od chwili, gdy same zaczynają pić i jeść, a więc poczynając od 17—20 dnia po urodzeniu.

Pragnąc zbadać wpływ alkoholu na rozwój raka, zaszczepionego myszom białym, do każdego szeregu eksperymentów wybierałem myszy, o ile możności, jednakowego wieku, jednakowej wagi, a nieraz i z jednego miotu. Wybrane w ten sposób myszy dzieliłem na dwie części, zaszczepiałem im pod skórę w jednakowem miejscu i w jednakowej ilości miazgę gruczolako-raków Nr I. i Nr. IV., opisanych w poprzedniej pracy [1]). Jednej części myszy dawałem pszenicę i mleko bez alkoholu, drugiej takie samo jadło, lecz do mleka dodawałem alkohol w rozmaitej ilości, zaczynając z początku od małych dawek, a potem je stopniowo zwiększając. Myszy do eksperymentów wybierałem młode, 2—3 miesięczne. Szczepiłem im nowotwór zmiażdżony nożyczkami lub specyalną maszynką do miażdżenia tkanek. Miazgę nowotworu szczepiłem nierozrzedzoną, lub też rozrzedzoną rozczynem fizyologicznym soli kuchennej. Dawka miazgi nowotworu, po odliczeniu rozczynu fizyologicznego, jeżeli miazga była rozrzedzona, wynosiła, w rozmaitych szeregach eksperymentów, od 5,7 mg. do 25 mg. Zaszczepione nowotwory przyjmowały się nie wszystkim myszom. Nowotwór Nr I. zaszczepiłem ogółem 111 myszom: 61 alkoholizowanym i 50 kontrolnym. Z liczby pierwszych nowotwór nie przyjął się 29 myszom (47·54%), z liczby drugich — 19 (38%). Nowotwór Nr IV. zaszczepiłem 159 myszom: 78 alkoholizowanym i 81 kontrolnym. Z pierwszych nowotwór nie przyjął się 25 myszom (32·1%), z drugich — 21 myszom (26%). — Niektóre z zaszczepionych myszy, którym nowotwór się przyjął, użyłem do innych eksperymentów, mianowicie do dalszego przeszczepiania nowotworów.

W podanych niżej tablicach, w których zestawiłem wyniki eksperymentów, uwzględniłem te tylko myszy, którym nowotwór się przyjął i które były obserwowane do końca życia. Jeżeli w uwagach obok tablic zamieszczonych niema żadnej wzmianki o sposobie dawania alkoholu, to znaczy, że myszy dostawały alkohol w mleku od dnia zaszczepienia nowotworu. Jeżeli dawka dzienna alkoholu absolutnego wynosiła średnio dla jednej myszy 0·05 cm^3 — 0,1 cm^3, to w tablicach dawka taka oznaczona jest jako średnia, jeżeli zaś wynosiła więcej, niż 0,1 cm^3, jako duża. W tablicach podałem także wagę nowotworów, które ważyłem po sekcyi myszy. Nie zawsze jednak można było oznaczyć dokładnie tę wagę, gdyż, jeżeli po śmierci mysz przez kilka godzin pozostawała w klatce, to nieraz inne myszy wygryzały jej nowotwór w całości lub częściowo. W takich razach w tablicach w rubryce wagi nowotworów umieszczałem znak zapytania. (Tabl. I. i II.).

Powyższe wyniki eksperymentów dowodzą, że alkohol nie wywierał wyraźnie ujemnego wpływu na ustrój myszy rakowatych, gdyż myszy te żyły średnio nie krócej, a nowotwory nie rozwijały u nich szybciej, aniżeli u kontrolnych. Wprawdzie w niektórych szeregach eksperymentów, osobliwie gdy do szczepienia użyty był nowotwór Nr I., średnia długość życia myszy kontrolnych była większa, niż alkoholizowanych (szereg eksperymentów 2, 5, 8, 11, 12, 16), natomiast w innych szeregach eksperymentów rzecz miała się wręcz odwrotnie (szereg eksperymentów 1, 6, 7, 9, 10, 13, 14, 15, 17). Podobnie, waga przeciętna nowotworów ulegała wahaniom w rozmaitych szeregach eksperymentów: w jednych była większa u kontrolnych (1, 2, 5, 7, 8, 12, 14, 15, 16), w innych u myszy alkoholizowanych (3, 6, 9, 11, 13, 17). Częściej atoli zdarzało się, iż nowotwory u myszy alkoholizowanych rozwijały się powolniej, aniżeli u myszy kontrolnych, jak to było n. p. w 15. szeregu eksperymentów, w którym zaszczepiłem nowotwór Nr IV. myszom do ogona dnia 5. XI. 1910. Od d. 7. XII. 1910 zaczęły dostawać alkohol z mlekiem. W dniu tym odfotografowano nowotwory w ogonach u trzech myszy kontrolnych (fotografia I.) i u tyluż myszy, którym zaczęto dawać alkohol (fotografia II.). Do eksperymentów z alkoholem wybrałem w tym szeregu umyślnie takie myszy, którym nowotwór zaczął się szybciej rozwijać, aniżeli u innych. Po miesiącu miałem za-

[1]) A. Wrzosek. O warunkach powstawania przerzutów makroskopowych u myszy rakowatych. Przegląd lekarski, 1910.

TABLICA I.

Myszy zaszczepione nowotworem Nr I.

	Liczba szeregu eksperymentów i data szczepienia nowotworu	Pokolenie zaszczepionego nowotworu	Miejsce zaszczepienia nowotworu	Myszy kontrolne: Płeć myszy	Waga nowotworu	Przeciętna waga nowotworu	Liczba dni życia po zaszczepieniu nowotworu	Przeciętna liczba dni życia	Uwagi	Myszy alkoholizowane: Płeć myszy	Dawka alkoholu	Waga nowotworu w gr.	Przeciętna waga nowotworu	Liczba dni życia po zaszczepieniu nowotworu	Przeciętna liczba dni życia	Uwagi
1	13. XI. 1907	12	grzbiet	♀ ♀ ♂	6·4 9·0 4·5	6·6	44 48 43	45·0		♀ ♀	duża »	3·3 7·2	5·2	56 124	90·0	
2	10. XII. 1907	13	grzbiet	♂ ♀ ♀	9·2 5·7 5·8	6·9	106 64 102	90·7		♂ ♀ ♀	średnia » »	6·5 4·5 0·6	3·9	98 95 31	74·7	Przerzuty w płucach.
3	23. XII. 1907	12	grzbiet	♀ ♀ ♂ ♂	7·9 6·9 3·9 8·1	6·7	71 52 30 41	48·5		♀ ♂ ♂ ♂	duża » » »	7·5 9·1 6·6 4·6	6·9	68 58 32 36	48·5	
4	30. XII. 1907	12	jama brzuszna	♂ ♀	4·0 ?	?	48 57	52·5		♂ ♀	duża »	5·3 3·8	4·5	41 64	52·5	Alkohol wstrzykiwano pod skórę, zaczynając od drugiego dnia po zaszczepieniu nowotworu.
5	1. VI. 1908	16	grzbiet	♂ ♂ ♀	8·0 8·2 5·5	7·2	94 94 64	84·0		♂ ♀	duża »	6·3 5·8	6·0	56 94	75·0	
6	17. VII. 1908	16	grzbiet	♀	3·9	3·9	39	39·0		♀ ♀	średnia »	5·2 7·0	6·1	48 65	56·5	
7	26. III. 1909	22	grzbiet	♀ ♀ ♀	3·3 3·9 3·8	3·7	57 55 55	55·7		♀ ♀ ♂ ♀ ♀	duża » » » »	2·5 4·1 1·5 2·9 3·9	3·0	58 59 67 54 61	59·8	Zaczęły dostawać alkohol w miesiąc po zaszczepieniu nowotworu.
8	8. III. 1911	37	pachwina	♂ ♂ ♀ ♀ ♀ ♀	4·3 5·3 4·7 6·0 5·0 7·0	5·4	25 25 40 46 45 49	38·3		♂ ♂ ♀ ♀ ♂ ♂ ♀ ♀	duża » » » » » » »	3·5 3·8 6·0 4·5 5·0 6·0 3·0 4·5	4·5	19 24 25 27 29 29 34 46	29·1	





miar ponownie odfotografować nowotwory, lecz już po upływie 24 dni padły dwie myszy kontrolne i jedna alkoholizowana. Wobec tego d. 31. XII. 1910 roku można było odfotografować tylko trzy myszy: jedną kontrolną i dwie

TABLICA II.

Myszy zaszczepione nowotworem Nr IV.

Liczba szeregu eksperymentów i data szczepienia nowotworu		Pokolenie zaszczepionego nowotworu	Miejsce zaszczepienia nowotworu	Myszy kontrolne: Płeć myszy	Waga nowotworu	Przeciętna waga nowotworu	Liczba dni życia po zaszczepieniu nowotworu	Przeciętna liczba dni życia	Uwagi	Myszy alkoholizowane: Płeć myszy	Dawka alkoholu	Wada nowotworu w gr.	Przeciętna waga nowotworu	Liczba dni życia po zaszczepieniu nowotworu	Przeciętna liczba dni życia	Uwagi
9	14. I. 1908	6	grzbiet	♂ ♂ ♂ ♂ ♀ ♀ ♀ ♀	4·7 8·3 8·0 4·9 9·1 2·1 8·5 2·0	5·9	86 88 107 71 109 89 124 39	89·1		♂ ♂ ♀ ♂ ♀ ♀ ♀ ♀	średnia » » » » » » »	6·2 3·1 5·2 10·0 7·7 6·2 7·3 7·7	6·7	96 41 93 99 120 96 99 105	93·6	Zaczęły dostawać alkohol na 25 dni przed zaszczepieniem nowotworu Przerzuty w płucach.
10	9. III 1908	7	ogon	♂ ♀	2·0 ?	?	316 149	232·5		♂ ♂ ♀ ♀	średnia » » »	? 0·85 1·6 ?	?	196 289 260 205	237·5	Zaczęły dostawać alkohol w 65 dni po zaszczepieniu nowotw.
11	17. VII. 1908	10	grzbiet	♂ ♀ ♀	4·1 7·3 4·0	5·1	61 89 44	64·7		♂ ♂ ♀ ♀	średnia » » »	2·0 3·2 6·5 9·1	5·2	28 33 36 71	42·0	
12	20. V. 1910	29	grzbiet	♂ ♂ ♂	8·2 8·5 6·7	7·8	55 60 76	63·7		♂ ♂ ♂	duża » »	6·5 9·2 6·5	7·4	61 63 64	62·7	Alkohol wstrzykiwany był pod skórę. Przerz. w płuc.
13	20. V. 1910	29	ogon	♂ ♀ ♀	1·3 0·7 1·2	1·1	59 67 65	63·7	Przerzuty w płuc.	♂ ♀ ♀ ♀	duża » » »	6·5 ? 0·3 4·0	2·3	108 79 79 111	94·2	Przerz. w płuc. » »
14	8. VI 1910	29	grzbiet	♀ ♀ ♀ ♂ ♂ ♀ ♂ ♀ ♂ ♀ ♀	5·2 6·7 10·0 7·2 0·9 2·1 2·6 9·0 8·0 4·8 6·5	5·7	35 35 69 28 26 34 29 47 55 29 40	38·8		♂ ♀ ♀ ♀ ♂ ♂ ♂ ♀ ♀	duża » » » » » » » »	1·3 4·3 3·3 12·0 2·2 3·5 3·5 5·5 5·9	4·6	26 29 37 77 36 49 32 77 44	45·2	Zaczęły dostawać alkohol na 5 dni przed zaszczepieniem nowotworu.
15	5. XI. 1910	34	ogon	♀ ♀ ♀ ♀ ♀	1·9 1·0 1·0 ? 1·2	1·3	46 30 45 31 29	36·2	Przerzuty w płuc. Przerzuty w płuc. » »	♀ ♀ ♀ ♀ ♀	średnia » » » »	1·3 1·3 0·8 1·0 0·7	1·0	60 37 46 38 89	54·0	Zaczęły dostawać alkohol od 33. dnia po zaszczep. nowot. Przerzuty w płucach.
16	20. I. 1911	36	ogon	♀ ♀ ♀ ♀ ♂ ♂ ♂	2·4 1·8 0·05 0·7 0·7 2·7 2·7	1·6	64 83 27 46 66 111 119	73·7	Przerzuty w płuc. » » Przerzuty w płuc. » » » »	♀ ♀ ♂ ♂ ♀ ♀ ♂ ♀ ♀	średnia » » » » » » » »	0·05 0·2 0·1 0·6 ? 0·8 0·5 0·4 0·8	0·4	30 62 55 66 87 83 81 71 83	68·7	Przerzuty w płucach. Przerzuty w płucach. Przerzuty w płucach.
17	4. II. 1911	36	pachwina	♂ ♂ ♂ ♂ ♂ ♂ ♂ ♂	8·0 9·7 0·6 0·8 5·3 0·5 2·8 1·1	3·6	33 35 48 23 21 14 28 31	29·1		♂ ♂ ♂ ♂ ♂ ♂ ♂ ♂	średnia » » » » » » »	5·6 6·0 7·6 8·5 11·2 8·2 8·7 8·5	8·0	24 27 26 29 30 28 33 45	30·2	Zaczęły dostawać alkohol od 14 dnia po zaszczepieniu nowotworu.

alkoholizowane (fotografia III.). Na fotografii tej widać wyraźnie, że mysz L. 3 ma nowotwór daleko większy, aniżeli mysz L. 4, choć przed podawaniem alkoholu myszy L. 4 stosunek nowotworów był całkiem odmienny; nowotwór L. 3 nie jest mniejszy również od nowotworu myszy L. 6, aczkolwiek przed rozpoczęciem podawania alkoholu



mysz L. 6 miała daleko większy nowotwór, aniżeli mysz oznaczona L. 3.

Co się tyczy wreszcie powstawania przerzutów, to cokolwiek częściej spotykało się je u myszy alkoholizowanych, niż u kontrolnych: u pierwszych na 82 myszy u 13, u drugich na 75 u 9.

Ogólny wniosek co do działania alkoholu na myszy rakowate, na zasadzie powyższych eksperymentów, można wysnuć taki:

A l k o h o l w m i e r n y c h a n a w e t w d u ż y c h d a w k a c h n i e w y w i e r a s z k o d l i w e g o w p ł y w u n a m y s z y b i a ł e, m a j ą c e p r z e s z c z e p i o n e g o r a k a. Nie zauważyłem również, iżby alkohol, podawany myszom przez długi czas przed zaszczepieniem im nowotworu, szkodliwie wpływał na ich ustrój, usposabiając go do mniejszej względem zaszczepionych nowotworów odporności. Świadczy o tem następujące spostrzeżenie. Myszom w jednej klatce w ciągu 10 miesięcy dodawałem stale do mleka alkohol w dawkach umiarkowanych, przyczem na każdą mysz wypadało absolutnego alkoholu od 0·05 do 0·1 cm^3. Myszy nie wykazywały żadnych zaburzeń i rozmnażały się dość licznie. Młode, od rodziców alkoholizowanych pochodzące, pozostawały w tej samej klatce, w której się urodziły. Jak tylko przestawały ssać, piły to samo mleko z alkoholem, co ich rodzice. Owóż myszy, pochodzące od rodziców alkoholizowanych i same alkoholizowane, bynajmniej nie były wrażliwsze na szczepienie nowotworów, aniżeli myszy, pochodzące od rodziców, którzy alkoholu nie dostawali. Jako przykład przytaczam sprawozdanie z jednego szeregu eksperymentów.

Do pachwiny zaszczepiłem po 25 mg. miazgi nowotworu Nr IV: po pierwsze, 11 myszom, które dostawały alkohol wraz z mlekiem w umiarkowanych dawkach od chwili, gdy tylko same jeść zaczęły, i których przodkowie dwóch pokoleń wstecz dostawali również stale alkohol w umiarkowanych dawkach, do mleka dodawanych; po wtóre, 15 myszom, które nie pochodziły od myszy alkoholizowanych i same alkoholu nie dostawały. Wszystkie wymienione myszy były mniej więcej jednego wieku: miały od 2 do 3 miesięcy. Po zaszczepieniu im nowotworu wszystkie w jednej klatce umieściłem i jednakowo odżywiałem pszenicą i mlekiem. Z pośród pierwszych myszy (alkoholizowanych przed zaszczepieniem nowotworu) nowotwór przyjął się u 9; średnia liczba dni życia tych 9 myszy, po zaszczepieniu nowotworu wynosiła 36 dni, a średnia waga ich nowotworów 7·4 gr. Z pośród drugich myszy (kontrolnych) nowotwór przyjął się u 14; po zaszczepieniu nowotworu żyły one średnio po dni 28·5, a nowotwory ich ważyły średnio po 7·3 gr.

Po wspomnianych wyżej eksperymentach pozostawało jeszcze zbadać, jak wpływa alkohol na rozwój nowotworów, jeżeli zadziałać nim bezpośrednio na miazgę nowotworową przed zaszczepieniem jej myszom.

W tym celu wykonałem dwa szeregi eksperymentów na myszach młodych, o ile możności jednakowego wieku i jednakowo żywionych (pszenicą i mlekiem).

W pierwszym szeregu zaszczepiłem do pachwiny 24 myszom po 50 mg. rozrzedzonej miazgi nowotworu Nr IV. W każdej dawce było 25 mg. miazgi nowotworu i 25 mg. rozczynu fizyologicznego soli kuchennej. Jednej połowie myszy (kontrolne) zaszczepiłem rozrzedzoną miazgę nowotworu bez alkoholu, drugiej zaś połowie z dodatkiem do każdej dawki po 0·0013 cm^3 alkoholu absolutnego. Z liczby pierwszych 12 myszy nowotwór przyjął się 11 myszom, z pośród drugich 12—7 myszom. Po zaszczepieniu nowotworu pierwsze 11 żyły średnio po dni 29·1, drugie zaś 7 po 31 dni. Waga nawotworów pierwszych myszy wynosiła średnio po 3·6 gr., a drugich po 5·7 gr.

W drugim szeregu eksperymentów zaszczepiłem kilkudziesięciu myszom, podobnie jak myszom w poprzednim szeregu, po 50 mg. miazgi nowotworu Nr IV w połowie rozrzedzonej rozczynem fizyologicznym soli kuchennej. Jednym myszom zaszczepiłem miazgę nowotworu bez dodatku, innym z dodatkiem alkoholu, a mianowicie:

1) bez dodatku alkoholu					16	myszom
2) z dod. 0·0025	alkoholu 40%	do	każdej	dawki	10	»
3) » 0·0075	»	»	»	»	10	»
4) » 0·025	»	»	»	»	10	»
5) » 0·05	»	»	»	»	10	»

Nowotwór przyjął się z liczby pierwszych 9 myszom, drugich 7, trzecich 3, czwartych 5 i piątych także 5. Po zaszczepieniu nowotworu żyły średnio: pierwsze po dni 37·4, drugie po 37, trzecie po 36·3, czwarte po tyleż dni i piąte po 45 dni. Średnio waga nowotworów wynosiła: pierwszych myszy po 8·7 gr., drugich po 6·7 gr., trzecich po 6·4 gr., czwartych po 8·4 gr. i piątych po 7·3 gr.

Z powyższych eksperymentów wynika, że dodawanie do miazgi nowotworu alkoholu nawet w ilości 0·0075—0·05 cm^3 40% alkoholu do 50 mg. miazgi, rozrzedzonej w połowie rozczynem fizyologicznym soli kuchennej, zmniejsza tylko w małym stopniu zdolność miazgi tej do przyjmowania się i tylko nieznacznie hamuje rozwój nowotworu. Mniejsze natomiast dawki alkoholu, dodawane do miazgi nowotworowej, żadnego wpływu na rozwój nowotworu nie wywierają.

(Praca wykonana w Zakładzie patologii doświadczalnej Uniwersytetu Jagiellońskiego. Dyrektor: Prof. Karol Klecki).

Z Zakładu farmakologii doświadczalnej Prof. Dra L. Popielskiego we Lwowie.

O wpływie tłuszczów i mydeł na czynność wydzielniczą trzustki.

Podał

Dr Jan Studziński (Kijów).

(Dokończenie).

Doświadczenie XXXI. 4. IV. 1910. Suka wagi 9 kilo. Przecięcie tchawicy. Przecięcie rdzenia kręgowego pod przedłużonym. Sztuczny oddech. Przetoka trzustkowa. Dwunastnicę podwiązano tuż koło odźwiernika. Pies leży na boku (tab. XIX.).

TABLICA XIX.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową
9 h. 27′	—	10 h. 6′	0
„ 28′	1	„ 7′	0
„ 29′	1	„ 8′	1
„ 30′	1	„ 9′	1
„ 31′	1	„ 10′	2
„ 32′	1	„ 11′	1
„ 33′	0	„ 12′	1
„ 34′	1	„ 13′	1
„ 35′	1	„ 14′	1
„ 36′	0	„ 15′	1
„ 37′	1	„ 16′	1
Wprowadzono do dwunastnicy 40 cm sz. $10^0/_0$ oleinianu sodu		Wprowadzono do dwunastnicy 50 cm sz. $10^0/_0$ oleinianu sodu	
9 h. 38′	1	10 h. 17′	1
„ 39′	1	„ 18′	1
„ 40′	1	„ 19′	1
„ 41′	10	„ 20′	0
„ 42′	37	„ 21′	1
„ 43′	40	„ 22′	1
„ 44′	40	„ 23′	2
„ 45′	29	„ 24′	1
„ 46′	24	„ 25′	1
„ 47′	23	„ 26′	1
„ 48′	17	„ 27′	1
„ 49′	17	„ 28′	1
„ 50′	16	„ 29′	1
„ 51′	10	„ 30′	1
„ 52′	10	„ 31′	0
„ 53′	10	„ 32′	1
„ 54′	10	„ 33′	0
„ 55′	9	„ 34′	1
„ 56′	8	„ 35′	0
„ 57′	7	„ 36′	0
„ 58′	6	„ 37′	0
„ 59′	5	„ 38′	1
10 h. —	4	„ 39′	0
„ 1′	3	„ 40′	0
„ 2′	2	„ 41′	0
„ 3′	0		
„ 4′	0	Doświadczenie zakończono.	
„ 5′	0		

Oba te doświadczenia dały wyniki jednakowe; mydła w $10^0/_0$ rozczynach, lipnąc do błony śluzowej, nie wywołują już wydzielania przy powtórnem wprowadzeniu. Jeżeli rzeczywiście w małej ruchomości i gęstości rozczynu kryje się przyczyna wspomnianego objawu, to zmniejszywszy gęstość i zwiększywszy ruchomość przez rozcieńczenie płynu powinnibyśmy byli otrzymać wydzielanie. W tym celu 10 krotnie rozcieńczyłem rozczyn $10^0/_0$ i zacząłem stosować $1^0/_0$ rozczyn. Doświadczenie XXIV. zupełnie potwierdziło moje przypuszczenie: powtórne wprowadzenie mydła wywoływało wydzielanie.

Doświadczenie XXIV. 19. I. 1910. Pies »Łysy« wagi 13 kilo, tensam co w doświadczeniach III., IV., X. i XVIII. Do dwunastnicy wprowadzono i rozdęto balonik (tab. XX.).

TABLICA XX.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową
11 h. 17′	—
„ 18′	5
„ 19′	5
„ 20′	4
„ 21′	6
„ 22′	5
„ 23′	9
„ 24′	8
„ 25′	3
„ 26′	6
„ 27′	6
Wprowadzono do dwunastnicy 15 cm sz. $1^0/_0$ oleinianu sodu	
11 h. 28′	6
„ 29′	2
„ 30′	3
„ 31′	7
„ 32′	10
„ 33′	12
„ 34′	11
„ 35′	11
„ 36′	14
„ 37′	13
„ 38′	11
„ 39′	10
„ 40′	9
„ 41′	9
„ 42′	8
„ 43′	8
„ 44′	5
„ 45′	7
„ 46′	11
„ 47′	7
„ 48′	3

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową
11 h. 49′	5
„ 50′	6
„ 51′	6
„ 52′	6
„ 53′	6
„ 54′	7
„ 55′	6
„ 56′	7
„ 57′	7
Wprowadzono do dwunastnicy 15 cm sz. $1^0/_0$ oleinianu sodu	
11 h. 58′	6
„ 59′	3
12 h. —	3
„ 1′	4
„ 2′	7
„ 3′	9
„ 4′	13
„ 5′	12
„ 6′	11
„ 7′	12
„ 8′	11
„ 9′	8
„ 10′	6
„ 11′	6
„ 12′	6
„ 13′	6
„ 14′	5
„ 15′	7
„ 16′	6
„ 17′	6
Doświadczenie zakończono.	

W doświadczeniu tem po wprowadzeniu mydła poraz pierwszy pojawiło się niewielkie zwiększenie wydzielania po 4 minutach i trwało 10 minut. Powtórne wprowadzenie mydła po 30 minutach dało także po 5 minutach niewielkie zwiększenie, trwające 7 minut. Teraz zrozumiałem jest, dlaczego Sawicz w swych doświadczeniach przy powtórnem wprowadzaniu mydeł nie otrzymał wcale wydzielania lub w bardzo nieznacznym stopniu. Tymczasem, ponieważ Sawicz po pierwszem wprowadzeniu mydła wstrzykiwał atropinę, to nie wchodząc w analizę zjawiska, musiał dojść do błędnego wniosku, że atropina powstrzymuje wydzielanie.

Wydzielanie wywołane przez mydła ma taki sam charakter, jak i wydzielanie wywołane przez kwas solny. Powstaje ono bezwątpienia w drodze odruchowej; o działaniu mydeł drogą wchłaniania nie może być i mowy, gdyż jak dowiódł Knauer [14]), nie można wykazać wyraźnego wchła-

niania stearynianu wapnia z wyodrębnionej pętli jelit. Gdyby nawet przypuścić, że mydła jako takie zostały wchłonięte, to zawsze wchłonięta ilość byłaby niedostateczną do wywoływania wydzielania. W jednym przypadku wstrzyknąłem psu o wadze 6 kilo do żyły 6 cm. sz. 10% rozczynu mydła (oleinianu sodu) i nie zauważyłem najmniejszych śladów wydzielania. Bezwątpienia wprowadzając do krwi mydło, można osiągnąć wydzielanie, jeżeli tylko zwierzę wcześniej jeszcze nie zginie, albowiem wiadomo, że mydło wywołuje hemolizę, a przy rozpuszczaniu się ciałek czerwonych uwalnia się wazodylatyna, która wywołuje spadek ciśnienia i niekrzepliwość krwi z następowem wydzielaniem soku trzustkowego. A więc zapomocą atropiny nie można wyjaśnić pytania, czy wydzielanie soku trzustkowego odbywa się za pośrednictwem nerwów, czy też drogą »humoralną«.

Babkin, Rubaszkin, Sawicz [15]) starali się ustalić różnicę między wydzielaniem nerwowem, a kwasowem — »humoralnem« — na podstawie zmian drobnowidowych, znajdowanych w gruczole przy wydzielaniu: 1) pod wpływem kwasów i 2) pod wpływem mydeł i podrażnienia nerwów błędnych. Wydzielanie »nerwowe« według tych autorów charakteryzuje się zmniejszeniem w komórkach ilości ziarn zymogenu do $^1/_2$—$^1/_3$—$^1/_4$ części. Przy bardziej szczegółowem badaniu zwróciła uwagę tych autorów obecność pewnych swoistych ciałek: przy wydzielaniu kwasowem znaleść je można tylko w wyjątkowych przypadkach, przy drażnieniu nerwów znajdowano je w daleko większej ilości, wprawdzie niejednakowej we wszystkich doświadczeniach; w pewnych przypadkach znaleść je można tylko w niektórych zrazikach. Jednakowoż mylą się bardzo ci autorowie mniemając, że budowa mikroskopowa gruczołu jest różna zależnie od tego, czy on znajduje się pod wpływem kwasu, czy mydeł lub podrażnienia nerwów błędnych. Przedewszystkiem zauważyć należy, że nie istnieje jakieś typowo kwasowe wydzielanie, jak nie istnieje sok właściwy tylko kwasowi. Mazurkiewicz [16]) dowiódł, że właściwości soku, określane sposobem najbardziej dokładnym, mianowicie ważeniem, różnią się wielce i zależą od koncentracyi stosowanego w doświadczeniach kwasu i bardzo dokładnie określił tę zależność. Z koncentracyą kwasu związana jest sprawa wydzielania soku trzustkowego, a mianowicie szybkość tego wydzielania: szybkość pozostaje w stosunku prostym do koncentracyi rozczynu. Ogólna ilość suchej pozostałości ściśle związana jest z szybkością wydzielania i związek ten Mazurkiewicz ściśle matematycznie ustalił *). W większości przypadków ilość suchej pozostałości jest w stosunku odwrotnym do szybkości wydzielania, a zatem i do koncentracyi rozczynu. Przy 0·09% rozczynie kwasu solnego sok wydziela się bardzo gęsty i obfitujący w białko z zawartością 3·6% suchej pozostałości. Przy rozczynie 0·5% sok jest bardzo wodnisty prawie bez organicznych składników o zawartości 0·92% suchej pozostałości, co równa się prawie zawartości części nieorganicznych (0·90%). Takie własności soku zależą od koncentracyi, a nie od ilości wprowadzonego do jelita kwasu. Wobec zupełnego prawie braku części organicznych w soku, otrzymanym pod działaniem 0·5% kwasu solnego, można przypuszczać, że sok ten stanowi przesącz krwi. Przy wielkiej szybkości wydzielania przez gruczoł do kanalików wydzielniczych przechodzi tylko woda i części mineralne, białko osiada w gruczole jak na sączku. W tym przypadku gruczoł nie bierze żadnego udziału w przygotowaniu soku i nie ulega żadnym zmianom, z wyjątkiem mechanicznego rozsuwania się ziaren, żeby dać wolne przejście wodzie *). Przy małej szybkości, np. przy 0·09% kwasie solnym, kiedy wydziela się sok gęsty z wielką zawartości suchej pozostałości, komórki gruczołu ulegają głębokim zmianom: ilość ziarn zmniejsza się prawie do zera, znikają one, rozpuszczając się w przepływającej przez gruczoł cieczy. Oczywiście między temi ostatecznościami istnieje cały szereg obrazów przejściowych. Z tego widać, że przy wielkiej szybkości wydzielania np. przy 0·5% kwasie solnym obraz mikroskopowy gruczołu mało się będzie różnić od obrazu gruczołu »głodzonego«, nieczynnego. Potwierdzają to całkowicie w swej pracy Babkin, Rubaszkin i Sawicz, gdyż badając gruczoł przy 0·5% kwasie solnym nie znaleźli w jego komórkach żadnych zmian szczególnych w porównaniu z gruczołem głodzonym, co jest zupełnie zrozumiałe. Byli oni jednakże zdziwieni otrzymanym wynikiem, gdyż mówią: »Pomimo dość znacznego i długotrwałego wydzielania nie zdołaliśmy zauważyć wyraźnego zmniejszenia ilości ziarn« (str. 446).

Stosując słabszy rozczyn, otrzymamy mniejszą szybkość wydzielania i równolegle do tego zmiany w gruczole będą wyraźniejsze. Dla wyjaśnienia pytania, czy przy obfitem wydzielaniu komórki gruczołu ubożeją w ziarna zymogenu, autorowie wprowadzali do żołądka (a nie do dwunastnicy) 0·25% rozczyn kwasu solnego (a nie 0·5%), nie określając jednak wydzielania; wypowiadają tylko przypuszczenie, że wydzielanie musiało być znaczne, a to z następujących powodów: »Walter pod wpływem 200 cm³ 0·5% kwasu solnego otrzymał 133 cm³ soku; bezwątpienia w naszym przypadku, gdzie została wprowadzona podwójna ilość kwasu solnego, wydzielanie musiało być jeszcze większe i ma się rozumieć kilkakrotnie przewyższało wydzielanie pod wpływem kwasu w doświadczeniach ostrych« (str. 467). Istnieje wszakże zasadnicza różnica między doświadczeniami Waltera, a wyżej wspomnianych autorów. Oni wprowadzali nie 2, ale $3^1/_2$ razy więcej kwasu solnego i nie 0·5%, ale 0·25%. A przecież na stopniowanie zmian w budowie gruczołu wpływa moc rozczynu, a nie ilość jego. Ponieważ rozczyn stosowany przez tych autorów był 2 razy słabszy więc i zmiany w gruczole, co było zresztą do przewidzenia, były daleko większe: warstwa ziarnista silnie zmniejszyła się i czasami zajmowała tylko wierzchołek komórki. Gdyby autorowie ci zastosowali jeszcze słabszy rozczyn, to zmiany byłyby jeszcze większe. Już przy 0·09% rozczynie sok trzustkowy wydziela się bardzo pomału w postaci cieczy gęstej, obfitej w białko i o wielkiej zawartości suchej pozostałości. Jednak autorowie zatrzymali się na 0·25% rozczynie i następnie przeszli odrazu do doświadczeń z drażnieniem n. błędnego i z wprowadzeniem do dwunastnicy mydeł. Ponieważ sztuczne drażnienie nerwu nawet najsilniejszym prądem nie może równać się w sile działania z podrażnie-

*) Przy danej szybkości wydzielania i ilości suchej pozostałości w jednem doświadczeniu można zapomocą rachunku określić ilość suchej pozostałości przy znanej szybkości w drugiem doświadczeniu, nie uciekając się do wagi.

*) Pod mikroskopem widać cienkie kanaliki.

niem nerwów czuciowych błony śluzowej dwunastnicy, wywołanem przez kwas solny, to już z góry przypuszczać można, że sok przy drażnieniu nerwów błędnych wydzielać się będzie w ilości nieznacznej i posiadać takiesame właściwości, jak i sok przy słabych rozczynach kwasu solnego. Tak też okazało się w rzeczywistości. Autorowie wykazali, że sok przy drażnieniu nn. błędnych wydziela się w ilości niewielkiej jako ciecz o znacznej zawartości enzymów i suchej pozostałości. W doświadczeniach z mydłami sok wydzielał się w tak niewielkiej ilości, że autorowie przypuszczali nawet istnienie jakiejś mechanicznej przeszkody w wydzielaniu.

Szykkość wydzielania w różnych doświadczeniach była rozumie się różną, co zależało przy jednakowych wszystkich innych warunkach od wielkości zwierzęcia.

Ilość soku wydzielającego się w jednostkę czasu u zwierzęcia większego o dużej trzustce z dużymi przewodami, przy jednakowej sile bodźca, wziętego w ilości odpowiadającej wadze zwierzęcia, będzie większe, niż u zwierzęcia małego.

Autorowie nie liczą się zupełnie z tą okolicznością i porównują szybkość wydzielania u zwierząt rozmaitej wagi i rozmaitej wielkości. Odpowiednio do niewielkiego wydzielania pod wpływem mydeł i pod wpływem drażnienia nerwów błędnych, autorowie znaleźli w tych warunkach największe zmiany w trzustce, co jest w zupełnej zgodzie z wnioskami Mazurkiewicza. Bezwątpienia i tutaj w poszczególnych doświadczeniach były wielkie różnice. I tak, przy stosowaniu mydeł znaleźli autorowie zmiany w ilości ziarn, zupełnie identyczne do zmian przy 0·25% rozczynie kwasu solnego (str. 469). Tym sposobem praca autorów zupełnie potwierdza wyniki Mazurkiewicza, że największe zmiany w gruczole otrzymuje się przy słabych bodźcach, a małe przy silnych (0·5% i 0·36% rozczyny kwasu solnego).

Przy obecnym stanie nauki można mówić tylko o dwóch typach wydzielania soku trzustkowego: 1) wydzielanie wskutek przechodzenia do krwi wazodylatyny (w postaci wyciągu z narządów, bulionu, polewki rybiej, produktów trawienia białka, peptonu Wittego i innych kupnych peptonów) i 2) wydzielanie wskutek kwasów, mydeł i innych podniet, działających na błonę śluzową jelita cienkiego. W przypadku pierwszym istnieją zmiany we krwi i w ciśnieniu; w drugim nie znajdujemy tych zmian wcale.

Wyniki moich badań zestawić można w następujący sposób:

1) Tłuszcz czysty chemicznie, oddziałujący obojętnie, nie wywołuje wydzielania soku trzustkowego i dlatego nie może być uważany za bodziec swoisty czynności wydzielniczej trzustki.

2) Tłuszcze kupne wywołują wydzielanie soku trzustkowego, ponieważ zawierają wolne kwasy tłuszczowe.

3) Czysty kwas tłuszczowy, np. kwas oleinowy, jest bardzo energicznym bodźcem dla trzustki. Stąd zrozumiały jest szkodliwy wpływ na przewód pokarmowy tłuszczów zjełczałych. Kwasy tłuszczowe drażnią silnie błonę śluzową i wywołują stan jej zapalny.

4) Mydła w 1%—10% rozczynach okazują się energicznymi bodźcami dla trzustki.

5) Atropina nie powstrzymuje wydzielania, wywołanego przez kwas tłuszczowy lub mydło, również nie przeszkadza pojawieniu się wydzielania, jeżeli została wstrzyknięta poprzednio.

6) Wydzielanie pod wpływem kwasu jest co do swych własności tożsamo z wydzielaniem pod wpływem mydeł.

Piśmiennictwo. 1) Łobasow. Otdielitielnaja rabota żełudka sobaki. Petersb. Diss. 1896. — 2) Pawłow. Lekcii o rabotie gławnych piszczewaritielnych żelez. Petersb. 1897. — 3) Doliński. O wlijanii kisłot na otdielenie soka podżełudocznoj żelezy. Petersb. Diss. 1894. — 4) Damaskin. Diejstwie żira na otdielenie podżełudocznawo soka. Trudy Obszcz. russk. wraczej 1896. — 5) Popielski. O sekretornych zadierżiwajuszczich nierwach podżełudocznoj żelezy. Petersb. Diss. 1896. — 6) Popielski. Pflügers Archiv 1907, t. 120, str. 489. — 7) Babkin. Archiv. bioł. o nauk 1904, str. XI. — 8) Fleig. Compt. rend. de la soc. de Biol. 1903, t. IV, str. 1201. — 9) Bayliss and Starling. The Jour. of. Physiol., t. XXVIII, str. 5. — 10) Sawicz. Izwiestja W. Med. Akad. 1908, t. XVI, Nr 1, str. 24. — 11) Popielski. Archiv f. d. ges. Physiol. 1907, t. CXX, str. 499. — 12) Modrakowski. Tamże 1907, t. CXVIII, str. 52 i 13) Popielski, patrz Nr 5. — 14) Knauer. Archiv f. Physiol. 1904, t. CIV, str. 89. — 15) Babkin, Rubaszkin i Sawicz. Russkij Wracz 1908, Nr 14—16 i 16) Mazurkiewicz. Archiv f. d. ges. Physiol. 1907, t. CXXI.

O stosunkach szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie

przez

Dr Macieja Jakubowskiego.

(Sprawozdanie, przedłożone Ogólnemu Zebraniu Towarzystwa Opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie dnia 7 kwietnia 1911).

(Dokończenie).

W nowozawartej umowie na okres lat 5 (t. j. do dnia 31 grudnia 1913 r.) Wydział krajowy wstawił zastrzeżenie, iż jeżeli wypowiedzenie tejże nie nastąpi na rok przed terminem jej ekspiracyi, przedłuża się ona znowu na przeciąg lat 5 i t. d. Z powyższego zastrzeżenia wnioskowaćby można, jakoby obie strony kontraktujące nie rozstawały się z myślą przedłużenia kontraktów na dalsze okresy pięcioletnie. Ze szczegółów powyżej podanych okazuje się jednak, że Towarzystwo stanowczo dąży do uchylenia się od dalszego zawierania kontraktu. Gdy dawna umowa z Wydziałem krajowym kończyła się z dniem 31 grudnia 1908, Komitet Towarzystwa podówczas, mając na względzie uregulowanie stosunków co do opieki nad choremi dziećmi, decydował się na przedłużenie umowy tylko do 30 września 1909. Prof. Jakubowski w swem sprawozdaniu z tych samych powodów proponował przedłużenie umowy na jedno lub dwuletni okres czasu; a wreszcie, jak to wyżej podano, okres ten przedłużono do lat pięciu, jako najdalszy i ostateczny.

Aby usunąć wszelkie wątpliwości i chwiejność co do dalszych stosunków Towarzystwa z Wys. Wydziałem krajowym, bardzo racyonalnym i na czasie był wniosek Dra Bronisława Olearskiego, postawiony na Ogólnem Zebraniu Towarzystwa d. 2 kwietnia 1910:

1) »Ogólne Zebranie wzywa i upoważnia Komitet do stanowczego wypowiedzenia kontraktów w czasie jak najkrótszym (a najpóźniej w terminie przyjętych zobowiązań z końcem r. 1913) tak Wys. Wydziałowi krajowemu co do utrzymania chorych dzieci, jak i c. k. Rządowi co do utrzymywania kliniki pedyatrycznej w szpitalu św. Ludwika«.

(W razie przyjęcia tego wniosku):

2) »Ogólne Zebranie wzywa Komitet do przygotowania programu i wniosków co do urządzenia i prowadzenia w przyszłości szpitala dla dzieci we własnym zarządzie z uwzględnieniem leczenia i pielęgnowania tej kategoryi

chorych dzieci, które według obecnych ustaw i przepisów nie mają stale zapewnionej pomocy i opieki ze strony rządu, kraju lub gminy«.

Wnioski powyższe, jako zasadnicze i bardzo ważne, odesłało Ogólne Zebranie Komitetu do regulaminowego traktowania z poleceniem zdania sprawy na najbliższem zebraniu.

Odnośnie do wniosku pierwszego, to zważywszy, że Komitet jeszcze w r. 1908 był za stanowczem rozwiązaniem kontraktów z terminem 30 września 1909, zważywszy, że trudności w prowadzeniu szpitala nietylko się nie zmniejszyły, ale z każdym niemal dniem zwiększają się; zważywszy wreszcie, że od zawarcia nowej umowy na lat 5 upłynęło już lat dwa, a projektowane budowy zakładów: ginekologicznego, położniczego, infekcyjnego i domu izolacyjnego, nie zostały załatwione, przeto Komitet doszedł do przekonania, iż nie ma żadnego powodu do ociągania się ze stanowczem wypowiedzeniem umów. I owszem stanowcza decyzya ze strony Towarzystwa łączyć się będzie z korzyścią dla chorych. Zarówno władze krajowe, jak rządowe, dojdą do przekonania, że nie mają się co oglądać na dalsze prowizoryczne utrzymywanie przez prywatne Towarzystwo szpitala dla dzieci, względnie kliniki pedyatrycznej. Wreszcie Towarzystwo, przedstawiając jasno i dobitnie zarówno władzom, jak i ogółowi publiczności stanowcze postanowienie na lat trzy przed terminem ekspiracyi kontraktów, nie może być obwinione, jeżeli w tymże terminie stosunki co do leczenia chorych dzieci i co do kliniki pedyatrycznej nie zostałyby odpowiednio załatwione.

V.

Po rozwiązaniu kontraktów z Wys. Wydziałem kraj. i Wys. Rządem Towarzystwo po myśli swego statutu zajmować się będzie nadal pielęgnowaniem i leczeniem tej licznej rzeszy chorych dzieci, które obecnie opieki tej jeszcze nie mają zapewnionej. Według przepisów obecnie obowiązujących, do szpitali krajowych nie przyjmują wcale chorych nieuleczalnych, a z wielką trudnością i wyjątkowo osoby z chorobami przewlekłemi. Wogóle dla wszystkich chorych określony jest sześciotygodniowy pobyt w szpitalu, po którym wyjątkowo może jeszcze krótki czas pozostawać chory w leczeniu, ale tylko na podstawie osobnej, przez lekarza ordynującego wystawionej opinii. Te przepisy dotkliwie czuć się dają chorym dzieciom. Z cierpieniami przewlekłemi, rozwijającemi się na tle skrofulicznem, dzieci do szpitala przyjmuje się tylko wyjątkowo i z wielkiemi trudnościami. Liczny zastęp tej kategoryi chorych gromadzi się w ambulatoryach klinik uniwersyteckich i w poczekalniach lekarzy prywatnych, ale oprócz porady i recepty nic więcej nie otrzymują. Przy braku rzetelnej pomocy potęgują się zmiany chorobowe, a znaczna liczba dzieci, która przy racyonalnem leczeniu mogłaby powrócić do zupełnego zdrowia, ulega kalectwu lub staje się pastwą gruźlicy.

Dzieci z groźnemi chorobami stawów i kości przyjmują wprawdzie do szpitali krajowych na oddziały chirurgiczne, lecz po założeniu opatrunku ustalającego lub dokonaniu operacyi wkrótce jako rekonwalescentów, nie wymagających stałej opieki lekarskiej, oddają rodzicom, którzy często kroć nie są w stanie takiemu operacyą wycieńczonemu i schorzałemu dziecku dostarczyć odpowiedniego pożywienia i pomieszkania obfitującego w świeże powietrze.

Tą biedną rzeszą chorych dzieci zaopiekuje się w przyszłości w całej pełni nasze Towarzystwo, a w szczególności:

A) W Krakowie w szpitalu św. Ludwika urządzi Towarzystwo odpowiednio do nowoczesnych wymagań dyspensatoryum dla dzieci skrofulicznych i zagrożonych gruźlicą, w którem obok utrzymywania dokładnej ewidencyi skrofulicznych dzieci, wykonywane będą zabiegi zgodnie z postępem nauki lekarskiej co do chronienia dzieci od gruźlicy (szczepienie tuberkuliny i t. d.), udzielane będą odpowiednie leki (tran, przetwory kreozotowe, gwajakolowe itd.), bezpłatnie ubogim dzieciom.

Obok dyspensatoryum urządzone zostaną łazienki, w których otrzymywać będą dzieci bezpłatnie kąpiele zwykłe, sztuczne, słono-jodowe, żelaziste i t. d. w każdej porze roku.

Urządzona zostanie sala dla ćwiczeń gimnastycznych i ortopedycznych z uposażeniem jej w odpowiednie przyrządy.

O ile fundusze na to pozwolą, urządzone zostaną sale do stałego pielęgnowania chorych, głównie rekonwalescentów po przebytych ważniejszych operacyach w szpitalach krajowych lub na klinikach.

Wreszcie w zabudowaniach szpitala pomieszczone zostaną kancelarye i archiwum aktów Towarzystwa.

Z zakreślonego programu okazuje się, że na projektowane cele Towarzystwa rozległe zabudowania szpitala św. Ludwika będą za wielkie; wypadałoby zatem zakupić inną mniejszą posiadłość i urządzić ją odpowiednio do celów, a na realność będącą własnością Towarzystwa starać się o nabywcę lub dzierżawcę. Gdyby nie znalazła się odpowiednia realność, powinnoby Towarzystwo dla siebie zatrzymać jeden z pawilonów szpitalnych, a drugi sprzedać lub wydzierżawić.

W obu kierunkach podjął Komitet pewne przygotowawcze czynności. Oglądając się za odpowiednią dla celów Towarzystwa posiadłością, zwrócił Komitet uwagę na sąsiadującą ze szpitalem św. Ludwika realność przy ul. Kopernika l. or. 32 mającą powierzchni około 1.500 m² i dom parterowy, mogący być zaadaptowany na dyspensatoryum i łazienki. Właściciel pomienionej realności, zapytywany o cenę, złożył pisemną ofertę na 120.000 kor., podwyższając ją po kilku miesiącach do 150.000 kor., szacując sobie w ten sposób 1 m² na 100 kor. Wobec tak wygórowanej ceny odstąpił Komitet od myśli nabywania pomienionej realności, a że w najbliższych dzielnicach nie znaleziono również ani realności, ani parceli odpowiedniej dla przyszłych celów Towarzystwa, przeto Komitet doszedł do przekonania, że najkorzystniej będzie pozostać na miejscu, zatrzymując dla siebie z rozległych realności szpitalnych jeden z pawilonów, resztę zaś sprzedając lub wydzierżawiając, pozostawiając pierwszeństwo Krajowi lub Rządowi.

Powziąwszy powyższą decyzyę, zajął się Komitet przeprowadzeniem w c. k. Sądzie krajowym cywilnym w Krakowie rozdzielenia realności szpitalnych na dwa odrębne ciała hipoteczne, a obecnie po uzyskaniu rozdziału jest Towarzystwo właścicielem:

a) realności w narożniku ulicy Kopernika i Strzeleckiej l. or. 2. l. z. h. 1130 o obszarze 4623 m², obejmującej pawilon piętrowy, w którym mieści się na parterze klinika pedyatryczna, a na pierwszem piętrze oddział chirurgiczny i mieszkanie Sióstr Miłosierdzia; poza budynkiem głównym znajduje się pawilon gospodarczy, kuchnie i pralnie.

b) realności przy ulicy Strzeleckiej l. or. 4. l. z. h. 2739 o obszarze 2.914 m², obejmującej pawilon piętrowy, w którym obecnie mieszczą się oddziały dla chorób zakaźnych, oddział rezerwowy i oddział dla osesków wraz z mamkami i matkami.

Wskutek przeprowadzenia powyższego rozdziału na dwa ciała hipoteczne Towarzystwo będzie mogło po ekspiracyi kontraktów zatrzymać dla siebie tę realność, którą uzna za odpowiedniejszą i korzystniejszą.

B) Kolonia lecznicza w Rabce jest posiadłością o obszarze 12.446 m², na której znajduje się drewniany piętrowy budynek, dachówką kryty, z dwoma bocznymi pawilonami gospodarczymi. W Kolonii można wygodnie pomieścić naraz od 90 do 100 dzieci. Obecnie z dobrodziejstwa Kolonii z powodu szczupłych funduszów korzystają dzieci tylko przez dwa, a najwyżej trzy miesiące letnie. Jak zbawienne skutki odnoszą dzieci nawet po tak krótkim kilkotygodniowym pobycie, najlepiej świadczą ogólne dowody uznania ze strony rodziców. Zakład nasz rabczański jednakże tak, jak jest obecnie, zadania swe spełnia tylko częściowo, a nie jest wystarczającym dla dzieci ze znaczniejszemi zmianami na tle skrofulicznem lub gruźliczem.

Krótki czas trwania kuracyi, ograniczony do paru miesięcy letnich, sprawia, że dzieci, potrzebujące leczenia, ze szkodą dla zdrowia przebywać muszą w ciasnych i dusznych mieszkaniach wśród pięknych wiosennych miesięcy, wyczekując z upragnieniem na termin wyjazdu do Rabki, aby po sześciu tygodniach z niewielkiem polepszeniem powrócić znów wśród pięknych dni kończącego się lata i jesieni do dawnych niekorzystnych warunków codziennego życia.

Również ze względów ekonomicznych krótki sezon otwarcia kolonii łączy się z wielkim uszczerbkiem materyalnym, gdyż obszerne budynki, wzniesione kosztem kilkudziesięciu tysięcy koron, zaledwie przez dwa do trzech miesięcy bywają zajęte, a przez 9 miesięcy stoją pustką i niszczeją.

Towarzystwo, uwolniwszy się z końcem roku 1913 od przyjętych kontraktami zobowiązań wobec Rządu i Kraju i po uregulowaniu stosunków majątkowych, winno — zdaniem sprawozdawcy — zająć się podniesieniem działalności kolonii leczniczej w Rabce. Początkowo starać się należy, aby kolonia była otwarta przez 6 miesięcy, t. j. od pierwszych dni maja do końca października; a następnie, aby została przemieniona na sanatoryum dla dzieci skrofulicznych i gruźliczych, otwarte przez rok cały.

Utrzymanie Kolonii przez sześć miesięcy nie natrafi na wielkie trudności. W teraźniejszym budynku po założeniu podwójnych okien i wstawieniu pieców można będzie bezpiecznie umieścić dzieci nawet wśród najchłodniejszych dni wiosny i jesieni. Jedynie zapewnić należy fundusze na pokrycie kosztów wyżywienia poza dłuższy niż dotąd o trzy miesiące okres czasu.

Dalszym celem, do którego dążyć powinno Towarzystwo, będzie zamienienie kolonii leczniczej na stałe sanatoryum. Natenczas jednakże należałoby zbudować osobny pawilon murowany na miesiące zimowe. Komitet jest już w posiadaniu dokładnego szkicu na taki pawilon, zaprojektowanego przez P. Budowniczego Józefa Pokutyńskiego, którego budowa według przybliżonego obliczenia wynosiłaby około 140.000 kor. Na pokrycie tak znacznego wydatku nie stać obecnie Towarzystwa, lecz po zrealizowaniu części majątku, mieszczącego się w rozległych, wysoką wartość przedstawiających posiadłościach szpitala św. Ludwika w Krakowie, znajdzie się fundusz nietylko na zbudowanie pawilonu zimowego dla sanatoryum w Rabce, ale pozostanie jeszcze kapitał na fundusz żelazny, z którego odsetki stosownie do postanowień Towarzystwa służyć będą na pokrycie kosztów czy to utrzymywania dyspensatoryum, mającego powstać w Krakowie, czy też sanatoryum w Rabce.

Powyższe sprawozdanie Prof. Jakubowskiego było przedmiotem obrad na kilku posiedzeniach Komitetu, w imieniu którego Prof. Dr Fryderyk Zoll młodszy na Ogólnem Zebraniu Towarzystwa dnia 7 kwietnia 1911 r. przedstawił odnośne wnioski, poczem licznie zebrani członkowie Towarzystwa powzięli jednomyślnie następujące uchwały:

1) Ogólne zebranie Towarzystwa upoważnia Komitet i poleca mu, aby rozwiązał jak najrychlej, a nie później, niż do końca r. 1913, stosunek prawny, wiążący obecnie Towarzystwo z Wydziałem krajowym i Rządem w przedmiocie umieszczenia i prowadzenia szpitala św. Ludwika i kliniki pedyatrycznej. Rozwiązanie to ma być zupełne i stanowcze.

2) Ogólne Zebranie Towarzystwa wyraża następujące życzenia:

a) Realność objętą L. w. h. 2739 należałoby utrzymać dla Towarzystwa jako szpital św. Ludwika i urządzić w niej dyspensatoryum dla dzieci skrofulicznych i zagrożonych gruźlicą, łazienki dla tejże kategoryi dzieci z kąpielami zwykłemi i sztucznemi słono-jodowemi i żelazistemi, wreszcie — o ile fundusze na to dozwolą — urządzić tamże oddział stały dla dzieci będących rekonwalescentami i nawiedzonych chorobami przewlekłemi.

b) Należy dołożyć starań, aby rozszerzyć działalność kolonii leczniczej w Rabce, a to naprzód w ten sposób, aby dzieci skrofuliczne i zagrożone gruźlicą korzystały z niej przez 6 miesięcy t. j. od 1 maja do 31 października, a następnie, aby kolonia zamieniona została na sanatoryum przez rok cały otwarte dla dzieci skrofulicznych i zagrożonych gruźlicą.

3) Ogólne Zebranie Towarzystwa upoważnia Komitet do sprzedaży realności Towarzystwa, położonej w Krakowie, a wpisanej do księgi gruntowej gm. kat. m. Kraków pod L. w. h. 1130, a ewentualnie, jeżeliby się to łączyło z korzyścią dla Towarzystwa, do sprzedaży także i drugiej realności obok położonej, a wpisanej do księgi gruntowej gm. m. Kraków pod L. w. h. 2739, a to za cenę, którą Komitet uzna za właściwą, jednakże nie poniżej ceny szacunkowej i oznaczonej dnia 13 grudnia 1909 przez znawców sądowych p. Jacka Matusińskiego i Władysława Müllera i przy uwzględnieniu zwyżki, jaka w wartości nastąpi do dnia sprzedaży.

W pełnomocnictwie tem mieści się także upoważnienie do przeniesienia prawa własności na rzecz kupującego.

4) Ogólne Zebranie Towarzystwa upoważnia Komitet do zaciągnięcia w jednej z bankowych instytucyi krajowych pożyczki hipotecznej, która obciążyć może jedną lub obydwie wyżej wymienione realności Towarzystwa.

Oceny i sprawozdania.

Zbiór prac z oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie, prowadzonego przez Doc. Dr Władysława Janowskiego. Serya druga, Warszawa, 1911.

Olbrzymi ten tom, zawierający około 2000 stronnic, powstał przez zgromadzenie odbitek wszystkich prac, ogłoszonych z oddziału Doc. Janowskiego w ubiegłem ośmioleciu. Właściwie, jak podniesiono w przedmowie, z tego ośmiolecia wchodzi w rachubę tylko lat 5, a to z powodu przerwy, którą w twórczej działalności oddziału sprawiła wojna rosyjsko-japońska, oraz redagowanie przez kierownika oddziału czasopisma »Zdrowie«; same jednak te 5 lat przyniosły w plonie nie mniej, niż 52 większych i mniejszych rozpraw, (z czego 29 wyszło z pod pióra współpracowników oddziału), nie licząc tłomaczeń na języki obce, przeważnie niemiecki (7 prac ogłoszono po francusku, 2 po włosku).

Rozpraw tych niepodobna tu nawet wyliczyć; większa ich część, powszechnie znana, ogłoszona w najpoczytniejszych naszych czasopismach, dotyczy dyagnostyki czynnościowej różnych narządów i stanowi wykonanie planu, powziętego przez Doc. Janowskiego jeszcze w r. 1903. Dorobek oddziału jest w każdym razie imponujący i stanowi chlubne świadectwo »poczucia odpowiedzialności przed społeczeństwem«, jakiem przejęty jest personal oddziału i jego kierownik. I dlatego, jako przykład, co zdziałać można nawet w trudnych warunkach, jakie dla pracy naukowo-lekarskiej polskiej pod zaborem rosyjskim istnieją, zasługuje dorobek ten na szczególne podniesienie, a nie potrzeba chyba dodawać, jak bardzo przykład taki godzien jest naśladowania. Z.

Dr Seweryn Sterling. **O leczeniu suchot płucnych w szpitalu i w domu.** Warszawa 1910, (E. Wende).

Leczenie suchot płucnych stanowi dla lekarzy, którzy nie chcą się ograniczać wyłącznie do przepisywania zdawkowych recept, obszerne, ale niewątpliwie bardzo wdzięczne pole działania. W całokształt wytyczonego programu działania lekarskiego wchodzić musi wiele okoliczności ubocznych, połączonych z warunkami życiowymi

leczonego. Inaczej leczyć będziemy suchoty w szpitalu, niż w domu, inaczej na wsi, niż w mieście, inaczej możemy leczyć to cierpienie u bogatych, a inaczej zmuszeni jesteśmy leczyć ubogiego. Nader ważnym czynnikiem, który odgrywa bodaj czy nie jedną z najgłówniejszych ról w leczeniu suchot płucnych, jest wpływ osobisty i wiedza lekarza, jego znajomość ostatnich nabytków nauki lekarskiej i umiejętność zastosowania ich przy leczeniu, to jest uchwycenie tych szczegółów w życiu chorego, które należy zmienić, aby osiągnąć pomyślne wyniki, oraz znajomość właściwego toru, na który je skierować należy. Jak należy krytycznie zastosować ostatnie zdobycze na polu lecznictwa suchot, a przytem uwzględniać równocześnie wielorakie szczegóły w codziennej praktyce szpitalnej i domowej, to jest właśnie przedmiotem pracy S. Sterlinga, która wyszła jako potrójny zeszyt (Nr 212—214) osiemnastej seryi odczytów klinicznych, wydawanych przez redakcyę warszawskiej »Gazety lekarskiej«. Materyał, objęty tą pracą na 104 stronicach, jest bardzo wielostronny, a w szczegółach nader starannie, umiejętnie i celowo opracowany. Obejmuje w części pierwszej leczenie ogólne dyetetyczno-fizyczne, przyczem autor, nie wdając się w teoretyczne zagadnienia, ogranicza się wyłącznie do spraw, nasuwających się na każdym kroku w praktyce lekarskiej. Również i przy omawianiu swoistego leczenia tuberkuliną obraca się Sterling prawie wyłącznie na terenie praktyki lekarskiej. Po krótkiem, a krytycznem omówieniu leczenia operacyjnego, wiele uwagi poświęca autor leczeniu objawowemu, miejscowemu i ogólnemu, oraz powikłaniom, które w leczeniu suchot płucnych tak wielkie mają znaczenie.

Praca ta, oparta na obszernem doświadczeniu i bardzo ścisłej i bystrej obserwacyi, oraz dokładnej znajomości warunków codziennej praktyki szpitalnej i domowej, stanowi bardzo cenny nabytek w polskiem piśmiennictwie. Przypomnę, że u nas w Galicyi leczenie gruźlicy po szpitalach wlecze się tylko żółwim krokiem za postępem, pomimo, że wśród chorych szpitalnych jest ogromny zastęp gruźliczych. Praca Sterlinga stanowi bardzo pożyteczny wskaźnik, jak wiele można zrobić na tem polu, nawet przy użyciu bardzo skromnych środków. Blassberg.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

P. P. Titkowski. **Odkażanie katgutu w parze jodu.** (Med. Obozr. 1911, Nr 6). Autor, porównując sposób Claudiusa (odkażanie w płynie) ze sposobem Martynowa (odkażanie wilgotnego katgutu w parach jodu), oddaje pierwszeństwo temu drugiemu i dochodzi do wniosku, że katgut traktowany parami jodu, jest mocniejszy, prędko da się przygotować, jest w środku nitki lepiej przesycony jodem, i taki katgut wysuszony jest jałowy i bakteryobójczy, więcej elastyczny i prężny, łatwiej zawiązuje się w węzełki. Tomasz Cichocki.

W. Winogradow. **W sprawie rozpoznawania ropni podprzeponowych.** (Med. Obozr. 1911, Nr 6). Autor zastanawia się nad symptomatologią ropni podprzeponowych, dzieląc je na czysto-ropne i gazowo-ropne. Z szeregu znanych objawów, jako to: 1) rozwoju samej choroby, mającej za punkt wyjścia wrzód okrągły, albo zapalenie wyrostka, 2) braku kaszlu i plwociny na początku choroby, 3) niewielkiego przesunięcia granicy serca, 4) małego rozszerzenia odpowiedniej części klatki piersiowej, — największe znaczenie dla rozpoznania mają dane opukowe i wysłuchowe i objaw Littena. Objawy, wskazane przez Senatora, jako to: 1) ból w dołku podsercowym i w odpowiedniem podżebrzu, 2) ból i nieruchomość kręgosłupa, 3) bolesne odbijanie, 4) układanie się chorego na wznak, a nie na chorym boku, jak to bywa przy klasycznej odmie piersiowej, 5) znaczny obrzęk skóry na dolno tylnej części odpowiedniej części klatki piersiowej — nie mają wielkiego znaczenia rozpoznawczego. Rentgenoskopia rozstrzyga rozpoznanie. Autor opisuje przypadek gazowo-ropnego ropnia podprzeponowego z kliniki Prof. Janowskiego (Kijów), powstały wskutek okrągłego wrzodu żołądka; przypadek był operowany (Dr Waker) i zakończył się wyzdrowieniem. Tomasz Cichocki.

L. A. Oganiesow. **Przypadek pierwotnego urazowego ropnia śledziony.** (Medic. Obozr. 1911, Nr 8). Rozpatrując szczegółowo literaturę danego przedmiotu, etyologię, klinikę, rozpoznanie i leczenie, przytacza O. własny przypadek ropnia śledziony u chorego, który spadł z wysoka na lewy bok, a we dwa miesiące potem był operowany; w wywiadach zimnica. Autor podaje następujące wnioski: 1) Ropnie śledziony są rzadkie i trudne do rozpoznania, szczególniej, jeśli rozwijają się w przebiegu chorób zakaźnych. 2) Dokładne i na czasie zrobione rozpoznanie zmniejsza odsetek śmiertelności z 97% na 20%. 3) Ropnie urazowe prędzej zjawiają się u przewlekle chorych i są rzadkością. 4) Powikłanie zapaleniem opłucnej jest częste; dlatego przy ropnych zapaleniach opłucnej trzeba mieć na względzie ropnie podprzeponowe, śledziony i wątroby. 5) Rentgenoskopia nie daje ścisłych wyników dla rozpoznania. 6) Próbne nakłucie ma wielkie znaczenie dla rozpoznania, nie jest jednak obojętne dla ustroju; ujemny wynik nic nie rozstrzyga, dodatni daje wskazanie do operacyi. Tomasz Cichocki.

W. N. Rożanow. **Chirurgiczne leczenie przewlekłego zaparcia stolca.** (Medic. Obozr. 1911, Nr 7). Zastanawiając się pokrótce nad działaniem hormonów, w szczególności peristaltyhormonu przy przewlekłych zaparciach, radzi R. w tych przypadkach, w których nic nie pomaga, wykonać operacyę w myśl Lanea. R. upatruje bowiem przyczynę zaparcia w ruchomej kiszce ślepej (coecum mobile), albo w jej nadmiernej długości. Skracając kiszkę ślepą, a przy ruchomości jej przyszywając krezkę do bocznej ściany otrzewnej, otrzymał autor na 29 przypadków zupełnie dobre wyniki w 12, w 7 — niezupełnie zadowalniające; o wyniku operacyi u reszty chorych nie miał wiadomości. Za drugą przyczynę zaparcia uważa R. chorobę Hirschsprunga; z powodu jej operował 11 przypadków. W tych przypadkach, w których były zmiany w jelicie grubem, robi R. anastomozę między odbytnicą i jelitem biodrowem, we wszystkich innych rektosigmoidoanastomozę. Z wyników jest zadowolniony. Tomasz Cichocki.

Pürckhauer. **W sprawie porażeń rdzeniowych.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 22). O ile wczesne operowanie przy zapaleniu przednich rogów rdzenia niema żadnej podstawy, o tyle znów zapobiegawcze ortopedyczne postępowanie jest bardzo wskazane. Z badań Kocha wiemy, że zwyrodnienie w mięśniach następuje w różnym przeciągu czasu i zależnie od stanu tkanki. Jeżeli tkanka mięśnia uległa zupełnemu zniszczeniu, niema już naturalnie mowy o odrodzeniu się jej, natomiast najczęściej zwyrodnienie jest częściowe, ogniskowe i odrodzenie się jest możebne, przyczem jednak musimy ustrojowi dopomagać, by nie dopuścić do przykurczeń mięśni przeciwniczych. Mięsień nawet zdrowy, ale zanadto rozciągnięty, staje się z czasem zupełnie nieczynny, natomiast przez zbliżenie punktów przyczepu nieraz wraca i czynność. I z tego też powodu przy podobnych sprawach skracamy punkty przyczepu, fałdujemy tkanki, lub zakładamy opatrunki na noc w położeniu korzystnem, przez dzień kończynę kąpiąc lub stosując miesienie. P. podaje wyniki lecznicze przy porażeniach rdzeniowych stóp (Spitzfuss). Z 19 leczonych, u 8 osiągnięto w podany powyżej sposób zupełne wyleczenie, a mianowicie przez przecięcie ścięgna Achillesa i ustalenie kończyny na 6 tygodni w położeniu piętowem. U 9 innych było już porażenie mm. prostujących przed operacyą.

Przed wszystkiemi więc zamierzonemi plastykami mięśni lub nerwów na większą skalę należy koniecznie spróbować wspomnianego prostego leczenia, a zaraz po ustąpieniu okresu bolesnego przez odpowiednie ułożenie kończyny zapobiegać wystąpieniu przykurczeń po stronie zdrowej, a wyciąganiu po stronie chorej. K.

Położnictwo i ginekologia.

K. Skrobanskij. **Zachowawcze pochwowe cięcie cesarskie.** (Żurnał akuszer. i żeńsk. bol. 1911, maj, czerwiec). S. opisuje 6 przypadków pochwowego cięcia cesarskiego z powodu rzucawki (4 przyp.), ostrego zaniku wątroby (1 p.) i przedwczesnego oddzielania się łożyska (1 p.); 4 położnice wyzdrowiały bez powikłań, 2 zmarły (zanik wątroby i rzucawka); 3 dzieci urodziło się nieżywo. W 5 przypadkach operacyę wykonano według sposobu Dührssena, a w 1 według Bumma (rozcięcie tylko przedniej ściany macicy). Pod względem technicznym operacya nie jest trudna i może, zdaniem S., być wykonywana nawet w praktyce prywatnej w mieszkaniu chorej. S. sądzi, iż należy rozszerzyć wskazania do zabiegów operacyjnych przy rzucawce; leki odurzające w tej chorobie należy stosować przeważnie tylko w przypadkach ciąży wczesnej, gdy można mieć nadzieję zachowania ciąży do końca. M. Pietkiewicz.

W. Bekman. **Przyczynek do nauki o ciąży w rogu szczątkowym macicy.** (Żurnał akuszer. i żeńsk. bol. 1911, maj i czerwiec). B. opisuje przypadek ciąży w rogu szczątkowym macicy, operowany z wynikiem pomyślnym. U pierwiastki 22-letniej po 3½-miesięcznej przerwie w miesiączkowaniu zjawiło się długotrwałe nieobfite krwawienie maciczne, które następnie powtarzało się co 3 tygodnie. Od czasu do czasu były bole bardzo silne; raz jeden chora zemdlała. Badanie stwierdziło, iż macica nie jest powiększona; z prawej strony znaleziono guz nieruchomy wielkości pięści, ściśle z macicą połączony. W czasie operacyi rozpoznano ciążę w prawym rogu szczątkowym. Płód długości 20 cm uległ mumifikacyi. B. zwraca uwagę na trudności rozpoznawcze ciąży w rogu szczątkowym, która jednak, jak wskazuje piśmiennictwo z lat ostatnich, niezbyt rzadko się zdarza. Do r. 1904 statystyka Wertha wykazała 100 przypadków; od tego czasu opisano 45 nowych przypadków. M. Pietkiewicz.

M. Mironow. **W sprawie leczenia krwotoków macicznych u dziewic i dziewcząt.** (Żurnał akusz. i żeńsk. bol. 1911, maj i czerwiec). W przypadkach uporczywych krwotoków macicznych i miesiączki krwotokowej u dziewic i dziewcząt poleca M., obok leczenia ogólnego, swój sposób leczenia miejscowego, stosowany od kilku lat z bardzo dobrym wynikiem. Sposób M. polega na systematycznem, codziennem wstrzykiwaniu do wnętrza macicy nalewki jodowej na pół z kwasem karbolowym. M. wprowadza do pochwy przez otwór błony dziewiczej cienki wziernik Cusco (używany zwykle do badania kiszki stolcowej) i ustaliwszy część pochwową, wstrzykuje do macicy lek zapomocą strzykawki Brauna. Pierwszych 2—3 wstrzykiwań wykonywa się tylko do szyjki macicznej, a następnie do jamy macicy. Dziewczęta od lat 13 znoszą dosyć lekko ten rękoczyn. M. twierdzi, iż wziernik grubości palca wskazującego, ostrożnie wprowadzony, nie sprawia prawie nigdy rozdarcia błony dziewiczej; wyjątek stanowi oczywiście »hymen cribriforme« i t. p. Po przeprowadzeniu większej seryi wstrzykiwań (zwykle 30) miesiączki ustawały zupełnie w ciągu paru miesięcy, a później zjawiały się prawidłowo. Niektóre z leczonych przez M. wyszły po wyzdrowieniu za mąż i przebyły ciążę prawidłową. M. Pietkiewicz.

N. Bogoraz. **Zapalenie wyrostka robaczkowego, a narządy płciowe kobiece.** (Żurnał akusz. i żeńsk. bol. 1911, maj i czerwiec). Na zasadzie spostrzeżeń własnych i przypadków, zebranych z piśmiennictwa, dochodzi B. do następujących wniosków: 1) Pomiędzy układami naczyniowymi wyrostka robaczkowego i przydatków macicznych niema związku bezpośredniego; w stosunku wzajemnym spraw chorobowych w tych narządach odgrywają rolę przeważnie zmiany mechaniczne wskutek zrostów. 2) Powikłanie choroby przydatków lub ciąży sprawą zapalną wyrostka jest nader niepomyślne, szczególnie w przypadkach przedziurawienia wyrostka i tworzenia się ropnia. 3) Zabiegi chirurgiczne zmniejszają % zejść niepomyślnych, ale przeważnie wówczas, gdy operacya może być wykonana na zimno, ku czemu dążyć należy wszelkimi sposobami. 4) Przy wspólnym przebiegu zapalenia wyrostka i schorzenia przydatków, szczególnie jeśli się przypuszcza obecność ropnia, należy rozciąć powłoki brzuszne u zewnętrznego brzegu mięśnia prostego lub zapomocą cięcia falistego według Fiodorowa. M. Pietkiewicz.

Sazonow. **Cięcie cesarskie pochwowe.** (Medic. Obozr. 1911, Nr 7). Autor szczegółowo zastanawiając się nad metodą Dührssena, modyfikacyą Bumma, Króniga, Döderleina, nad wskazaniami i przeciwwskazaniami dla tej operacyi, przytacza 6 własnych przypadków (4 przy rzucawce, 2 — przy nizkiem usadowieniu łożyska, 1 — przy zakażeniu) i dochodzi do następujących wniosków: Pochwowe cięcie cesarskie jest wskazane tam, gdzie potrzeba szybko opróżnić macicę, przy nieprzygotowanych częściach miękkich i tam, gdzie są znaczne trudności, albo zupełna niemożność porodu wskutek zmian chorobowych szyjki macicznej. Tomasz Cichocki.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie z d. 23. lutego 1911.

Obecnych 25 członków. Przewodniczy kol. Trzebiński.

1) Kol. Nowiński. Teodor Escherich. (Wspomnienie pośmiertne).

2) Kol. T. Cichocki: **Polyserositis.** W obszernym wykładzie przytacza prelegent poglądy różnych autorów na tę jeszcze zagadkową i różnie rozumianą i nazywaną chorobę (choroba Picka, Bambergera, peririsseritis Hucharda, expression d'une diathese fibreuse-Lancereaux, eine Art von fibröser Diathese Rosenbacha, peritonitis adhaesiva et indurativa Nothnagla, peritonitis deformans Klebsa, polyserositis, polyseritis), zastanawia się nad etyologią i symptomatologią tego cierpienia i przytacza własne 4 przypadki z kliniki Prof. Janowskiego (Kijów), z których w dwu wykonano sekcyę, a w jednym badanie drobnowidowe. Na podstawie własnych spostrzeżeń i piśmiennictwa dochodzi prelegent do wniosku, że »polyserositis« jest to »sui generis« gruźlica błon surowiczych. W tym kierunku jednak potrzebne są jeszcze bardzo szczegółowe badania kliniczne, anatomopatologiczne i doświadczalne, a także obszerniejsze studya nad działaniem toksyn bakteryjnych, w danym przypadku tuberkulozyn (endotoksyn, względnie egzotoksyn gruźliczych) na tkanki, — na błony surowicze. (Streszczenie własne).

W dyskusyi zaznacza kol. Gilewicz, że tę formę chorobową spotyka się stosunkowo nierzadko wśród żołnierzy w kijowskim szpitalu wojskowym i zapytuje, czy stosowano swoiste leczenie tuberkuliną? — Kol. Cichocki: Prof. Wiczkowski ze Lwowa stosował surowicę Marmorka, lecz bez dodatnich wyników. — Kol. Januszkiewicz uważa chorobę za rzadką; spostrzegał 3 przypadki, przyczem przy sekcyach nie znaleziono ani razu komórek olbrzymich. — Kol. Remińska nadmienia, że co do wyników leczniczych, widziała jeden przypadek, gdzie stosowanie niebieskiego światła dało znaczne polepszenie. — Kol. Nowiński: Piśmiennictwo pedyatryczne mało mówi o tej chorobie. Heubner

opisał u małych dzieci »polyserositis purulenta«. N. obserwował przez 3 lata dziecko dotknięte tą chorobą, u którego na sekcyi znaleziono tylko gruzełki na osierdziu i powiększone gruczoły chłonne. — Kol. Gilewicz zaznacza, że niekiedy u osób zmarłych w podeszłym wieku znajduje się przy sekcyach zmiany, przypominające napotykane przy »polyserositis«, mianowicie przy chorobie opisanej przez Grasseta; w tych przypadkach zmian gruźliczych się nie znajduje. — Kol. Sochacki: Przy formie Grasseta mamy do czynienia z przesiękami, zaś przy »polyserositis« z wysiękami. Nazwy: »polyserositis, pleuroperitonitis, cirrhose cardiopneumonique« dotyczą jednej i tejsamej postaci chorobowej. — Kol. Cichocki: Wysięk w opłucnej i jamie brzusznej nie wystarcza jeszcze dla rozpoznania; prawie zawsze bywa jednocześnie wysięk w osierdziu.

3) Kol. Gilewicz przedstawia i objaśnia sposób używania **stalagmometru Traubego.**

4) Kol. J. Fudakowski pokazuje preparat resekowanego jelita, przedstawiający **wgłobienie** cienkiego jelita w grube **z jednoczesnem zawężeniem** doprowadzającego odcinka jelita cienkiego. J. Fudakowski.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

XVI. Ogólne doroczne naukowo-administracyjne posiedzenie w dniu 11 (24) lutego 1911 r.

(Dokończenie, ob. Nr 21).

i) Sprawozdanie Komisyi rewizyjnej odczytał jej prezes Dr Wierciński: W dniu 4 lutego 1911 my, podpisani członkowie komisyi rewizyjnej, przejrzeliśmy i sprawdziliśmy księgi rachunkowe, papiery usprawiedliwiające i sumy »Związku Polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu«, z czego okazało się, że wszystkie pozycye przychodowe i rozchodowe zgadzają się w zupełności z podanemi w rachunkach przez skarbników. Ogólny stan posiadania kasy »Związku« wynosi 2167·13 rs., z której to sumy 2113·25 rs. ulokowane jako conto corrente Nr 2290 »Związku« w Petersb. Oddziale Warszaw. Banku handlowego i 53·88 rs. w gotowiźnie u skarbnika »Związku« Dra Ulińskiego.

Komisya rewizyjna uważa za swój obowiązek prosić skarbnika o 1) ścisłe przestrzeganie zgodności NN pozycyi przychodowych w księdze rachunkowej z takiemiż pozycyami w kwitaryuszach, a dlatego należałoby rozpocząć rok 1191 od Nr 282 z opuszczeniem Nrów 290 i 293 (Nr 290 był przez omyłkę wydrukowany i został zniszczony, Nr zaś 293 już został wpisany w roku sprawozdawczym 1910 r.) i 2) o wymaganie od członków »Związku«, przedstawiających do opłaty rachunki, aby w nich ściśle było wymienione, na jaki cel pieniądze były wydane. Podpisali: U. Wierciński, I. Wachowski, A. Karnicki.

My, podpisani członkowie komisyi rewizyjnej w dniu 4 lutego 1911 przejrzeliśmy i sprawdziliśmy księgę rachunkową, dowody depozytowe i sumy komitetu budowy szpitala polskiego przy »Związku Polskim lekarzy i przyrodników w Petersburgu« za rok 1910, z czego się okazało, że wszystkie rachunki i dochody zapisano w zupełnym porządku. W d. 1 stycznia 1911 roku kapitał komitetu składa się z następujących pozycyi: 1) 19·34 rs. znajduje się w gotowiźnie u skarbnika komitetu Dr Hattowskiego, 2) 36 sztuk $4^1/_2$% obligacyi Petersb. miejskiego Tow. kredyt. po 100 rs. wartości nominalnej każda i 1000 rs. w gotówce, ulokowanych, jako pożyczka u inż. komunikacyi Wasiliewa, za pokwitowaniem zwyczajnem, wydanem d. 1. stycznia 1910 r. na imię Dr Jana Hattowskiego, 3) na rachunku bieżącym Nr 2011 w Petersb. Oddziale handl. Banku w Warszawie 575·71 rs., 4). 1 oblig. $4^1/_2$% Petersb. miejsk. Tow. Kredytow. wartości nominalnej 1000 rs. ulokowana za pokwitowaniem Nr 1313 od dnia 3 lipca 1908 r. w Petersb. oddziale banku handlow. w Warszawie 5) 1 oblig. $4^1/_2$ Mikołajewsk. miejsk. Towarz. Kredyt. wartości nominalnej 100 rs. ulokowana za pokwitowaniem Nr 1799 od 18 stycznia 1911 r. w tymże Banku, co i pozycya 4. 6) 1 premiówka Banku szlacheckiego wartości nominalnej 100 rs. serya 12060 Nr 10 znajdująca się w ręku u skarbnika Dr Hattowskiego.

Komisya rewizyjna uważa za swój obowiązek wypowiedzieć zdanie, że uważa lokowanie kapitałów komitetu w rękach prywatnych za niestosowne i uznaje za niezbędne zakupienie za wszystkie sumy komitetu papierów procentowych i lokowanie ich wyłącznie w Banku. Podpisali: U. Wierciński, I. Wachowski, A. Karnicki.

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa podziękowanie za tak wyczerpujące sprawozdania, które najwymowniej świadczą o rozwoju »Związku«, i podaje je do zatwierdzenia. Zgromadzenie zatwierdza wszystkie sprawozdania.

ll) Inż. jener. Eugeniusz Kątkowski wygłosił rzecz p. t. **O wyjaławianiu (sterylizacyi) wody zapomocą ozonu i promieni pozafioletowych.** Mowca, scharakteryzowawszy 4 dotąd używane sposoby wyjaławiania wody, przeznaczonej do użytku, jako to: termiczny, chemiczny, ozonowy i pozafioletowy, dodaje, że termiczny nie nadaje się do wyjaławiania wody w wielkich ilościach, co jest niezbędne dla potrzeb miasta. Co do sposobu chemicznego, to nie ma on dotąd zastosowania w Rosyi, pomimo, że cieszy się uznaniem w Anglii i Ameryce i jest prawie najtańszy. Higieniści rosyjscy kierują się tem, ażeby do wody nie dodawać żadnych pierwiastków chemicznych. Prelegent przechodzi do 2 pozostałych systemów: zapomocą ozonu i promieni pozafioletowych i określa ich wartość, przedstawiając i oceniając ozonatory systemu Siemensa i systemu Otto. Mówca zaznaczył, że ozon zabija drobnoustroje, a nie pali, jak to myślą wogóle. Prątek okrężnicy znajduje się w znacznej ilości w każdej wodzie i najwięcej opiera się działaniu ozonu, więcej, aniżeli ustroje chorobotwórcze. Jeżeli więc przy działaniu ozonu prątka okrężnicy w danej wodzie niema, to oznacza to, że drobnoustrojów chorobotwórczych w niej zupełnie niema. Prelegent wyjaśnił, w jaki sposób odbywa się ozonacya wody na stronie petersburskiej, dodając, że stacya ta jest największą w świecie. Co do przyrządów dla stosowania promieni pozafioletowych, to prelegent zatrzymał się przedewszystkiem na systemie Nogier, a potem wskazał na przyrządy Hewitta, Westinghausa i Billon Daguerrea. Najodpowiedniejsze napięcie wynosi 220 wolt. W razie, gdyby lampka z kwarcu zgasła, przyrządy te są zaopatrzone w urządzenie, które automatycznie zaraz przypływ wody zatrzymuje. Istnieją również i przyrządy pokojowe, lecz działanie ich jest niepewne i urządzenie delikatne. Tak przy stosowaniu ozonu, jak i promieni pozafioletowych, woda newska, jako zawierająca oprócz drobnoustrojów bardzo wiele cząsteczek organicznych, musi być przedtem poddana koagulacyi z następnem filtrowaniem wobec tego, że obecność tych cząsteczek osłabia działanie ozonu i promieni ultrafioletowych. Co się tyczy kosztów, to sposoby te mało się różnią i w obecnej chwili ze sobą współzawodniczą, bo i ozonacya i działanie lampy z kwarcu dają jednakowo dobre wyniki. Tak np. w Nicei istnieje woda ozonowana 1 rok, a dur brzuszny zmniejszył się o 75% w porównaniu z latami gorszemi, a o 55% z latami lepszemi. Mówca oddaje pierwszeństwo ozonowaniu przed stosowaniem promieni pozafioletowych i zaznacza, że znaczna część Petersburga wkrótce będzie zaopatrzona w wodę ozonowaną w wielkich ilościach.

Inż. K. Staniszewski zapytuje prelegenta, dlaczego piasek sprowadzano z Francyi. — Prelegent: Wobec tego, że korzystano z patentowanego przyrządu, więc z początku ściśle stosowano się do przepisu; obecnie już będzie używany materyał miejscowy. — Chemik I. Szabłowski zwrócił uwagę co do lamp z kwarcu, że lampy te palą się najwyżej 400 godzin, poczem już giną promienie pozafioletowe. — Inż. Staniszewski przypuszcza, że woda ozonowana, wpadając do rur nieoczyszczonych, traci ozon i staje się dobrem środowiskiem dla rozwoju drobnoustrojów; przy stosowaniu zaś promieni pozafioletowych tego być nie

może. — Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie za tak zajmujący odczyt.

III. Doc Dr K. Noiszewski wygłosił rzecz p. t.: **Odczuwanie światła i barw we dnie i o zmroku.** (Rzecz drukowana w »Dzienniku Petersburskim« z roku 1911 15 lutego, Nr 330). Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie za tak zajmujący i pouczający odczyt.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Na mocy §§ 26 i 27 ustawy dokonano częściowego losowania, z wyniku którego ustępują z Komisyi rewizyjnej pp. Matuszewski i Wachowski. Na ich miejsce jednomyślnie wybrani zostali: Prof. Dr M. Raczyński i inż. kom. Jan Berkiewicz. 2) Na członków rzeczywistych zostali wybrani: Dr Adolf Gładki, Dr Jan Czekanowski, Dr Wanda Szczawińska, Inż-mech. Wacław Chrzanowski, prowiz. Bolesław Tarasiewicz, prowiz. Wacław Mierzwiński, prowiz. Michał Lukoma, prowiz. Wincenty Karoblis. 3) Prezes podnosi sprawę lokowania pieniędzy i nabywania biletów loteryjnych celem zasilania kapitału na budowę szpitala, dodając, że sprawę tę porusza dlatego, gdyż komisya rewizyjna po raz drugi podkreśla sprzeczność z ustawą co do lokowania kapitału. Prezes dodaje, że sprawa ta była poruszona już w Radzie i obecnie prosi Zgromadzenie o wypowiedzenie zdania. — Prof. Ziemacki sądzi, że należy wycofać pieniądze z rąk prywatnych; Inż. Kotarski podnosi, że każda instytucya naukowa powinna lokować swe kapitały w pewnych bankach i papierach, a nie w rękach prywatnych. Dr Uliński uznaje za możliwe umieszczanie pieniędzy w rękach prywatnych, ale wyłącznie na weksel, Dr Wierciński dodaje, że kartka na te 1000 rs. nosi charakter prywatny, albowiem wydana jest nie na imię »Związku« lecz na imię Dr Hattowskiego, Doc. Sowiński wnosi, ażeby sprawę tę rozstrzygnąć przez głosowanie. — Dr Hattowski zapytuje, jak postąpić z pożyczką premiową; pieniądze z rąk prywatnych mogą być nazajutrz wycofane. — Prezes poddaje sprawę głosowaniu: Uchwalono bezwłocznie wycofać 1000 rs. z rąk prywatnych, zaś pożyczkę premiową zatrzymać. 4) Ponownie omawiano sprawę pomocy lekarskiej w przytułku ks. Około-Kułaka za rogatką Narwską przy ul. Uszakowskiej. 5) Prof. Zaleski podaje do wiadomości, iż w Krakowie powstaje Towarzystwo muzeum etnograficznego, zaznacza, iż kierownikiem będzie etnograf i antropolog Prof. Dr Julian Talko-Hryncewicz, znany ze swych prac w Syberyi i Mongolii i gorąco zaleca składanie ofiar na ten cel doniosły. 6) Dr Zakrzewski podaje do wiadomości, iż dla braku czasu nie może nadal pełnić obowiązków wiceprezesa Komitetu budowy szpitala polskiego w Petersburgu, które to obowiązki obecnie składa w ręce Rady. Rada w imieniu Zgromadzenia wyraża Dr Zakrzewskiemu żal z powodu ustąpienia i gorące podziękowanie za tak świetne wyniki materyalne jego pracy dla funduszów szpitala i uchwala zaprosić na wiceprezesa Komitetu Dr Marcinkiewicza.

Sekretarz: Sowiński.

Posiedzenie lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej w Krakowie.

z dnia 2 maja 1911.

1) Landau i Lustgarten. **Tumor cerebri.** W. K. 11 letni chłopiec, zgłosił się do ambulatoryum kliniki neurolog. z powodu bezwładu ręki od dni pięciu. Brak obciążenia dziedzicznego, w szczególności co do gruźlicy i kiły. Chory cierpi od lat kilku na mierne bóle głowy z wymiotami. 5 dni przed zgłoszeniem się do kliniki wystąpiła bez poprzedzających zwiastunów (aura, paraesthesiae) padaczka Jacksona w zakresie prawej strony twarzy i prawej ręki. Napadów tych było w pięciu dniach kilka. Trzeci napad miał charakter napadu padaczkowego ogólnego z utratą przytomności i po nim wystąpiło porażenie ręki prawej.

Osobnik dobrze odżywiony, bez znamion degeneracyjnych, pod względem psychicznym prawidłowy. Czaszka bez śladów urazu, lekko bolesna w okolicy czołowej po obu stronach. Ustna gałąź nerwu twarzowego prawego wybitniej zajęta, niż po stronie lewej. Neuritis et oedema n. opticorum oc. utriusque, praecip. oc. sin. Inne nerwy czaszkowe bez zmian. Kończyna górna prawa niedowładna, największe upośledzenie obwodowo. Wszystkie odruchy ścięgniste i okostne po stronie prawej żywsze, niż po lewej. Napięcie mięśniowe nieco zwiększone w porównaniu ze stroną lewą. Lekki stopień bezładu (ataxia). Brak jakichkolwiek zaburzeń czucia. Odruch kolanowy prawy nieco żywszy, niż lewy, podeszwowy prawy zaś słabszy. Na podstawie tych danych rozpoznano guz w okolicy ośrodków ruchowych po stronie lewej i to w zakresie zakrętu pośrodkowego przedniego w okolicy ośrodka ręki. — W dyskusyi przyjęto jednomyślnie tak rozpoznanie, jak i określenie siedziby guza, wyłączając na podstawie danych fizycznych tak zatrucia, jak padaczkę Jacksonowską na tle histerycznem i zapalenie opon gruźlicze lub ropne. Co do przyrody guza skłoniono się do przyjęcia nowotworu, oczekując jednak wyniku odczynu Wassermana i Moro. Wobec rozpoznania uznano wskazanie do zabiegu operacyjnego i skierowano chorego na klinikę chirurgiczną.

2) Borowiecki przedstawia przypadek, w którym rozpoznanie waha się między **nowotworem, a guzem gruźliczym mózgu**. Kazimierz J., lat 12, chory od roku 1907. Rodzina matki obarczona gruźlicą, ponadto nerwowa. Chory w kilka dni po urodzeniu miał »konwulsye«. Następnie we wrześniu 1907 pewnego dnia mówił niezrozumiale, mylił się w pacierzu i chwytał się za głowę. Położony do łóżka mówił od rzeczy. W kilka godzin później powrócił stan prawidłowy. W kilka dni bóle w kręgosłupie i potylicy, w ręce i nodze prawej. Chory nazywa przedmioty fałszywie, choć dobrze je rozpoznaje; zez, podwójne widzenie, czasem sztywnienie prawej ręki i nogi. Ten stan po kilku tygodniach ustępuje, pozostają jednak blizko przez rok bóle i zawroty głowy, jakoteż osłabienie prawych kończyn. We wrześniu 1908 w nocy kilkakrotnie napady połączone z chrapaniem, z których dobudzić można chorego po kilkunastu minutach; raz w napadzie zesztywnienie ręki prawej. Podobne napady w 1909 i 1910. Chory czasem mówił niezrozumiale i skarżył się, iż nie mógł tego powiedzieć, co chciał; raz zauważono skrzywienie twarzy w prawo. Od początku roku ubiegłego postępujące osłabienie wzroku. Od 16 kwietnia 1910 przez kilka dni drgawki; raz zauważono, iż drgawki rozpoczęły się w twarzy, przeszły na rękę prawą, wreszcie na prawą nogę, a potem stały się ogólnemi. Trzykrotnie oddał chory podczas tych napadów bezwiednie mocz.

Badanie neurologiczne stwierdza jedynie zanik obu nerwów wzrokowych, zresztą zaś brak wszelkich objawów somatycznych. Objaw Wassermana ujemny, odczyn Moro niepewny, natomiast odczyn precypitacyjny tuberkuliny z surowicą krwi dodatni. (Pracownia Dra Putermana w Sosnowcu).

W dyskusyi kol. Borowiecki, jakoteż Prof. Piltz oświadczają się raczej za guzem gruźliczym mózgu na podstawie braku wzmagających się objawów wzrastającego ciśnienia śródmózgowego i dodatniego odczynu co do gruźlicy. Podniesiono również niepewność wywiadów co do domniemanej padaczki Jacksona, a brak w tym kierunku własnych spostrzeżeń. Wskazań do ewentualnego zabiegu chirurgicznego na podstawie tych danych nie znaleziono.

3) Kol. Jasieński przedstawia chorą M. B. lat 13 z rozpoznaniem **pląsawicy u osoby histerycznej.** Od początku kwietnia 1911 ruchy pląsawicze gwałtowne w zakresie rąk, nóg, całego tułowia, z początku trudność w mowie, następnie zupełna niemożność mówienia i połykania płynów, które wylewają się przez nos. Chora nie może chodzić, pada, ma liczne zdarcia naskórka. Rodzice podają jako charakterystyczne złośliwość i drażliwość usposobienia cho-

rej, spotęgowane ogromnie od czasu choroby. Obciążenie dziedziczne: Alkoholizm ojca, jego obojga rodziców, całego rodzeństwa, oraz gruźlica, również alkoholizm ze strony matki. Matka stwierdza u córki wielkie interesowanie się życiem płciowem W styczniu obecnego roku pierwsza menstruacya, która już więcej nie wystąpiła.

Badanie wykazało mniejszą nieco sprawność kończyny górnej prawej, oraz obniżenie wszystkich odruchów ścięgnistych, zwłaszcza kolanowych. Odruchu brzusznego wywołać nie można. Nader wybitne i gwałtowne ruchy pląsawicze. Już podczas pierwszego badania gwałtowność ruchów nieco złagodniała, natomiast chora skarży się na osłabienie wzroku; liczy palce na dwa kroki. Umieszczono chorą w szpitalu. Na drugi dzień badanie wykazuje ustąpienie dolegliwości wzrokowych, chora mówi, je i pije dobrze, ruchy pląsawicze pozostały, ale słabe. Obserwacya bezpośrednia chorej stwierdziła niewątpliwy obraz pląsawicy, szybkie zaś zmiany w tym obrazie, bezsprzeczny wpływ poddawania na przebieg sprawy, jakoteż wywiady co do obciążenia dziedzicznego, pląsawicy u siostry, charakteru chorej, jej pewnego podniecenia płciowego (także i menstruacya), uzasadniały przyjęcie podkładu histerycznego.

4) Kol. Dąbrowski przedstawia 31-letniego chorego St. Cz. Obarczenia dziedzicznego niema. Przed 5 laty zaziębienie, bóle w krzyżach, nogach. od tego czasu nogi słabsze. Początek obecnej choroby oznacza chory na początek bieżącego roku. W tym czasie uczucie zimna i cierpnięcia w podeszwach, podobne wrażenia później w goleniach i udach; od marca osłabienie kończyn dolnych, potęgujące się tak, iż 23 kwietnia chory o własnych siłach chodzić nie może. Od marca utrudnienie w oddawaniu moczu i stolca.

Badanie wykazuje brak obustronny dolnych odruchów brzusznych (górne prawidłowe), brak odruchów mosznowych, kurczowe porażenie poprzeczne, wybitniejsze po stronie prawej. ze znacznem wzmożeniem odruchów ścięgnistych, objawem Babińskiego po stronie prawej, drganiem padaczkowatem (clonus verus) rzepki lewej obu stóp. Odruchów pośladkowych i odbytowych nie stwierdzono. Znacznego stopnia zaburzenia czucia wszelkiego rodzaju w kończynach dolnych i dolnej części brzucha, sięgające ku górze aż do okolicy, odpowiadającej X. segmentowi grzbietowemu. Na podstawie tych objawów przyjmuje kol. Dąbrowski **poprzeczne zapalenie rdzenia**, stanowczo jednak nie wyłączając nowotworu rdzenia.

XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

(18—22 lipca 1911).

W dalszym ciągu zgłoszono następujące wykłady:

W sekcyi medycyny wewnętrznej:

69) L. Mańkowski (Kulparków): Badanie zapomocą kwestyonaryusza zasobu pojęciowego (inwentarza inteligencyi) u ludzi umysłowo zdrowych. 70) Bohdanowicz (Nicea): Przyczynek do badań nad działaniem surowicy przeciwgruźliczej Marmorka. 71) Żuławski (Gorlice): I. Tachycardia w gruźlicy płuc. 72) Tenże: Kilka uwag o leczeniu gruźlicy płuc promieniami słońca (helioterapia). 73) M. Reichenstein (z kliniki lekarskiej Uniwersytetu we Lwowie): W sprawie podziału etyologicznego cukrzycy. 74) Juliusz Wiśniewski: Vitiligo.

W sekcyi medycyny teoretycznej:

38) Prof. J. Prus (Lwów): O usypianiu zapomocą elektryczności. 39) Tenże: Działanie prądów o wysokiem napięciu i częstej zmienności na serce.

W sekcyi chirurgicznej:

36) Prof. B. Kader (Kraków): Resekcya kątnicy i jelita rubego. 37) Nüssenfeld (Kraków): Zwężenia i niedrożności jelit po operacyach ostrych ropnych zapaleń wyrostka robaczkowego. 38) Tenże: Tendolysis i neurolysis. 39) Doc. Radliński (Kraków): W sprawie narkozy pantoponem - skopolam.-eterem 40) L. Mieczkowski (Poznań): O usypianiu zapomocą weronalu, pantoponu i mieszaniny eteru z chloroformem. 41) M. Dehnel (Kraków): Znieczulenie żylne sposobem Biera. 42) Zaremba (Husiatyn): O wynikach odkażania pola operacyjnego jodyną. 43) Tenże: Demonstracye preparatów: a) wśliźnięcia glisty do tchawicy z uduszeniem; b) kamienia pęcherza moczowego, powstałego dokoła fasoli. 44) L. Mieczkowski (Poznań): Stosunek nerek do jelita grubego. 45) Doc. Radliński (Kraków): Meningocele sacralis anterior. 46) Doc. Zalewski (Lwów): Wpływ zwężeń górnych dróg oddechowych na krążenie i oddychanie. 47) Wieser (Lwów): Dwa przypadki gąsienic much w uchu. 48) Tenże: Geograficzny rozkład przypadków twardzieli w Galicyi wsch. 49) Prof. Jurasz (Lwów): O fizyologicznych stosunkach trzech dźwięków mowy: i, y, j — w głosowni. 50) Tenże: O leczeniu przerostów muszli dolnej. 51) Litwinowicz (Lwów): Temat zastrzeżony. Na zgłoszone w ostatnich dniach życzenie chirurgów warszawskich poruszona będzie sprawa leczenia ostrych zapaleń wyrostka robaczkowego. Referat objął A. Zawadzki (Warszawa).

Dalsze zgłoszenia odczytów uprasza się adresować: Prof. Dr B. Kader, Kraków, Klinika chirurgiczna, Kopernika 40. Chorzy, sprowadzeni przez uczestników Zjazdu do przedstawienia znajdą pomieszczenie w Klinice chirurg. Kopernika 40. Szczegółowy porządek dzienny posiedzeń ukaże się przed samym Zjazdem.

Henryk Braun.

(Wspomnienie pośmiertne).

Jeszcze nie przebrzmiała wieść o zgonie dwóch słynnych mistrzów starej chirurgii, a znowu ponosi chirurgia niemiecka nową stratę. W Getyndze zmarł nagle Henryk Braun. W życiu tego człowieka ciągle cierpienie i nieszczęście splatało się ze sławą.

Po odbyciu studyów uniwersyteckich poświęcił się Braun pierwotnie fizyologii, co też odbiło się dodatnio na późniejszej jego działalności. W r. 1873 habilitował się z zakresu fizyologii w Giessen, lecz już zaraz potem poczuł powołanie do chirurgii, został asystentem Simona w Heidelbergu, a po. śmierci tegoż asystentem Czernego. W r. 1875 habilitował się z zakresu chirurgii, a w 3 lata później został profesorem nadzwyczajnym. Następnie prowadził oddział w Mannheim, potem klinikę w Jenie, Marburgu, Królewcu, a w końcu i w Getyndze.

W pełni życia i szczęścia stracił młodą żonę, co rzuciło cień smutku na jego całe życie. W kilka lat potem dotknęło go drugie nieszczęście. Wskutek silnego zakażenia i ropienia gruczołów pachowych musiał poddać się ich wycięciu, co pociągło za sobą przewlekły obrzęk kończyny, ciągłe zapalenia i różę. Dla chirurga to rzecz przecież straszna! Mimo tych ciosów pracował Braun aż do ostatniej chwili, a śmierć wyrwała go nagle od pracy.

Imię jego łączy się ściśle z postępami chirurgii brzusznej, chirurgii naczyń i plastyk. On właściwie nauczył nas łączyć bocznie jelita zamiast zeszywać je okrężnie. Nauczycielem był znakomitym, a przytem, co nieczęsto się zdarza, nietylko zupełnie nie był zazdrosny o powodzenie swych uczniów, ale owszem prawdziwie ojcowską otaczał ich opieką. Postępami uczniów i odkryciami ich cieszył się zawsze, jak swojemi.

Dr Adolf Klęsk.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Odnowienie dyplomu Prof. Jakubowskiego odbyło się d. 26. VI. b. r. o godz. 12 w auli Uniwersytetu, gdzie zebrali się wszyscy dziekani i profesorzy Uniwersytetu Jagiellońskiego, delegat namiestnika Fedorowicz, protomedyk r. dw. Dr Merunowicz ze Lwowa, pułkownik obrony krajowej Lach, jako przedstawiciel wojskowego oddziału sanitarnego, wiceprezes Akademii Umiejętności Prof. Zoll (senior), prezydyum Izby lekarskiej, zarząd i członkowie Towarzystwa lekarskiego, reprezentanci Towarzystwa kolonii wakacyjnych w Rabce, oraz liczne grono dawnych uczniów Jubilata, wśród nich Prof. Raczyński ze Lwowa.

W chwili, gdy Jubilat wszedł do auli w towarzystwie rektora Uniwersytetu i dziekana Wydziału lekarskiego, powstali wszyscy z miejsc, poczem zabrał głos rektor Witkowski, wskazując na niezwykłą uroczystość, która nie jest aktem formalności, lecz wypływa z potrzeby serca, ze zrozumienia, jak wielkie zasługi położył Prof. Jakubowski około wiedzy i nauki. Następnie przemówił dziekan Wydziału lekarskiego Prof. Klecki, który zaznaczył, że działalność jubilata nie ograniczała się jedynie do szerzenia nabytej już wiedzy, w poszukiwaniu dróg nowych zaszczepił u nas Prof. Jakubowski nową gałąź nauki: pedyatrye. Dzięki jego zabiegom stanął szpital dla dzieci św. Ludwika w Krakowie; i klinika przy Uniwersytecie Jagiellońskim. Nakoniec wręczył mowca Jubilatowi dyplom z życzeniami, aby służył mu jak najdłuższe jeszcze lata. Prof. Jakubowski w odpowiedzi podziękował wszystkim za okazane mu wyrazy sympatyi.

Popołudniu udały się do mieszkania Jubilata deputacye Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i redakcyi »Przeglądu lekarskiego«, w których uczestniczyli Prof. Cybulski, prezydent Dr Schoengut, Dr Akerman, Prof. Ciechanowski, Prof. Krzyształowicz, Dr J. Landau sen. i Dr Wojciechowski. Od Towarzystwa lek., którego Prof. Jakubowski jest jednym z założycieli i najstarszym członkiem, przemawiał Prof. Cybulski, od Izby, której Jubilat był pierwszym prezydentem, składał życzenia Dr Schoengut, a od »Przeglądu lek.« Prof. Ciechanowski. Jubilat, dziękując za życzenia, skreślił plany swoje, dotyczące utworzenia stałego sanatoryum dla dzieci w Rabce.

Obok licznych telegramów od kolegów i znajomych przesłali Jubilatowi życzenia: minister oświaty hr. Stürgkh, minister dla Galicyi Zaleski, namiestnik Galicyi Dr Bobrzyński, marszałek krajowy St. hr. Badeni, prezes Akademii Umiejętności Stan. hr. Tarnowski, szef sekcyi min. dla Galicyi Zdz. Morawski, szef departamentu V. Wydziału krajowego Dr Bernadzikowski wraz z personalem lekarskim tegoż departamentu, Towarzystwa lekarskie warszawskie i lwowskie, Redakcya »Gazety lekarskiej« i »Tygodnika lekarskiego«, gremium lekarzy szpitala krajowego lwowskiego, grono pedyatrów warszawskich i in.

— Dyplom doktorski uzyskali p. Arnold Rappaport, rodem z Podhajec i p. Gustaw Szulc, rodem z Burakowa w Król. Pol.

— Polskie Towarzystwo balneologiczne przesłało nam następujące wiadomości o wystawie balneologicznej:

Projektowana przez Polskie Towarzystwo balneologiczne podczas XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich wystawa, zapowiada się bardzo dobrze. Zgłoszono już prawie wszystkie zakłady zdrojowo-kąpielowe i uzdrowiska krajowe i wiele pozakrajowych, polskich, głównie z Królestwa Polskiego, Litwy i Wołynia. Między innemi Zakopane zajmie aż 2 sale, Rymanów, Krynica, Lubień, Rabka, Iwonicz, Szczawnica, Wisła, Swoszowice i inne zgłosiły większy obszar miejsc. Najwięcej na uznanie zasługują zdrojowiska i uzdrowiska Królestwa Polskiego i Litwy, które, nie szczędząc kosztów i trudu, wszystkie zapowiedziały swój udział, więc Nałęczów, Druskieniki, Połąga i t. d.; z zakładów humanitarnych Instytut higieny dziecięcej w Warszawie i inne.

Zgłoszenia przyjmować będzie Komitet do końca czerwca; miejsca stosunkowo niewiele już pozostaje do dyspozycyi i dlatego odkładający zgłoszenia na ostatni czas, mogą spotkać się z ewentualnością, iż nie otrzymają odpowiedniego miejsca. Komitet wystawowy nie szczędzi trudów i pracy, aby tylko uprzystępnić i ułatwić wystawcom całą manipulacyę. Wystarczy tylko przysłać odpowiednie przedmioty, a odpowiednie ustawienie ich bierze na siebie komitet. Celem ułatwienia przesyłania przedmiotów na wystawę komitet oddał całą część transportową firmie ekspedycyjno komisowej Goldlust i Ska w Krakowie, która za małem stosunkowo wynagrodzeniem zajmie się odbieraniem z kolei, przewozem na wystawę, rozpakowaniem, asekuracyą, zapakowaniem i powrotną wysyłką przysłanych na wystawę przedmiotów. Wszystkie przysłane na wystawę przedmioty, są wolne od powrotnej opłaty przewozowej. Podległe ocleniu przedmioty z zagranicy, które wrócą z powrotem zaraz po ukończeniu wystawy, są wolne od cła po złożeniu odpowiedniej kaucyi, czem zajmie się już powyższa firma. Uprasza się wszystkich wystawców o wcześniejsze nadesłanie wykazu i opisu przedmiotów wystawy, a to celem sporządzenia katalogu, który w ozdobnem wydaniu będzie wręczany wszystkim uczestnikom Zjazdu przy uroczystem otwarciu wystawy.

Komitet wystawy porozumiał się z komitetem wystawy sekcyi farmaceutycznej Zjazdu, która mieścić się będzie w sąsiednim gmachu Towarzystwa technicznego, co do wspólnej reklamy, dekoracyi zewnętrznej i terminu otwarcia wystaw. W tym też celu komitet podjął starania, aby otwarcie wystaw było jednym z punktów programu inauguracyjnych uroczystości Zjazdu. Każdemu uczestnikowi Zjazdu wręczona będzie wraz z kartą uczestnictwa Zjazdu bezpłatna karta wstępu na wystawę balneologiczną. Wszelkich wyjaśnień szczegółowych o wystawie udziela Polskie Towarzystwo balneologiczne (Kraków, Batorego 1).

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 18. VI. do 24. VI. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † — (w tem obcych 1 † —), krztuśca 3, ospy wietrznej —, płonicy 5 † 1 (— † —), odry 6 † — (— † —), duru brzusznego 3 † — (1 † —).

Dr Janiszewski.

Warszawa. Kasa pomocy naukowej im. Mianowskiego liczyła w r. 1910 członków założycieli 88, honorowych 161, rzeczywistych 573. W roku tym otrzymała lub zrealizowała Kasa 11 zapisów. Bilans Kasy wynosił 681.743 rb., w czem fundusze wieczyste, czasowe i dożywotnie 596.465 rb., odsetki od funduszów specyalnych 19012 rb., kapitał zasobowy i obrotowy 64197 rb. Zapomogi warunkowo zwrotne wynoszą 62 843 rb. W r. 1910 wypłacono na badania i wydawnictwa naukowe zapomóg bezzwrotnych 32.942 rb., warunkowo zwrotnych 12.858 rb., razem 45.800 rb. W zakresie nauk lekarskich przyznano zapomogi Dr Dunin-Karwickiej (1000 rb.), J. Pruszyńskiemu (900), Sosnowskiemu (300), Heryngowi (500), J. Bielińskiemu (3.200, na wydanie II. tomu dzieła »Uniwersytet warszawski«), S. Gaszyńskiemu (4.044 na wydanie dzieła »Akuszerya«), Palmirskiemu (400), Serkowskiemu (750 na wyd. Bakteryologii), J. Brunnerowi (500), T. Łapińskiemu (145·62).

— Dział higieny przemysłowej i spożywczej będzie utworzony na wystawie przemysłowo-spożywczej, która się odbędzie w Warszawie na Dynasach od 7. IX. do 15. X. b. r. Program tego działu wystawy jest następujący: 1) Zabezpieczenie robotników od nieszczęśliwych przypadków. 2) Zabezpieczenie robotników od szkodliwości zawodowych. 3) Ankieta i wyniki ankiety (przedst. graficznie) żywienia się robotników fabrycznych. 4) Praca kobiet w fabrykach. Ochrona dzieci robotników (ochrony, szkoły). 5) Alkoholizm. Nikotynizm. 6) Higiena żywienia i produktów spożywczych: normy odżywcze; zwalczanie falsyfikatów. 7) Choroby zakaźne (z głównem uwzględn. ospy, gruźlicy, płonicy). 8) Prostytucya; choroby weneryczne. 9) Pomoc nagła w nieszczęśliwych wypadkach; trucizny i odtrutki. 10) Popularyzowanie higieny (pogadanki, broszury) i statystyka działalności lekarskiej fabrycznej. 11) Higiena odzieży (próbki tkanin). Higiena indywidualna (higiena jamy ustnej, czystość ciała etc.). 12) Sposoby zwalczania pyłu i wentylacya. 13) Unieszkodliwienie ścieków wpuszczanych do rzek; woda do picia w fabrykach nieskanalizowanych. Komitet organizacyjny wystawy prosi inteligentne sfery naszego społeczeństwa o moralne poparcie tej dydaktycznej części wystawy, o udzielenie wystawie wzorów, tablic, modeli, fotografii i tablic statystycznych w powyższym zakresie, o ułatwienie zebrania i zestawienia danych, mających dać obraz naszej kultury. W tym celu komitet uprasza o wskazanie przestrzeni potrzebnej w dziale naukowym (higieny przemysłowej i spożywczej) i bezpłatnie potrzebnego miejsca jaknajchętniej udzieli. Bliższych informacyi udziela Dyrekcya wystawy (Warszawa, Krakowskie Przedmieście Nr 58).

— Towarzystwo opieki nad nerwowo i umysłowo chorymi otrzymało na ukończenie budowy sanatoryum w Karolinie 40.000 rubli z zapisu ś. p. Stanisława Kierbedzia.

Z różnych stron. W Żytomierzu urządzony na cele walki z gruźlicą »dzień kwiatów« przyniósł przeszło 5.300 rb. dochodu.

— Zarząd Towarzystwa dla budowy i utrzymania międzynarodowego »Domu dla lekarzy« we Francensbadzie, prosi nas o ogłoszenie następującego podziękowania:

»Wszystkim Panom Kolegom, którzy raczyli przyjąć przesłane im przez nas marki (znaczki dla budowy Domu) składamy na tem miejscu nasze podziękowanie. Jak najuprzejmiej dziękujemy tym Panom Kolegom, którzy przez ofiarowane naddatki przyczynili się do przyspieszenia naszych koleżeńskich i humanitarnych celów. — Prezydyum Zarządu »Domu dla lekarzy« we Francensbadzie«.

Zmarli:

Dr Alfred Albinowski

zmarł dnia 25. VI. b. r. w 49. r. ż. w Krakowie. Zmarły był jednym z tych nielicznych, którzy całe swe życie poświęcili dla idei i nigdy pomimo rozlicznych wielkich przeciwności nie zeszli z tej drogi, lecz zachowali zawsze silny hart ducha aż do samego końca.

S. p. Alfred Albinowski urodził się w Jałożcach pod Brodami w r. 1862. Po ukończeniu gimnazyum św. Jacka w Krakowie poświęcił się studyom lekarskim na Uniwersytecie Jagiellońskim. W czasie studyów brał żywy udział w życiu młodzieży akademickiej, która dla Jego niezwykłych zalet charakteru, serca i umysłu powierzała mu bez przerwy w czasie od 1885—1890 roku godność wiceprezesa a następnie prezesa »Czytelni akademickiej«. Był to burzliwy i przełomowy okres w rozwoju »Czytelni akademickiej« i potrzeba było dużo taktu, rozwagi i samodzielności ze strony przewodniczącego. Ta wieloletnia praca w stowarzyszeniach akademickich przyczyniła się, iż ś. p. Alfred opóźnił ukończenie swych studyów zawodowych i dopiero w r. 1902 uzyskał dyplom doktorski. Zaraz po doktoracie wstępuje do szpitala św. Łazarza w Krakowie i tutaj przez 8 lat pracuje z całem zaparciem się, zrazu jako lekarz pomocniczy na oddziale chirurgicznym i położniczo-ginekologicznym, następnie jako sekundaryusz na oddziale chorób wewnętrznych, przyświecając młodszym kolegom niezrównaną pilnością i sumiennością w spełnianiu swych obowiązków zawodowych, i postępowaniem nacechowanem zawsze wysoką szlachetnością wobec wszystkich współkolegów i chorych. Zbyt wątły ustrój nie mógł wytrzymać tej nadmiernej pracy zawodowej w warunkach szpitalnych możliwie najbardziej niehigienicznych. To też po 3-letnim pobycie na oddziale chorób wewnętrznych wskutek nadmiernej wytężającej pracy zawodowej — uległ ciężkiej chorobie piersiowej, która odtąd, pomimo wszelkich wysiłków, coraz bardziej podkopywała to szlachetne życie. W ostatnim czasie, już ciężką niemocą złożony, pełnił obowiązki sekretarza Izby lekarskiej. Cześć pamięci najzacniejszego kolegi i przyjaciela. K.

Dr Henryk Pacanowski, b. ordynator szpitala izraelickiego, w 54 r. ż. w Warszawie, Dr Alfred Albinowski w 49 r. ż. w Krakowie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Bernatzika maść formaldehydowa działa pewnie przeciw nadmiernemu poceniu się rąk i nóg i zapobiega zaziębieniu. Wypróbowana klinicznie i przez lekarzy praktycznych.

Uwagi z powodu odpowiedzi Prof. A. Sołowija na moją krytykę jego „nauki położnictwa dla położnych w krótkim zarysie".

(Przegląd lekarski" Nr 21. i 24. 1911).

Jest zwyczajem w pismach naukowych przyjętym, że się przyjmuje jedynie krytykę i odpowiedź na nią, i bardzo słusznie. Inaczej bowiem sprawa mogłaby ze szkodą czegoś lepszego przewlekać się bez końca. Dlatego też zmuszony jestem do podania moich uwag na odpowiedź Prof. Sołowija w tej formie, zabierając głos raz jeszcze, i to poraz ostatni. A zmusza mię do tego nie rzecz sama, lecz konieczność bronienia się od poczynionych mi zarzutów.

Na wstępie, aby nie powtarzać się, wspomnę, że na zarzuty ważnych pominięć i braków odpowiada autor: »Mogę Prof. B. zapewnić, że uczennice mojej szkoły wiedzą dokładnie...« Ja temu zupełnie wierzę i zaznaczam, że moja krytyka nie odnosiła się całkiem do nauczycielskiej działalności autora, i że tu nie o to chodzi, ale o to, że z owej »nauki położnictwa dla położnych« nie mogą się one nauczyć tego, czego w niej niema. Dlatego też twierdziłem i twierdzę, że owa książeczka, jako ułatwienie zadania nauczycielskiego autora, mogła śmiało pozostać spokojnie wśród murów szkoły. A gdy raz ujrzała światło wystawy księgarskiej z napisem na okładce wielkiemi literami »Nauka położnictwa«, to już jako książka odpowiada sama za siebie i braki w niej wytknięte nie dadzą się żadnemi, nawet bardzo uroczystemi zapewnieniami zastąpić.

Na zarzut mój, że autor pominął przestrogę, i to ze względu na aseptykę, aby położna nie odprowadzała pępowiny, na zewnątrz przed części rodne wypadniętej, przybiera Prof. Sołowij pozę wysokiej humanitarności w słowach patetycznych, że »na wydanie wyroku śmierci płodu, jeżeli jest możebność ratowania go«, nie mógłby się zgodzić. Więc czy mam mu przypominać, czy pouczać go tak, jak on ma ochotę ze mną czynić, że do uratowania życia dziecka służy obrót na nóżki, a żadnej akuszerce samymi palcami odprowadzenie dużej pętli pępowiny nie może się przecie udać skutecznie, więc pocóż rodzącą narażać na zakażenie. Prof. Sołowij ignoruje to zupełnie w tem przekonaniu, że sprawę tę zbyć można patosem. A przecie niepodobna, aby istotnych pobudek, które mię zmusiły do wytknięcia tego błędu, nie rozumiał!

Jak wiadomo z mojej krytyki, umieścił autor w przewodzie kości krzyżowej (może nawet przez pomyłkę) rdzeń kręgowy. A gdy mu mimochodem to wytknąłem, dziwi się temu, jak można coś podobnego wytknąć. Ja sądzę, że tego błędu nie wytknąłby ktoś, kogoby on nie raził, a takiego chyba pomiędzy lekarzami nie znajdzie. Ale mniejsza o to. Mógł Prof. Sołowij poprostu przyznać się do »lapsus calami« i sprawa byłaby ubita bez regresu. Ale jemu się podobało, abym ja i tu racyi nie miał i odpowiada: »a przecie trzeba było położnej w jakiś przystępny sposób powiedzieć, co w tym kanale się mieści«. Tak zupełnie, jakby powiedzenie prawdy, że przez przewód kości krzyżowej przebiegają nerwy z rdzenia kręgowego wychodzące, było sposobem mniej przystępnym, niż powiedzenie, że tamtędy przebiega rdzeń. Tu byłaby była anatomia lepszą wskazówką od dzieła terminologicznego, na które się autor powołuje.

Na str. 4 pisze autor o kościach miednicy: »Kości boczne składają się pierwotnie, w wieku dziecięcym, z kości biodrowej, siedzeniowej i łonowej, które zrastają się później ze sobą w panewce stawu biodrowego«. Wytknąłem zatem autorowi, że ten ustęp tak brzmi, jakby te części kości biodrowej jedynie w panewce się ze sobą zrastały, a nie w całej długości. Wszak one tylko kątami swymi schodzą się w panewce. Ponieważ jednak w mojej krytyce mylnie zamiast części kości biodrowej, napisałem kości miednicy, więc autor tej pomyłki się chwyta i twierdzi, że ja mu podsuwam zdanie, jakoby kości miednicy zrastały się ze sobą w panewce.

Ktoby, pisząc krytykę, mylnie cytował tekst autora, to, jeżeli nie względy etyczne, to powstrzymaćby go od tego musiało to, że jawną broń przeciw sobie podaje w rękę krytykowanemu. Nie dziwię się też temu, że ją Prof. Sołowij tak chętnie chwycił. Lecz pytam, czy to ratuje poprawność zacytowanego ustępu?

Autor obstaje też przy słuszności swego twierdzenia, że »miednica mała przedstawia się jako pierścień od przodu wklęsły, od tyłu wypukły«. Gdyby był powiedział, że przewód miednicy małej jest jakby wycinkiem pierścienia kostnego, to chociaż to byłoby dla akuszerek równie niezrozumiałe, nie byłoby przecie nonsensem. Ale, co jest w tem doskonałe, że na usprawiedliwienie tej definicyi cytuje autor ustęp ze Spätha, w którym o pierścieniu niema ani słowa.

Silnie stara się autor również obronić wartość mierzenia obwodu miednicy. Ale tu, nie mogąc powołać się na żadną z obecnie żyjących powag, porusza prochy zmarłych i używa zwrotu ku mnie skierowanego: »Wobec tego

zechce Prof. B. przyjąć do wiadomości, że tak znakomity położnik, jakim był Späth....«, którego uczniem miał zaszczyt być autor, polecał ten sposób mierzenia. Przyjmuję chętnie do wiadomości ten szczegół biograficzny i o ile mię rachuby nie mylą, sądzę, że to musiało być przed pojawieniem się pomnikowego dzieła o miednicy Litzmanna. Zresztą byłoby bardzo smutno, gdyby dzisiejsze wiadomości autora nie były znacznie większe od ówczesnych wiadomości ś. p. Spätha. Na tem bowiem postęp polega, że uczniowie idą dalej od nauczycieli. Że ten sposób badania miednicy niema żadnej wartości i że wielkość pomiarów zależy od ilości tłuszczu, a nie od wielkości miednicy, o tem szkoda dyskutować. A że bez podania tylnego punktu już nawet dla samego mierzenia niema wartości, to także pewne.

Jeżeli zaś sposób ten uważa autor za »bardzo prosty i cenny dla położnej«, to musiałby on być takim samym i dla lekarza, a przecie tak nie jest.

Na str. 20 podał autor taki ustęp: »Ciemię małe jest przy porodzie czaszkowym częścią poprzedzającą czaszki, zwraca się w próżni miednicy ku przodowi i pokazuje się w szparze sromowej tuż pod spojeniem łonowem«.

W mojej krytyce zaprotestowałem przeciw takiemu uogólnieniu tej sprawy. Zgodziłbym się zaś chętnie na to, gdyby autor był napisał, że u pierwiastek, w prawidłowych położeniach czaszkowych przy nizkim stanie główki w miednicy poprzedza okolica ciemiączka małego. Ustęp też z Bumma przez autora cytowany, odnosi się do pierwiastek tych (70%), u których mechanizm wchodowy nie istnieje, gdyż główka razem z dolnym odcinkiem macicy już w ostatnim miesiącu ciąży obniża się aż do głównego poziomu (Veita).

Początek swej odpowiedzi na moją krytykę, pomijając ubolewanie nad moją nieostrożnością, rozpoczyna Prof. Sołowij od pouczenia mnie i ogółu, że przygięcie główki ku klatce piersiowej pochodzi stąd, iż kręgosłup nie jest umocowany w środku podstawy czaszki. Naturalnie, że to mi przypominając, ma autor na myśli ów mechanizm dłuższej dźwigni. Otóż to jest teorya już nie istniejąca. Główka bowiem ma samoistne, czynne przygięcie (Wigand, Olshausen) już pierwotnie, które się w miarę oporu zwiększa. Jeżeliby zatem kręgosłup umieszczał się w środku, a takie czynne przysunięcie główki ku klatce piersiowej istniało, to się również zwiększać będzie przy zwiększonym ucisku z boków i z dołu. Taką naukę, jako najlepszą, odpowiadającą rzeczywistości, byłbym był bez odpowiedzi przyjął od Prof. Sołowija. Ale też o niej ani słychu w podręcznikach, do których mię autor po wiedzę odsyła. Natomiast bywa w podręcznikach, jak Bumma i innych, traktowany mechanizm każdego poziomu miednicy szczegółowo, we wchodzie, w próżni i w wychodzie.

Ja nie żądam wcale, aby ten mechanizm był tak samo traktowany i dla akuszerek, ale aby był przynajmniej podany nie w formie zupełnego uogólnienia, niezgodnego z rzeczywistością.

Jeżeli autor wątpi w to, że macica w trzecim okresie porodowym dosięgać może dnem aż do podżebrza z powodu dużego łożyska już w pochwie będącego, bez żadnego krwotoku, to tylko z tego może się okazywać, że chyba nigdy okresu trzeciego zupełnie siłom natury nie pozostawiał. Przytem pisze on: »Ładnie wyglądałaby ta rodząca i dydaktyczne wyniki szkoły, której wychowanki zostałyby wyszkolone w pojęciu, że to nie szkodzi, gdy macica dosięga dnem do podżebrza«.

Na to mogę autorowi odpowiedzieć, że bardzo ładnieby ta szkoła rzeczywiście wyglądała, które uczennice wiedziałyby, — a wiedzieć mogą i powinny, bo to rzecz, która się da nauczyć, — kiedy wznoszenie się macicy w górę jest stanem prawidłowym, a kiedy nie.

Spodziewam się, że tym razem, cytując ustępy, którym czyniłem zarzuty, chyba zrzucam z siebie zarzut nie rzeczowej i nie przedmiotowej krytyki, o którą mnie autor posądza w łatwo zrozumiałym nastroju, do którego niestety musiałem się przyczynić.

W. Bylicki.

Lwów, w czerwcu 1911.

Nakładem autora. — W Krakowie, w drukarni c. k. Uniwersytetu Jagiellońskiego, pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok L. Kraków, dnia 8. lipca 1911. Nr. 27

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z pracowni kliniczno-bakteryologicznej przy Tow. higienicznem w Częstochowie.

Praktyczna wartość odczynu Wassermanna.

(Odczyt, wygłoszony na I Zjeździe lekarzy prowincyonalnych w Łodzi).

Podał

Dr Wacław Kon.

Choć teoretycznie podstawy odczynu Wassermana dotychczas niezupełnie jeszcze zostały wyświetlone, nie ulega jednak już wątpliwości, że mamy tu do czynienia z odczynem, wysoce charakterystycznym dla kiły i że dyagnostyka różniczkowa znalazła w nim znakomity środek pomocniczy. Ponieważ biologicznie odczyn nie jest swoisty dla kiły, chodzi bowiem tutaj prędzej o odczyn z ciałem, znajdującem się normalnie w ustroju (lipoidy), z teoretycznego więc punktu widzenia możnaby przypuścić, że cały szereg innych chorób wykazać może ów objaw. Obawa ta jednak na szczęście okazała się płonną i obecnie wszyscy autorzy, którzy przez dłuższy czas zajmowali się serodyagnozą przy kile, jednogłośnie oceniają wysoką jej wartość praktyczną.

Z pośród 14529 surowic, badanych i przytoczonych w literaturze, okazało się, że wszystkiego 33 surowice oddziaływały dodatnio z pośród 5028, które ani pod względem wywiadów, ani klinicznie nie wzbudzały podejrzenia co do kiły.

O ile uwzględnimy, jak często w praktyce zdarza się, że zarażenie się przymiotem zostaje niepostrzeżone i jak często ludzie chorują, nie wiedząc wcale o tem i nie mając żadnych objawów, moglibyśmy wtedy i ową minimalną ilość surowic śmiało przyjąć za kiłowe.

Chciałbym tutaj wskazać tylko na spostrzeżenia Lessera; znalazł on przy autopsyach 30 kilaków wątroby, 3 serca, 2 nadnerczy, które za życia nie dawały żadnych objawów chorobowych i nie były wcale rozpoznane. Jeżeli jednak uwzględnimy owe nieliczne podane w literaturze przypadki, gdzie odczyn wypadł dodatnio, jednak o zarażeniu przymiotem mowy być nie mogło, to jak możemy objaśnić owe wyniki? Widzimy tu, że chodzi głównie o 4 grupy surowic, w których stwierdzono dodatni odczyn: gruźlica, zapalenie płuc, nowotwory i choroby zakaźne w okresie przedśmiertnym. Aby objaśnić ten fakt, przytoczę tablicę Brucka, wziętą z materyału sekcyjnego.

I. Tablica Brucka.

Rozpoznanie sekcyjne.

Tuberculosis	24	21
Carcinoma	4	8
Pneumonia	6	3
Nephritis	2	1
Paralysis	1	—
Arteriosclerosis	2	3
Sepsis	1	1
Myelitis	1	—
Diphtheria	2	1
Gangraena pulmonum	1	—
Cirrhosis hepatis	1	2
Pericarditis	1	—
Vitium cordis	1	2
Tumor abdominis	1	—
Meningitis	1	—
Decubitus	1	—
Lues hereditaria	1	—

Widzimy tu, że znaczna ilość surowic nie kiłowych daje dodatni odczyn, i tu również główny udział biorą gruźlica, zapalenie płuc i nowotwory. Doświadczenia innych autorów, robione w tym kierunku, dają mniej więcej ten sam wynik, z czego wnosić można, że istnieje pomiędzy surowicą ludzi żywych i surowicą ze zwłok różnica, polegająca na tem, że po śmierci surowice dość często i nietylko przy kile dają odczyn dodatni. Wytłómaczonem dla nas jest to z tego względu, że objaw Wassermana jest przecież czysto biologicznym, a nie pośmiertnym.

Być może, że i w tej minimalnej ilości surowic (1/1000), która u ludzi chorych charłaczych, nie mających jednak objawów kiły, daje objaw wiązania komplementu, zachodzą za życia zmiany, podobne do pośmiertnych. Bądź co bądź odczyn nie traci w żadnym razie swej wartości rozpoznawczej wskutek tego, że czasami jedna surowica na 1000 oddziaływa dodatnio tam, gdzie kiły niema. Przecież i odczyn Gruber-Widala, którego wartości rozpoznawczej nikt nie zaprzecza, występuje bardzo rzadko tam, gdzie duru brzusznego niema.

Aby wykazać w zupełności kliniczną swoistość odczynu Wassermana, muszę jeszcze wspomnieć i o tych chorobach nie kiłowych, przy których zjawisko wiązania dopełniacza występuje nieco częściej. Do nich należą choroby, wywołane znanym, lecz nie dającym się hodować zarazkiem, jak trąd, zimnica, choroby, wywołane świdrowcami, krętkami, a także choroby o nieznanej przyczynie, jak ospa, wścieklizna, płonica. Lecz odczyn przy tych chorobach nigdy nie przechodzi tak typowo, jak przy kile; mamy tam albo niezupełne zahamowanie hemolizy, albo też odczyn bywa dodatnim tylko aż do pewnego okresu choroby (przy płonicy odczyn znika już po kilku dniach, najwyżej tygodniach choroby) (Haendel i Schultz). Co się zresztą tyczy płonicy, to zdania są w tym kierunku różne. Much i Eichelberg wśród 25 chorych na płonicę dzieci stwierdzili w 10 przypadkach wynik dodatni t. j. 40%. Z drugiej strony Jochman i Töpfer, Boas i Hange, Meier, Hoehne i Schleisner badali krew u 203 chorych na płonicę i w żadnym przypadku odczyn nie przebiegał tak, jak przy kile. Co się tyczy innych chorób, jak framboezya podzwrotnikowa, trąd i in., to z rozpoznawczego punktu widzenia nie mogą one wchodzić w rachubę głównie z tego względu, że w kraju nie spotykamy się z temi chorobami. A więc sprawa dotychczas tak się przedstawia, że klinicznie powinniśmy od-

czyn Wassermana uważać za swoisty i każdą surowicę, dającą objaw wiązania komplementu u żyjących w naszej strefie, uważać za kiłową. Pogląd ten obecnie podziela większa część autorów, którzy się tą sprawą zajmowali, dodać jednak muszę, że wielki nacisk trzeba położyć na to, aby badający dobrze był obeznany z metodami serologicznemi wogóle i umiejętnie władał techniką danego odczynu, która nie jest zupełnie łatwą i w nieumiejętnej ręce często daje źródła błędów.

Przechodzę teraz do właściwego tematu, mianowicie do pytania, jaką praktyczną wartość przedstawia odczyn wiązania komplementu, kiedy go trzeba stosować, jakie wnioski trzeba wysnuwać z wyników jego dla rozpoznania, rokowania i leczenia? Widzieliśmy, że dodatni odczyn bezwarunkowo dowodzi (w naszej strefie) istnienia zakażenia kiłowego. O ile zaś odczyn wypada ujemnie, to zachodzi pytanie, czy możemy z całą pewnością wyłączyć kiłę? Z góry już możemy się zastrzedz, że tak nie jest. Wszak wiemy, że istnieje szereg zakażeń durowych, przy których odczyn Gruber-Widala wypada ujemnie. Jest to dla nas zrozumiałe, jeżeli rozejrzymy się w następującej tablicy, gdzie odczyn Wassermana wypada ujemnie również i przy pewnym przymiocie.

Tablica Blumenthala.

	Ilość badanych surowic	+	—	+%
Lues I	157	98	59	62
Lues man. II	623	597	26	96
Lues man. III	230	218	12	95
Lues congenita	62	55	8	89
Lues lat. II	352	239	113	68
Lues lat. III	257	108	149	42
Tabes	14	12	2	86
Ogólna ilość	1689	1327	362	79
Surowice kontrolne	377	5	372	1

W takich przypadkach klinicysta stanowczo powinien iść krok w krok z danemi klinicznemi, nie ograniczać się do tej jednej metody badania, badać równocześnie i w kierunku krętków (da się to głównie stosować do pierwszego okresu zakażenia, kiedy jad nie zdążył się jeszcze uogólnić), i w każdym przypadku, gdzie klinicznie istnieje bezwarunkowa pewność zakażenia kiłowego, nie zważać na wynik ujemny odczynu, który ewentualnie po pewnym czasie stać się może dodatnim. Jak już wspominałem, odczyn dodatni dowodzi istnienia zakażenia kiłowego, nie dowodzi on jednak w zupełności, że dana choroba musi być kiłową.

Jeżeli naprzykład natrafimy na trudność w rozróżnieniu rozpadającego się kilaka od nowotworu złośliwego, to dodatni odczyn dowodzi tylko, że kiedyś w danym przypadku istniało zakażenie kiłowe, zawsze jednak musimy mieć na względzie także możliwość istnienia nowotworu, który mógł się rozwinąć u chorego na kiłę, i wtedy tylko w ręku doświadczonego klinicysty odczyn dodatni mieć może doniosłą wartość. Wyrobiwszy sobie taki pogląd na warunki samego odczynu, możemy teraz krytyczniej przystąpić do rozpatrzenia wartości, jaką on przedstawia w praktyce. W pierwszym okresie kiły, kiedy mamy do czynienia tylko z wrzodem twardym, odczyn daje wyniki bardzo różnorodne, co poglądowo wykazuje tablica nastepująca:

Okres pierwszy.

	Ilość badanych przypadków	+	+%
Bruck Stern	27	13	48·2
Boas	50	30	60
Lesser	56	39	60
Merz	64	48	71·64
Grosser	20	19	95

Wytłómaczyć się to daje w ten sposób, że przecież w tym okresie nie wiemy, od ilu tygodni datuje się zakażenie. Określenie czasu, kiedy po raz pierwszy po zakażeniu odczyn występuje, natrafia na wielkie trudności, gdyż opowiadania chorych często nie są miarodajne i rzadko się zdarza, aby aż do ukazania się wrzodu twardego chorzy byli wstrzemięźliwi. Wobec stosunkowo nieznacznej odsetki wyników dodatnich (średnio 45%), nie można uważać ujemnego wyniku odczynu za objaw niekiłowego zakażenia. Dlatego też bardzo ważne znaczenie ma jednoczesne badanie co do krętków Schaudina, które w tym okresie choroby prawie nigdy nie zawodzi, i dlatego też klinicznie oba te sposoby powinny dopełniać się wzajemnie. Podczas pierwszego okresu odczyn Wassermanna może odgrywać ważną rolę różniczkowo-rozpoznawczą przy następujących chorobach: przy owrzodzeniach wenerycznych, szczególniej tych, które przez leczenie stwardniały, przy okołocewkowych naciekach tryprowych, otarciach, pryszczach, nowotworach i t. d. Nieraz opisywano przypadki, gdzie dopiero odczyn Wassermanna naprowadzał na właściwe rozpoznanie, zwłaszcza da się to powiedzieć przy tych stwardnieniach, które długo czekać dają na wystąpienie objawów wtórnych i wtedy dodatni wynik odczynu odgrywa bezwątpienia bardzo ważną rolę.

W przypadkach, gdzie znajduje się tylko krętki, odczyn zaś wypada ujemnie, niektórzy autorzy proponują natychmiastowe wycięcie wrzodu, motywując ujemny wynik odczynu tem, że jad nie zdążył się jeszcze uogólnić w ustroju. Usunąwszy wtedy zawczasu pierwsze źródło zakażenia, można tem samem zapobiedz jego rozszerzeniu się. Blumenthal i Roscher opisali trzy przypadki, u których po wycięciu wrzodu objawy wtórne się nie pokazały, jednakowoż inni autorzy (Hoffman) mieli ujemne wyniki pomimo wycięcia wrzodu i energicznego wczesnego leczenia. Nie ulega jednak wątpliwości, że przy ujemnym wyniku odczynu wycięcie wrzodu i energiczne wczesne leczenie bezwarunkowo dodatnio wpływa na sam przebieg choroby; chorzy przez długi czas nie wykazują żadnych wtórnych objawów (Bruck).

Podczas drugiego okresu kiły jest wartość rozpoznawcza odczynu stosunkowo ograniczona, najczęściej bowiem rozpoznanie już klinicznie nie przedstawia trudności. Przy tym okresie, jak widzimy z tablicy, odczyn występuje w przybliżeniu w 90—100%.

Okres drugi.

	Ilość badanych przypadków	+	+%
Bruck Stern	115	90	87·1
Schonnefeld	112	112	100
Boas (przypadki nieleczone)	269	269	100
Boas (przypadki leczone)	199	187	94
Lesser	204	185	91
Merz	377	366	97·08
Grosser	36	33	92

Boas twierdzi, że ujemny wynik odczynu podczas tego okresu w przypadkach zupełnie nieleczonych wyłączyć może całkowicie istnienie kiły. Leczenie samo przez się bardzo wpływa na wynik odczynu i w takich przypadkach badanie musi być częściej powtarzane.

Wartość praktyczna odczynu w tym okresie choroby jest widoczna w tych przypadkach, które przedstawiały jeden jedyny, lub też tylko nieliczne objawy podobne do kiłowych, np. pojedyncze, możliwie już zupełnie wessane guzki, zgrubienia nabłonka na języku, utrata włosów, zapalenia tęczówki, zmiany krtani, okostnej i t. d. Wtedy przy kilkakrotnym ujemnym wyniku odczynu możemy usunąć niebezpieczeństwo rozpoznawania według jednego tylko podejrzanego objawu, dodatni zaś wynik odrazu usuwa wątpliwości, gdy dawniej trzeba było wielomiesięcznych obserwacyi dla pewnego rozpoznania.

Z chorób, w których odczyn może mieć pewne znaczenie rozpoznawcze, mogę wymienić następujące: łuszczycę, liszaj czerwony (lichen ruber), wysypki od lekarstw, ospę

(pustulöses Syphilid), odrę, różyczkę, łupież (pityriasis vesiculosa, pityriasis rosea), kłykciny, opryszczki (herpes genitalis), łysinę plackowatą (alopecia areata), i t. d.

W trzecim i w późniejszych okresach choroby odczyn występuje różnorodnie, w zależności od przeprowadzonego leczenia. Następująca tablica zawiera dane statystyczne z różnych klinik.

Okres trzeci.

	Ilość badanych przypadków	+	+%
Bruck Stern	47	27	57·4
Lesser	131	117	90
Merz	158	127	80·3
Grosser	19	11	57·8
Bering	114	108	93

Jeżeli obliczymy średnią, to otrzymamy w przybliżeniu 70—80% surowic oddziałujących dodatnio. Przy określaniu wartości rozpoznawczej odczynu bezwarunkowo trzeba rozróżniać w tym okresie przypadki leczone od nieleczonych. W przypadkach zupełnie nieleczonych, mających podobieństwo do kilaków, rozpoznanie kiły staje się wątpliwem, o ile odczyn wypada ujemnie.

Często rozpoznanie kilaków, podobnych do tocznia (lupus) lub liszaja zołzowego (scrophuloderma), rozpoznanie, które natrafiało dawniej na wielkie trudności (badania histologiczne, badania za pomocą wstrzykiwań tuberkulinowych, często »ex juvantibus« i t. d.) obecnie łatwiej może być dokonane serologicznie za pomocą odczynu. W przypadkach leczonych ujemny wynik odczynu odgrywa małą stosunkowo rolę. Na dowód, jakie znaczenie ma leczenie, przytacza Boas następujący przykład. Na 82 chorych, oddziałujących dodatnio przed leczeniem, oddziaływało po leczeniu dodatnio wszystkiego sześciu. Z pośród tych 6 po miesiącu jeden się nie zjawił, reszta zaś dostała nawrotów; z 76 zaś oddziałujących ujemnie, nawrotów dostało wszystkiego trzech chorych. Autor spostrzegał również 65 chorych, u których początek choroby datował się od 3 lat i którzy przez cały czas przeprowadzali racyonalne leczenie. Po leczeniu u wszystkich wynik odczynu był ujemny, atoli po 2 miesiącach u 62 odczyn wypadł dodatnio i z pośród nich niezadługo 8 dostało nawrotów. Z pozostałych 54 nie leczyło się 19 i wszyscy ci po 6 tygodniach dostali nawrotów; z 35 zaś leczonych, za każdym razem w okresie, kiedy odczyn u nich wypadał dodatnio, żaden nawrotu nie dostał (obserwacya trwała 3—5 miesięcy). Przykłady te przemawiają same za siebie, dowodzą jaskrawo, jak ważne jest częste badanie krwi u chorych na kiłę w późniejszym okresie choroby, jak często tym sposobem ustrzedz się można nawrotów. Z doświadczeń tych wynika, że dodatni wynik odczynu u chorych na kiłę, którzy przeprowadzili racyonalne leczenie, jest zwiastunem prędkiego nawrotu choroby. Wobec tego w pierwszym roku po zakażeniu, przez badanie co miesiąc surowicy i natychmiastowe leczenie po stwierdzeniu dodatniego wyniku odczynu, można zapobiedz nawrotowi. Widząc, jak często chorzy, u których swoiste zakażenie datuje się z przed 10—20 lat i którzy przez wiele lat nie mieli nawrotów choroby i z tego powodu przez ten czas nie byli leczeni, zgłaszają się do szpitali ze zmianami rdzenia, wątroby, tętniakami, wiądem, porażeniem postępowem i t. d., mimowoli zadajemy sobie pytanie, czy przez badanie od czasu do czasu surowicy i przez zastosowanie odpowiedniego leczenia w razie dodatniego wyniku odczynu, nie zmniejszyłaby się ilość owych cierpień?

Odpowiedź na pytanie obecnie byłaby przedwczesna. W każdym razie, jeżeli uwzględnimy wysokie odsetki dodatniego odczynu przy nieleczonym wiądzie i porażeniu postępowem, pytanie to nabierze większej jeszcze wartości. Dawniejsze przypuszczenie, że bez kiły niema wiądu i porażenia postępowego, obecnie dzięki odczynowi zostało potwierdzone na czysto doświadczalnej biologicznej drodze.

	Ilość badanych przypadków	+	—
Wiąd nieleczony	17	17	0
Wiąd leczony	26	11	15
Porażenie postępowe	200	199	1

Przy rozpoznawaniu tych chorób odczyn ma obecnie wielkie zastosowanie; w każdym razie muszę tu jednak jeszcze raz nadmienić, że dodatni wynik dowodzi tylko, że chory jest dotknięty kiłą, nie dowodzi on jednak, że jest jednocześnie dotknięty i wiądem lub porażeniem postępowem. U chorych, przedtem leczonych, ujemny wynik odczynu nie dowodzi niczego, bo, gdy według tablicy Boasa, wszystkie nieleczone przedtem przypadki dawały wynik dodatni odczynu, to po leczeniu mniej niż połowa oddziaływała dodatnio. Z chorób umysłowych, przy których odczyn może mieć wartość różniczkowo-rozpoznawczą, wymienić muszę otępienie na tle stwardnienia tętnic, rzekome porażenie opilcze, psychozę Korsakowa, otępienie przedwczesne i t. d. Boas opisuje 2 przypadki nieleczone, przysłane do niego z rozpoznaniem porażenia postępowego, które jednak dawały ujemne wyniki odczynu: autopsya w jednym z nich wykazała otępienie na tle stwardnienia tętnic, w drugim otępienie przedwczesne. Obecnie nietylko syfilidologia, lecz i cała medycyna kliniczna znalazła w odczynie Wassermana znakomity środek pomocniczy. Neorologia uzyskała przedmiotowy dowód ścisłego przyczynowego związku pomiędzy przymiotem i tak zwanemi chorobami metasyfilitycznemi, wiądem i porażeniem postępowem. Okuliści donoszą również o dobrych skutkach rozpoznawczych odczynu (keratitis parenchymatosa). Daleko większą korzyść, niż dermatologia, odniosła medycyna wewnętrzna i chirurgia; w gałęziach tych dość często spotykamy się z niepewnymi objawami, stanami zapalnymi lub nowotworami, które przy podobnych do siebie danych klinicznych mają wręcz odrębną przyczynę, i w tych właśnie przypadkach, gdzie liczyć nie możemy na wywiady, posiadamy nareszcie pewny przedmiotowy środek rozpoznawczy, który czyni nas niezależnymi od niepewnych opowiadań chorych.

Ja sam spostrzegałem 30-letniego chorego, robotnika fabrycznego, który w okolicy piersi miał owrzodzenie podobne do gruźliczego, a nie poddające się przez długi czas żadnemu leczeniu. Chory przebywał niejednokrotnie krwotoki płucne i miał dość znaczne zmiany w prawym szczycie, przypuszczałem przeto gruźlicę skóry, zwłaszcza że chory zarażenia się kiłą z całą stanowczością zaprzeczał. Po porozumieniu się ze specyalistą dermatologiem, wykonałem u tego chorego odczyn Wassermanna, który wypadł wybitnie dodatnio. Po przeprowadzeniu swoistego leczenia owrzodzenie w krótkim czasie zupełnie znikło. Dodać muszę, że chory w końcu potem przyznał się, że ½ roku przedtem miał na wardze owrzodzenie i po pewnym czasie nieznaczną wysypkę na ciele, nie przypisywał temu jednak ważniejszego znaczenia.

Szczególnie chirurg musi i powinien wykonać odczyn Wassermanna we wszystkich tych przypadkach, które wzbudzają najlżejsze podejrzenie co do kiłowego pochodzenia; tym sposobem uniknąć można nieprzyjemnych skutków.

Karewski opisuje 28 przypadków, w których wypróbował odczyn: w 8 przypadkach wynik był ujemny i dalszy przebieg wykazał, że zachorowania te nie miały nic wspólnego z kiłą (uporczywe ropienia palca, zapalenie wielu stawów, guz piersi i t. d.). W 18 przypadkach dodatniego wyniku, przy których chodziło głównie o różniczkowe rozpoznanie pomiędzy gruźlicą i nowotworem z jednej strony, a przymiotem z drugiej, dalsze badania potwierdziły tylko rozpoznanie serologiczne. Szczególnie ciekawym okazał się następujący przypadek: U 45-letniego mężczyzny rozwinął się na brzuchu duży, bolesny guz, którego pochodzenie przypisywał chory odniesionej w tem miejscu przed kilku miesiącami ranie. Wobec tego, że chory w młodości miał szankra, który nie wywołał dotychczas ża-

dnych następstw, wykonano próbę Wassermanna, której wynik okazał się wybitnie dodatnim. Po zastosowaniu swoistego leczenia guz zupełnie znikł bez żadnego zabiegu krwawego. Przytoczyłem przypadek ten umyślnie również i z tego powodu, że chory ów był wielce skłonny skarżyć towarzystwo ubezpieczeń, w którem, jako robotnik, był ubezpieczony; przykład ten wykazuje, że odczyn może mieć także ważne zastosowanie sądowo-lekarskie.

Niema obecnie gałęzi medycyny, którąby się odczynem Wassermanna nie posługiwała. Szczególnie ważne jest wykonanie odczynu przy badaniu mamek, prostytutek i przy rozpoznawaniu dziedzicznego przymiotu u dzieci. — Wartość odczynu przy rozpoznawaniu dziedzicznego przymiotu nie różni się bynajmniej od jego wartości przy rozpoznawaniu przymiotu wogóle i dlatego nie wymaga ponownego rozpatrywania. Na jedną okoliczność chciałbym tylko zwrócić uwagę. Mianowicie w tych przypadkach, gdzie ze względu na przymiot rodziców liczyć możemy na możliwość dziedzicznego przymiotu u dzieci, badanie krwi ma nieocenioną wartość. Dotychczas nie stosowano nigdy lub stosowano bardzo rzadko swoiste leczenie u pozornie zdrowych dzieci rodziców kiłowych, często zaś znacznie później rozpoznawano objawy dziedziczne kiły. Obecnie możemy przez systematyczne badanie krwi mieć pewne dane do zastosowania swoistego leczenia u pozornie zdrowych dzieci.

W nauce o dziedziczności odczyn Wassermanna rozjaśnia obecnie, choć niezupełnie, bardzo ciekawe zagadnienia teoretyczne. Tak naprzykład, teorya Collego i Beaumea, która uczy, że kobiety, rodzące dzieci kiłowe (ojcowskiego pochodzenia) mogą same być zdrowe i odporne względem przymiotu, coraz więcej traci swych zwolenników. Również i teorya Profety, która głosi, że zdrowe dzieci rodziców kiłowych są przynajmniej do wieku dojrzewania odporne względem przymiotu, również została przez badanie krwi zachwiana. Nie mogę tu wyłuszczać wszystkich prac w tym kierunku, powiem tylko, że prawie wszyscy autorzy dochodzą do przekonania, że matki dzieci kiłowych uważać trzeba tylko za pozornie zdrowe, albowiem badania krwi dają około 57% wyników dodatnich, t. j. mniej więcej tyle, ile przy ukrytym przymiocie.

Badanie mamek, nianiek i opiekunek do dzieci ma również duże znaczenie społeczne. Dokonane w tym kierunku w ostatnich czasach badania dość często wykazywały kiłę tam, gdzie nie było żadnych klinicznych objawów tej choroby. Citron i inni autorzy postawili nawet za konieczny warunek serologiczne badanie mamek. Jak często bowiem u kobiet z prostego ludu wykryć można przymiot, który bez serologicznego badania mógł być niepostrzeżonym, wskazują badania Blumenthala, przeprowadzone w przytułku dla kobiet w Halle w tym celu, aby wykazać, jaki odsetek kobiet rodzących miewa kiłę utajoną.

Tablica Blumenthala.

Nr	Matka	Dziecko	Nr	Matka	Dziecko
1.	+	+	14.	—	—
2.	—	+	15.	—	—
3.	+	—	16.	—	—
4.	+	+	17.	—	—
5.	—	+	18.	—	±
6.	±	±	19.	—	—
7.	—	—	20.	—	—
8.	—	±	21.	—	—
9.	+	—	22.		—
10.	+		23.	—	—
11.	+	+	24.	—	
12.	+	—	25.	+	+
13.	—	—	26.	±	±

Z tablicy tej wynika, że 19% matek i 14% dzieci oddziaływało dodatnio. Bardzo ciekawe są również badania Rietschela, przeprowadzone w drezdeńskim przytułku dla noworodków, gdzie obecnie wybiera się mamki tylko po poprzedniem zbadaniu krwi. Okazało się, że 10% pozornie zdrowych mamek oddziaływało dodatnio i u $^3/_4$ ich dzieci można było później po kilkakrotnem dokładnem zbadaniu stwierdzić kiłę.

Badania krwi u mamek, przeprowadzone w naszej pracowni, dotychczas są nieliczne, dotyczą bowiem tylko 5 przypadków. Jednakowoż przypadki te i wyniki badań były dość ciekawe, przeto czuję się w obowiązku o nich krótko wspomnieć. Otóż w jednej zamożnej rodzinie, która przed przyjęciem posyłała mamki do zbadania najpierw do ginekologa, później do syfilidologa, w samym zaś końcu dla zbadania krwi i pokarmu do mnie, okazało się, że na 16 mamek badanych, 11 odrzucił syfilidolog wskutek objawów przebytej kiły (leukoderma, powiększenie gruczołów i t. d.), z pośród zaś 5, które ja badałem, u dwu surowica oddziaływała wybitnie dodatnio, pomimo braku jakichkolwiekbądź objawów kiłowych. Badań, robionych w tym kierunku, jest dotychczas mało, jednakowoż już z tej małej liczby sądzić możemy, jaką doniosłą wartość może mieć odczyn Wassermanna z punktu widzenia społecznego i higienicznego wogóle.

Chciałbym tu również wspomnieć i o wartości społecznej odczynu przy wykrywaniu ukrytej kiły wśród prostytutek. Badania, które dotyczą tej ważnej sprawy, są dotychczas nieliczne. Becker wśród 80 prostytutek znalazł 33 dodatnie wyniki, czyli 41·25%; w 11 z tych przypadków można było stwierdzić jawne objawy kiłowe. Höhne miał wśród 107 prostytutek w 23 przypadkach czyli 21·5% wyniki dodatnie, pomimo braku jakichkolwiekbądź objawów.

Kończąc mój referat, wspomnieć jeszcze chciałbym o wartości odczynu dla tak zwanych »syfilofobów«. Nieszczęśliwi ci odwiedzają jednego lekarza po drugim i często stawiają ich w kłopotliwe położenie, bo przecież niewiadomo, jaką odpowiedź im dać, wobec ich niepewnych i wątpliwych opowiadań i wobec braku jakichkolwiek podstaw klinicznych. Przy dodatnim wyniku odczynu, — osiągnięta pewność, że chodzi o kiłę, jest przecież lepszą dla takich chorych, niż błądzenie w niepewnościach, leczenie bowiem można wtedy skierować na odpowiednie tory; jeżeli przy kilkakrotnem badaniu odczyn wypada ujemnie, to chorzy tacy znacznie się uspokajają, jeżeli słyszą od lekarza, iż niema żadnych wogóle podstaw dla rozpoznania u nich kiły.

Jeżeli z wyżej powiedzianego wyciągniemy wnioski, to przyznać musimy, że dyagnostyka zachorowań kiłowych wielce zyskała przez odczyn Wassermanna, Neissera i Brucka, że na miejscu dawnych przypuszczeń obecnie w wielu przypadkach osiągnąć możemy bezwzględną pewność. W odczynie znaleźliśmy znakomity środek pomocniczy przy rozpoznawaniu chorób, tyczących się najróżnorodniejszych działów medycyny, i życzyć sobie tylko powinniśmy, aby odczyn znalazł wśród lekarzy jaknajwięcej zwolenników i aby lekarze w przypadkach wątpliwych pamiętali zawsze o tym środku pomocniczym nowoczesnej dyagnostyki.

W sprawie leczenia wiewióra przewlekłego elektrolizą.

Podał

Dr Poliwka (Stanisławów).

Uporczywość przewlekłego wiewióra zmusza do wyszukiwania już to nowych środków bakteryobójczych, już to do stosowania nowych sposobów leczenia mechanicznego i mechaniczno-fizycznego. Badania zajętych dróg moczo-

wych wykazywały to schorzenia sterczu, — w których poznaniu i klasyfikowaniu badacze polscy wzięli poważny udział (prace Ciechanowskiego, Motza) —, to gruczołów Littrego tylnej części cewki, to wreszcie gruczołów Cowpera. W ostatnich czasach Motz, badając systematycznie chorych na klinice Neckera, znajdował w uporczywych przypadkach wiewióra nacieki ograniczone przedniej części cewki, obmacując cewkę od dołu i boków na zgłębniku metalowym. Część cewki, objęta ciałami jamistemi, jest niedostępna takiemu badaniu; dlatego polecał Motz badać także uretroskopem, zapomocą którego wykazywał zawsze prawie zatoki Morgagniego, albo ujścia gruczołów zapalnie zmienione. Na te nacieki polecił Motz miesienie na zgłębniku metalowym, które w świeżych przypadkach działa bardzo skutecznie, w zastarzałych trzeba natomiast bardzo długotrwałego miesienia (widziałem chorych, leczących się ponad rok), lub elektrolizy punktowej w uretroskopie pod nadzorem oka. Leczenie to mozolne, zabierające czas, a choremu sprawiające czasem ból, zwłaszcza w początkach leczenia. W tych przypadkach wyleczenie zupełne może nastąpić pod wpływem zakraplań wysokoprocentowych rozczynów środków żrących, wywołujących silne łuszczenie, a może nawet zarośnięcie przewodów tych gruczołów, objętych naciekiem. Nacieki te wyczuwa się jako guzki wielkości prosa, a nawet ziarna groszku, w których to przypadkach cewka przedstawia się jakby różaniec. Prócz objawów przedmiotowych nacieki te wywołują także objawy podmiotowe, bardzo przykre dla chorego, mianowicie wszelkiego rodzaju swędzenia, pieczenia, mrowienia i t. d. Objawy te bardzo łatwo sobie wytłómaczyć wciągnięciem w zakres owych nacieków sąsiednich drobnych gałązek nerwowych.

Jak wyżej wspomniałem, miesienie działa rychło skutecznie w świeżych przypadkach; w zastarzałych natomiast na dobre wyniki trzeba czekać bardzo długo, dlatego wszyscy zwolennicy fizyoterapii poszukiwali jakiegoś środka pomocniczego. Na III. międzynarodowym kongresie fizyoterapeutycznym w Paryżu ogłosił Roncayrol [1]) szereg przypadków wiewióra przewlekłego, który po zastosowaniu 8—12-krotnem miesienia z elektrolizą, znikał zupełnie bez śladu.

Mając z kliniki Albarrana pewne praktyczne i teoretyczne wiadomości o tem leczeniu przy rozszerzaniu elektrolitycznem zwężeń cewki, postanowiłem zastosować je u kilku moich chorych, u których uporczywość cierpienia mogła zrazić do wszelkiego dalszego leczenia. Techniki używałem tej samej, co Roncayrol, t. j. po przemyciu cewki i napełnieniu pęcherza kwasem borowym zakładałem zgłębnik metalowy, ile możności najgrubszy i puszczałem prąd 10—25 miliamperów przez 3—5—7 minut. Nawiasem wspominam, że do takiego zabiegu przygotowywałem cewkę przez codzienne przemycie i zakroplenie odpowiedniego rozczynu azotanu srebra, by powierzchnię błony śluzowej cewki zupełnie z dwoinek wiewiórowych i innych drobnoustrojów oczyścić. Wyciek ropny, badany mikroskopowo, nie zawierał potem żadnych bakteryi. Biegun ujemny przykładałem do zgłębnika, dodatni na udo. Silniejszych prądów nad 25 miliamperów nigdy nie używałem z obawy przed krwawieniem i bolesnością, co w praktyce prywatnej jest niepożądane. Podczas przepływania prądu ujmowałem dwoma palcami nacieki i ruchami podłużnymi dość energicznymi starałem się je niejako zgnieść. Po 3 minutach cewkę poprzednio różańcowatą wyczuwałem jako gładką. Po wyjęciu zgłębnika, zwykle lekko zakrwawionego, polecałem chorym pęcherz opróżnić; w płynie oddanym, na wierzchu pienistym, znajdowało się mnóstwo łusek, przedstawiających się mikroskopowo jako warstwy nabłonka. Nacieki do następnego miesienia powracają prawie do dawnych rozmiarów, jednak już po piątem miesieniu wyczuwałem znaczne różnice w wielkości. Nacieki nie były tak bardzo stożkowate, jak przedtem, a błona śluzowa okoliczna wydawała się w dotyku cienka i podatna.

Następnego dnia po miesieniu chorzy jużto podawali, że mieli parcie na mocz z moczem krwawym na końcu, jużto skarżyli się na pieczenie przy moczeniu. Wyciek ranny był wzmożony. Historya 3 chorych przedstawia się następująco:

I) Chory, 20 l., blady, źle odżywiony i zbudowany. Zakażenie wiewiórowe 14. lipca 1910. Chory leczył się od początku wstrzykiwaniami do października, w którym to miesiącu zgłosił się do mnie. Przy zbadaniu stwierdziłem stan następujący. Wyciek ranny bardzo skąpy, gęsty, żółty, składa się przeważnie z ciałek białych, zawierających dwoinki, i bardzo małej ilości nabłonków płaskich i przejściowych. Mocz I. czysty, nitki zaraz opadające na dno, II. czysty. Kaliber cewki prawidłowy. Gruczoł krokowy i przydatki przy dotykaniu i po miesieniu prawidłowe, to samo tylna część cewki i gruczoły Cowpera. Na zgłębniku stwierdza się przy obmacywaniu zgrubienie cewki w samym środku długości prącia, a tuż przy części opuszkowej twory stożkowate, pojedyncze, wielkości ziarna jęczmienia. Uretroskopia: Błona śluzowa tworzy figurę gwiaździstą o fałdach rzadkich a grubych, o białawym połysku, na przedniej i tylnej ścianie punkty ciemnoczerwone.

Leczenie: Przemywanie i 6 zakropleń $Ag\ NO_3$, a następnie miesienie bez elektrolizy do lutego. Nacieki mało się zmieniły. Chory udał się na miesiąc do szpitala, gdzie go leczono zakraplaniami. Po wyjściu ze szpitala zgłasza się do mnie ze stanem dawnym. 10. III. Rozszerzenie sp. Kollmanna do 34 Charr. bardzo bolesne, niepostępujące wcale naprzód przy następnych rozszerzeniach. 20. III. Miesienie elektrolityczne przez 3 minuty 10 milliamp. W płynie oddanym same płaskie nabłonki.

21. III. Kropla ropna rano. Przepłukanie K_2MnO_4 1:4000.

22. III. Miesienie 15 milliamp. 3 minuty. 24. III., 26. III., 28. III. 30, III. ten sam zabieg powtórzono.

4. IV. 15 milliamp. przez 5 minut; nazajutrz rano duża kropla i krwawy mocz na końcu (haematuria terminalis). I. mocz mętny, II. czysty.

8. IV. 15 milliamp. przez 5 minut: cewka cieńsza, podatna, nacieki znacznie przypłaszczone. Wyciek ranny na trzeci dzień zawiera więcej śluzu i nabłonków, niż ciałek białych bez dwoinek. 11. IV., 14. IV., 16. IV. toż samo. Wydzielina składa się z nabłonków, śluzu i nieco ciałek białych bez ziarniaków. Dla zupełnego usunięcia nacieków zgłasza się chory co trzeci dzień.

II) Chory od roku, silnie zbudowany, zdrów ogólnie. Leczył się metodycznemi wstrzykiwaniami przez 3 miesiące. Codzień ranna mała wydzielina, lekki ból w krzyżach i pępku. W 2 miesiące po wysiłku fizycznym parcie na mocz, obrzęk członka, bole w krzyżach, mocze oba mętne.

10. X. 1910 stwierdziłem, co następuje: Wydzielina składa się z ciałek białych, skąpej ilości dwoinek wiewiórowych i nabłonków. Cewka twardo-elastyczna, cały członek zgięty kabłąkowato, pęcherz pojemności prawidłowej. Gruczoł krokowy duży, szeroki, plastyczny, gładki, rowek środkowy zanikły. Powrózki nasienne niewyczuwalne. Prawy pęcherzyk nasienny wyczuwalny, tej samej zbitości, co gruczoł krokowy. Chory został odesłany do szpitala, gdzie w przeciągu trzech miesięcy przebył obustronne zapalenie najądrza.

18. I. zgłasza się powtórnie do mnie. Stan ten sam, jak opisany powyżej, z wyjątkiem moczu z nitkami, zresztą zupełnie czystego. Gruczoły pachwinowe twarde, większe, ściany cewki grubsze, gdzieniegdzie małe ziarnistości. Najądrza twarde, wielkości śliwki. Uretroskopia: Błona śluzowa cewki gładka, wyrównana, miejscami biaława. Na przedniej ścianie przy końcu cewki szereg pęcherzyków wielkości prosa, połyskujących. Zatoki Morgagniego śluzowo zwyrodniałe.

Leczenie: Przemywania cewkowo-pęcherzowe, miesienie sterczu i zakraplania $Ag\ NO_3$.

20. III. Gruczoł krokowy mniejszy, po miesieniu płyn oddany z pęcherza czysty, opalizujący.

Wydzielina skąpa zawiera przeważnie ciałka białe, mało nabłonka. Dwoinek wiewiórowych niema. Miesienie z elektrolizą.

Po miesieniu same nabłonki i ziarenkowce. Nazajutrz wyciek zawiera ciałka ropne, nabłonek i ziarenkowce na nabłonku.

---

[1]) Roncayrol: Mitteilungen über die elektrolytische Reinigung der erkrankten Harnröhrendrüsen. Zeitschrift für Urologie T. IV. Z. XII.

4. IV. V. miesienie. Ziarenkowców niema w wycieku, nitki się utrzymują nieco krótsze, opadające rychło na dno.

10. IV. VII. miesienie 16 milliamp. przez 5 minut, krew.
15. IV. Uretroskopia: Błona śluzowa różowa, lśniąca, pęcherzyki wspomniane znikły, a na ich miejscu małe jamki, lśniące, czerwone. Wstrzykiwania metodyczne protargolu.

25. IV. wyciek zawiera ciałka ropne, dużo komórek nabłonkowych silnie się barwiących, małych, śluz.

III) Chory od 9 miesięcy. Zawsze niewielki wyciek żółtawy rano, złożony z ciałek białych, nabłonka płaskiego i ziarenkowców, leżących poza obrębem komórek.

14. III. badany: Kaliber i długość cewki prawidłowe, ściany cewki cienkie, gładkie. Gruczoł krokowy plastyczny, szeroki, w ogólności większy, zwłaszcza prawa połowa. W miazdze z gruczołu krokowego ciałka ropne. Przydatki prawidłowe. Leczenie: Przemywania cewkowo-pęcherzowe, miesienie gruczołu krokowego.

2. IV. Miesienie elektrolityczne 10 milliamper. przez 3 minuty. W płynie oddanym mnóstwo łusek nabłonkowych i ziarenkowców wśród łusek.

3. IV. wyciek surowiczo-ropny, w moczu nitki ropne.
4. IV., 7. IV., 9. IV., 14. IV. 16. IV. miesienie takie samo.

W wydzielinie wielka ilość ciałek ropnych, małych, okrągłych komórek nabłonkowych, silnie się barwiących i gdzieniegdzie para ziarenkowców. Wskutek oporu chorego w zastosowaniu dalszem tego samego leczenia poleciłem wstrzykiwać protargol, radząc trzymać wieczór płyn wstrzyknięty do 40 minut w rodzaju »pansement à demeure« Motza.

25. IV. Chory zgłasza się bez wysięku ropnego, po wyciśnięciu całej cewki wychodzi maleńka kropla, złożona ze śluzu, nabłonka płaskiego i małych okrągłych komórek nabłonkowych. Obserwacya tygodniowa nie zmienia tego stanu. Uretroskopii nie podejmowałem z powodu bardzo wązkiego ujścia. W krótkości wreszcie streszczam sposób badania i jego wyniki:

Chory był przygotowywany do miesienia przemywaniami, dopóki wyciek nie był zupełnie jałowy. Po miesieniu płyn oddany centryfugowałem. Osad po pierwszem miesieniu badany składał się zawsze z nabłonka płaskiego, o protoplazmie słabo się barwiącej, wyglądającej piankowato, o jądrach zabarwionych silnie, ale niejednostajnie i z ziarenkowców, rozmieszczonych między komórkami i na komórkach. Wyciek następnego dnia rzadki, składał się z ciałek ropnych, komórek nabłonkowych płaskich, małych okrągłych i ziarenkowców, których w następnych badaniach było coraz mniej. Barwiłem błękitem metylenowym i barwikiem Pappenheima, (a nie jak Roncayrol błękitem Unny po poprzedniem utrwaleniu preparatu kwasem chromowym).

Historye tych trzech chorych są nader ciekawe ze względu na znalezione u nich zmiany i usunięcie ich następowem leczeniem. I tak u pierwszego chorego były nacieki gruczołów, bardzo głęboko sięgających w błonę śluzową i nabłonek zmieniony na wielowarstwowy płaski, u drugiego zatoki Morgagniego wypełnione śluzem i nabłonek zmieniony, a u trzeciego tylko nabłonek wielowarstwowy płaski. Leczenie polegało na rozłożeniu elektrolitycznem powierzchni błony śluzowej, wywołaniu łuszczenia grubych warstw nabłonka wraz z mikrobami i rozpulchnienia całej śluzówki przez przesiąknięcie jej nabiegiem surowiczym. Miesienie skombinowane z działaniem elektrolitycznem działało tu mechanicznie, wypróżniając treść gruczołów. W 2 następnych przypadkach, z których jeden uważam za zupełnie wyleczony, zmiany nie były tak głębokie, wskutek mniejszej ilości gruczołów i zupełnie powierzchownego ich położenia. Spostrzeżeń mogę wprawdzie podać zaledwo kilka, jednak już one stanowczo przemawiają za tym sposobem leczenia, zalecającym się przez swoją niebolesność i krótkość w stosunku do leczenia dilatatorem Kollmanna, »pansement à demeure« Motza, lub miesieniem na zgłębniku.

Kilka słów w odpowiedzi Dr Selzerowi na jego uwagi

umieszczone w Nr 21 »Przeglądu lek.« z r. 1911 *)

Napisał

Prof. Dr Witold Orłowski (Kazań).

Ośmielam się zabrać głos wobec artykułu Dra Selzera w Nr 21 »Przeglądu lekarskiego«, Dr Selzer bowiem posądza mnie w nim niesłusznie o brak uwagi co do jego pracy po zapoznaniu się mojem z nią oraz co do jego artykułu w Nr 15 »Przeglądu lekarskiego«. Zarzutu tego nie mogę zostawić bez odpowiedzi, z moich zaś zestawień czytelnik sam osądzi, kto z nas przy roztrząsaniu spraw, które omawia, zasługuje na zarzut nie dość dokładnego zbadania sprawy. Rozpatrzmy cztery punkta podane przez Dra Selzera w jego artykule w Nr 21 »Przeglądu lekarskiego«.

W punkcie pierwszym powiada Dr Selzer, że pracy, dotyczącej odczynu Cammidgea, umieszczonej w Nr 20 »Wraczebnoj Gazety« 1909 r., w oryginale, nie znając języka rosyjskiego, nie czytał; znajomość treści tej pracy zawdzięcza uprzejmości Prof. P. Ta okoliczność jest właśnie przyczyną, dlaczego »nazwisko autora artykułu przeniósł na znanego mu już z piśmiennictwa Prof. Orłowskiego«. Nie mówiąc już o tem, że takie postępowanie nie jest dokładne (oprócz mnie, na szpaltach czasopism i polskich i obcych ogłaszają swe prace i inni Orłowscy), uważam powoływanie się **dziś** na uprzejmość Prof. P. za nieusprawiedliwiające: podając bowiem w Nr 15 »Przeglądu lekarskiego« swoje uwagi nad moją pracą, przypisuje Dr Selzer ów artykuł również mnie; tej pomyłki jednak nie byłby zrobił, jeśliby uważnie czytał tę moją pracę, o której uwagi pisał, w niej bowiem kilkakrotnie zaznaczono, że artykuł ów jest pióra Z. Orłowskiego. Lecz mniejsza o to, przejdźmy do 2 i 3 punktu odpowiedzi Dra Selzera. Dr Selzer powiada, że mojej uwagi uszło, iż on przytacza Rotha, Orłowskiego i autorów angielskich. Bynajmniej; zwróciłem na to dość uwagi. Jednocześnie jednak nie uszło mojej baczności i twierdzenie Dra Selzera, że »myśmy **pierwsi** zwrócili uwagę«. Jeśli kto starannie zapozna się z pracą Dr Selzera (Lwowski Tygodnik lekarski 1910 Nr 22), ten zgodzi się niezawodnie ze mną, że pod tem »myśmy« należy rozumieć tylko Dra Selzera, który bardzo często, mając na myśli swoje badania, używa liczby mnogiej. Przeciwko takiemu wysłowieniu się nic nie mam. Lecz cóż oznacza to zdanie? Dr Selzer powiada dziś (Nr 21 »Przegl. lek.«), że w rzeczywistości o jakiekolwiekbądź pierwszeństwo mu nie chodzi. Gotów jestem temu wierzyć, lecz wyrażenie »myśmy pierwsi zwrócili uwagę« w jego pracy, ponownie zaznaczone w jego uwagach, w Nr 15 »Przeg. lek.« umieszczonych, daje mi prawo rozumienia tego zdania tak, jak ono brzmi w rzeczywistości. W Nr 19 »Przegl. lek.« podniosłem właśnie tę rzecz i wykazałem, że badań nad zdrowymi osobnikami Dr Selzer przeprowadził tak mało, iż nie może on mówić, pomijając już nawet sprawę pierwszeństwa, o tem, że jego badania dowiodły częstości dodatniego odczynu próby Cammidgea u osób zdrowych. Na to w swej odpowiedzi w Nr 21 »Przegl. lek.« stara się Dr Selzer, występując w obronie swej pracy, przekonać mnie i czytelnika o tem, że on właśnie udowodnił nieswoistość odczynu Cammidgea, szereg zaś prac późniejszych potwierdził to jego przekonanie. Na dowód przytacza wyniki, otrzymane przez siebie nietylko u zdrowych, lecz i u chorych, którzy nie okazywali objawów klinicznych schorzenia trzustki. Niestety co dla Dra Selzera jest »wystarczającem dla nabrania przekonania o nieswoistości odczynu Cammidgea«, zupełnie nie wystarcza dla mnie, jako czytelnika jego pracy. Nim jednak rozejrzymy się w materyale Dra Selzera, nie mogę nie zaznaczyć sprzeczności w danych Dra Selzera. W swej pracy

*) Na tej odpowiedzi zamyka Redakcya dalszą polemikę w tej sprawie.

w Nr 22 »Lwowskiego Tygodnika lekarskiego« 1910 r. powiada Dr Selzer, że wykazał odczyn Cammidgea 14 razy u chorych i 7 razy u zdrowych, w 19 otrzymał wynik dodatni, więc »w dwóch tylko przypadkach wynik był ujemny«, obecnie zaś w Nr 21 »Przegl. lek.« powiada, »wykonałem odczyn 6 razy u zdrowych, a 14 razy u chorych«, »mimoto, z wyjątkiem jednego wyniku ujemnego odczyn był zawsze (19 razy na 20 prób) dodatni«. Trudno błędem drukarskim tłómaczyć tę sprzeczność; przyczyna leży oczywiście w braku uwagi ze strony Dra Selzera, lecz już względem własnych badań. Pomijam jednak te niedokładności oraz sprawę pierwszeństwa i przejdę do rozpatrzenia, czy materyał Dra Selzera pozwala twierdzić, że wykazał on częstość dodatniego wyniku próby Cammidgea u osób nie przedstawiających schorzenia trzustki. Pomijam tym razem badania Dra Selzera nad zdrowymi, o nich bowiem wspominałem już w Nr 19 »Przeglądu lekarskiego«, a zatrzymam się uważnie na jego materyale, składającym się z 14 badań u osób chorych. Dr Selzer powiada, że z tych chorych »tylko 5 okazywało objawy kliniczne, pozwalające przypuszczać jakąś sprawę chorobową trzustki«. Z tem twierdzeniem Dra Selzera w żaden sposób pogodzić się nie można, już wtenczas bowiem, gdy Dr Selzer pisał swoją pracę, wiedzieliśmy dobrze, że trzustka bywa często zmienioną w szeregu schorzeń innych narządów pomimo, że klinicznie wykazać jej schorzenie nie zawsze możemy. Stan taki spotykamy przedewszystkiem w t. zw. żółtaczce nieżytowej, który nieraz jest nawet pochodzenia trzustkowego, w kamicy żółciowej, w ropnem zapaleniu pęcherzyka żółciowego, więc właśnie w tych chorobach, którymi dotkniętych Dr Selzer zaliczał do liczby osób ze zdrową trzustką, nie znalazłszy, jak się wyraża o przypadku żółtaczki nieżytowej, »tłómaczenia przyczyny dodatniego odczynu«. Jeśli ograniczymy się do tych trzech przypadków, to razem z 5, w których Dr Selzer sam uznaje schorzenia trzustki, będziemy mieli już na 14 badań nie 5, lecz osiem, w których nie można było bez poważnych zastrzeżeń uważać trzustki za zupełnie zdrową. Nie są wolne od wątpliwości co do stanu trzustki również przypadki rozedmy płuc i włóknikowego zapalenia płuc, a więc, jeszcze dwa. Po odtrąceniu tych przypadków, pozostaniemy tylko przy 4, w których, sądząc z rodzaju schorzenia, można było przypuszczać prawidłowy stan trzustki. Taka liczba przypadków nie daje, mojem zdaniem, prawa wnosić o częstości dodatniego odczynu Cammidgea u osób ze zdrową trzustką, nawet, jeśli uzupełnimy ten materyał 6(?) dodatnimi wynikami z 7(?)*) badań dokonanych u 4 osób zupełnie zdrowych. Dlatego też twierdzę i dziś, że Dr Selzer nie miał w swoim materyale dostatecznej podstawy do wniosku, że odczyn Cammidgea często się zdarza u chorych bez schorzenia trzustki oraz u zupełnie zdrowych ludzi. Ten fakt został istotnie udowodniony, lecz nie przez Dra Selzera, ale przez szereg późniejszych prac innych badaczy. Zasługa Dra Selzera polega jedynie na tem, co w Nr 19 »Przegl. lek.« zaznaczyłem w tych słowach: »Dr Selzer należy do liczby tych badaczy, którzy d r u k i e m w c z a s o p i ś m i e ogłosili, że odczyn Cammidgea może występować dodatnio i u osobników zdrowych«.

W punkcie trzecim podnosi Dr Selzer jeszcze pytanie, dlaczegom nie miał »tyle szkopułów umieszczania licznych prac w swoim spisie literatury, które to prace oparte są również na małym materyale«, i dla przykładu przytacza wspomnianą w mej pracy pracę Rotha. Z tego, co pisałem w Nr 19 »Przeglądu lek.« w sprawie przytaczania literatury obcej i polskiej wynika jednak, że szkopuły miałem względem »bardzo wielu prac, zwłaszcza dotyczących odczynu Cammidgea«, i dlatego o wielu z nich nie wspomniałem; Dr Selzer znajdzie tam również i odpowiedź na swoje pytanie co do pracy Rotha.

Wreszcie w punkcie czwartym mój zarzut o nieuwzględnieniu pracy Dra Kostrzewskiego tłómaczy Dr Selzer brakiem z mojej strony uwagi: zdaniem jego uszło mojej uwagi. że w spisie literatury nie uwzględnił on wogóle żadnych prac, które się pojawiły po czerwcu 1909 r. i ten temat omawiały, ponieważ ta sprawa była dla niego już wtedy zakończoną. Bardzo starannie przestudyowałem pracę Dra Selzera, ale nigdzie nie znalazłem w niej wzmianki, że literaturę porusza tylko do chwili ukończenia jego pracy, mianowicie do czerwca r. 1909. Dodatek w uwadze do artykułu, że »pracę ukończono w czerwcu 1909« nie dawał mi przecież prawa do wniosku, że to ma znaczyć, iż literatury, która się pojawiła od czerwca 1909 do chwili ogłoszenia pracy, autor nie ma zamiaru uwzględniać. Gdybym był taką wzmiankę znalazł, to rzecz prosta, nie uczyniłbym Dr Selzerowi zarzutu nieuwzględnienia pracy Dra Kostrzewskiego.

Na tem kończę moją odpowiedź i pozostawiam sąd bezstronnemu czytelnikowi. Robiąc też dla siebie rachunek sumienia — sit venia verbo — przyznaję, żem niechcący przeoczył pracę Dra Selzera, lecz gdy mi na nią wskazano, nie tylko uznałem swoją winę, lecz postarałem się naprawić przez zaznaczenie, pod jakim względem uważam tę pracę za wartościową, a co w niej jest nieuzasadnione. Posądzenie zaś mnie o pobieżne traktowanie tej pracy po jej przeczytaniu, oraz o brak z mej strony uwagi względem niej i artykułu w Nr 15 »Przeglądu lekarskiego« odpieram jako nieuzasadnione.

*) Znak zapytania stawiam, bo nie wiem, czy mam się trzymać danych zawartych w pracy Dr Selzera, czy też jego uwag w Nr 21 »Przeglądu lekarskiego«, te dane bowiem, jak wyżej wykazałem, różnią się między sobą.

Piśmiennictwo bieżące.

Położnictwo i ginekologia.

L o i a c o n o. **Wynicowanie (inversio) macicy połogowej przy przewlekłem zapaleniu nerek.** (Arch. f. Gyn. t. 93, zesz. II.). Wynicowanie macicy jest wogóle bardzo rzadkiem powikłaniem połogu i powstaje samorodnie lub częściej pod wpływem urazu. Najczęstszą przyczyną wynicowania — samorodnego, czy urazowego — jest niedowład (atonia), wzgl. porażenie macicy połogowej. Drugim ważnym czynnikiem jest stale lub przejściowo wzmożone ciśnienie śródbrzuszne. Przyczyną wynicowania urazowego jest zwykle nagłe i silne parcie, n. p. przy stolcu w nieodpowiedniej postawie, przy silnym kaszlu, wymiotach i t. p., szczególnie jeżeli jest połączone ze zmianami w ścianie macicy, wywołującemi częściowy lub całkowity jej niedowład. Wynicowanie urazowe może powstać także przy względnie lub bezwzględnie za krótkiej pępowinie, jeżeli płód szybko się rodzi, pociągając za sobą łożysko, albo przy zbyt silnem wyciąganiu płodu lub wreszcie pociąganiu za pępowinę; do innych jeszcze przyczyn należy znaczny ciężar zbyt dużego łożyska i ręczne jego wydobycie, szczególnie przy zrostach, jakoteż zbyt forsownie wykonany zabieg Credego (wygniecenie łożyska). Wynicowanie macicy może powstać podczas porodu lub zaraz po porodzie, ale także i w kilka dni później, i to częściej u pierwiastek i kobiet młodych, aniżeli u wieloródek. Powstaje ono czasem bez żadnych objawów groźniejszych, tak że wynicowana macica może dłuższy nawet czas pozostawać w pochwie i u zdrowych zresztą kobiet uledz znacznemu zanikowi. Samorodne jej odnicowanie się i powrót do stanu prawidłowego zdarzają się bardzo rzadko. Najczęściej towarzyszą wynicowaniu macicy bardzo gwałtowne i groźne objawy; najważniejsze z nich są krwawienia i zapad, które nieraz już w krótkim czasie wywołują śmierć położnicy. Autor podaje historyę przypadku, gdzie przewlekłe zapalenie nerek, istniejące już od długiego czasu, wywołało najprawdopodobniej niedowład ściany macicy po porodzie,

a w następstwie tego nagłe wynicowanie jej przy wydaleniu łożyska. Mimo leczenia, polegającego na odnicowaniu macicy, tamponadzie jej jamy, jakoteż pochwy, wstrzykiwaniu kamfory i soli fizyologicznej — nastąpiło zejście śmiertelne w 4 godziny po porodzie. Sekcya i badanie histologiczne wykazały mnogie ropnie w nerce lewej, jakoteż daleko idące zmiany w ścianie samej macicy.

E. Ehrenpreis.

Prof. A. Theilhaber. **Przyczynek do patologii i leczenie t. zw. bolu międzymiesiączkowego (Mittelschmerz).** (Arch. f. Gyn. t. 93, zesz. III.). Zaburzenia te występują, jak nazwa wskazuje, regularnie i dokładnie w połowie okresu między dwiema miesiączkami i to już to w postaci istotnych bolów, już to w postaci krwawień, już to jako upławy. Każdy z tych trzech objawów może wystąpić osobno, albo równocześnie dwa z nich, lub wreszcie wszystkie trzy razem. Najrzadziej zdają się występować krwawienia międzymiesiączkowe, najczęściej zaś upławy; do wiadomości lekarza jednak najczęściej dostają się przypadki z bolami międzymiesiączkowymi. Te bole, utrzymujące się zwykle kilka godzin, nieraz jednak 2—3 dni, odczuwają chore jako bolesne skurcze napadowe, przyczem z końcem napadu odchodzi nierzadko obfitsza wydzielina. Drugi objaw, t. j. upławy, występują zwykle jako bardzo obfita wydzielina śluzowa, utrzymująca się 2—3 dni. Trzeci wreszcie objaw, t. j. krwawienia, są zwykle skąpe i trwają również od kilku godzin do 2—3 dni. Co do przyczyny tych zaburzeń niema dotychczas zgody między autorami; jedni obwiniają jajniki, drudzy zbyt silne zgięcie macicy ku przodowi, trzeci przewlekłe zmiany na otrzewnej miednicy lub jajników, inni zbytnią pobudliwość układu nerwowego, inni wreszcie skurcze jajowodów. Rosner twierdzi, że w ogólności zaburzenia te występują tylko przy zmianach patologicznych w narządzie rodnym, zwykle w następstwie chorobowego przekrwienia przerosłej macicy w połączeniu z torbielkowatem zwyrodnieniem jajników. Na podstawie 21 przypadków, z których w 18 nie można było wykryć żadnych nieprawidłowości w narządzie rodnym, twierdzi autor, że do powstania bolów międzymiesiączkowych zmiany chorobowe zupełnie nie są konieczne, a jeżeli zachodzą, to chyba tylko jako powikłania przypadkowe. Autor skłania się do przypuszczenia, że bole te zależą od czynności jajników i występują zwykle u kobiet bardzo nerwowych, które cierpią zwykle także na bole miesiączkowe (dysmenorrhoe), jak to było właśnie w powyższych przypadkach. Większość chorych (14) autora nie rodziła wcale. Leczenie jest bardzo rozmaite, co już samo świadczy o małej jego skuteczności: częste przestrzykiwania macicy, nacięcia części pochwowej, kąpiele nasiadowe ciepłe lub wodoleczenie, pastylki jajnikowe i aspiryna, wreszcie wytrzebienie. Znaczną ulgę, przynajmniej na miesiące, przynoszą także upusty krwi. Wychodząc z założenia, że bole międzymiesiączkowe są następstwem skurczów mięśni okrężnych w okolicy wewnętrznego ujścia macicy, stosuje Th. u kobiet, które nie rodziły, z wcale dobrym skutkiem rozszerzanie ujścia wewnętrznego. Najprzód rozszerza je rozszerzaczami Oberländera aż do 10 mm, następnie rozszerzadłem Schultzego, poczem rozcina ujście (discissio); teraz dopiero wycina odpowiednim nożykiem kawałki z przedniej i tylnej wargi macicznej w okolicy ujścia wewnętrznego.

E. Ehrenpreis.

Prof. Hoehne: **Doświadczalne badania nad ochroną ustroju zwierząt przeciw zakażeniu otrzewnemu.** (Arch. f. Gyn. t. 93, z. III). Mimo skrupulatnego przestrzegania aseptyki i bardzo już udoskonalonej techniki operacyjnej, ciągle jeszcze zdarzają się przypadki ciężkiego a nawet śmiertelnego zakażenia otrzewnej po operacyach brzusznych. Celem wzmożenia naturalnych sił ochronnych otrzewnej i pewniejszego zabezpieczenia życia operowanych, przeprowadzał Glimm pierwszy doświadczenia ze wstrzykiwaniami oliwy do otrzewnej w przekonaniu, że w ten sposób zmniejszy wessalność drobnoustrojów w otrzewnej. Wyniki dodatnie, osiągnięte w wielu przypadkach zakażeń, tłómaczył Glimm wypełnieniem wstrzykniętą oliwą naczyń limfatycznych, wychodzących z jamy otrzewnej, a tem samem niemożliwością dostania się drobnoustrojów chorobotwórczych do nich a więc i do krążenia. Takie właśnie ograniczenie sprawy zakaźnej tylko do jamy brzusznej miało zwierzęta ratować przed niezawodną śmiercią z zakażenia. Autor powtórzył doświadczenia Glimma i doszedł do następujących wniosków. Śródotrzewne wstrzykiwania oliwy (czystej czy kamforowej lub innej) aż do 10 cm³, okazały się dla królików nieszkodliwe, natomiast większe jej ilości (20—100 cm³) stawały się groźne jużto z powodu powstania zatorów tłuszczowych w płucach, już innych miejscowych lub ogólnych zaburzeń. Śródotrzewne wstrzykiwania oliwy wywołują, zależnie od jej ilości i rodzaju, jakoteż różnych dodatków do niej, stopniowo różne odczynowe zapalenie otrzewnej, które jednak zupełnie nie jest następstwem swoistego działania oliwy, lecz daje się wywołać także innymi czynnikami drażniącymi natury chemicznej, mechanicznej (sproszkowane szkło) lub drobnoustrojowej (b. prodigiosus). Takie rozpoczynające się lub od niewielu tylko godzin trwające zapalenie przyspiesza wessanie drobnoustrojów, wstrzykniętych doświadczalnie do jamy brzusznej. Króliki, których otrzewnę w ten sposób zakażono, w krótki tylko czas po wywołaniu na niej odczynowego zapalenia, przebywają zakażenie to o wiele ciężej i giną wskutek niego o wiele częściej i szybciej, aniżeli króliki, którym dla kontroli również zakażono otrzewnę, ale bez poprzedniego jej podrażnienia. Natomiast stwierdzono, że jeżeli odczynowe zapalenie otrzewnej trwało już najmniej dobę przed wywołaniem zakażenia, to wessanie wstrzykniętych drobnoustrojów z jamy brzusznej nadzwyczaj zostaje utrudnione lub nawet zupełnie zniesione, i to nietylko przejściowo, lecz nawet na tygodnie. Nie ulega żadnej wątpliwości, że utrudnienie tego wessania z otrzewnej nie występuje wskutek wypełnienia naczyń limfatycznych wstrzykniętą oliwą — jak to sądził Glimm, lecz jedynie wskutek wywołania zapomocą oliwy odczynowego zapalenia otrzewnej. Ta utrudniona wessalność drobnoustrojów, stwierdzona licznemi badaniami krwi, wziętej ze serca, uratowała życie królikom, którym do jamy otrzewnej wstrzyknięto bardzo jadowite i żywotne bakterye (b. coli haemolyticum, paratyphus i i.). Drobnoustroje te, nie mogąc się dostać do ogólnego obiegu krwi i ograniczone do jamy brzusznej, zostają już w krótkim czasie (do 4 dni) zniszczone, dzięki substancyom bakteryobójczym, nagromadzonym tamże w następstwie poprzedniego sztucznego zadrażnienia otrzewnej. Doświadczenia kontrolne wykazały, że wessanie drobnoustrojów ze strony prawidłowej otrzewnej następuje bardzo szybko, bo już w 3 minuty po wstrzyknięciu ich do jamy brzusznej można je wykazać w obiegu krwi. Dalsze doświadczenia i spostrzeżenia wykażą, o ile powyższe wyniki dadzą się praktycznie zastosować.

E. Ehrenpreis.

Offergeld. **Rozsiane stwardnienie rdzenia (sclerosis multiplex), a życie płciowe kobiety.** (Arch. f. Gyn. t. 93, zesz. III.). Na podstawie obcych i własnych spostrzeżeń kreśli O. stosunek i wpływ wzajemny między stwardnieniem rozsianem rdzenia, a poszczególnymi okresami całego życia płciowego kobiety. Wpływ uwidoczniać się może — choć nie musi — już w czasie miesiączek, szczególnie jednak wybitnie w czasie ciąży. Postępy, które choroba ta w tym okresie czasem okazuje, mogą być tak znaczne, że przerwanie ciąży staje się nieuniknione. Poród i połóg nie wykazują zwykle wpływu niekorzystnego, i tu jednak mogą wystąpić pewne zaburzenia, zmuszające do czynnego wkroczenia. To też ciężarna z rozsianem stwardnieniem rdzenia musi zawsze pozostawać pod ścisłym nadzorem lekarskim; tu okresy znacznego nawet polepszenia zmieniają się ciągle z okresami pogorszenia choroby. Uważać należy głównie na zupełny spokój psychiczny, jakoteż podniesienie stanu odżywienia ciężarnej, aby w ten sposób uzyskać pewien za-

pas sił, tak potrzebnych na czas późniejszy. Zaostrzenie choroby nie stanowi odrazu wskazania do przerwania ciąży, tembardziej, że leżenie w łóżku przez tygodnie lub nawet miesiące i spokój psychiczny w połączeniu z leczeniem tucznem mogą wywołać znaczną poprawę. Baczną uwagę należy zwrócić na ewentualne możliwe zaburzenia przy połykaniu i ze strony płuc. Chore takie zakrztuszają się bardzo łatwo, co może się stać powodem ciężkiego zapalenia płuc, wskutek czego niektórzy radzą odżywiać chore przy pomocy zgłębnika żołądkowego. Niemniej ważne jest pielęgnowanie skóry, gdyż u chorych takich łatwo powstają odleżyny; częste kąpiele ciepłe (28—30° — 15 minut), zmiana położenia ciała, nacierania alkoholem i skrupulatna czystość będą tu najbardziej wskazane. Korzystnie działa także stała galwanizacya kręgosłupa (5 miliamperów — 5—10 minut). Pożywienie powinno być urozmaicone i obfite, przyczem dobrze jest dodawać sanatogen kilka razy dziennie przez cały czas ciąży. Po ustąpieniu zaostrzenia— należy znowu wrócić do wykonywania systematycznych ruchów, przy równoczesnem podawaniu środków wzmacniających, np. według Müllera: »Rp. Acid. arsen. 0,05—0,1; extr. strychni 0,5—1,0; ferri lact., chinini hydrochlor., aa 5,0; extr. gentian. qu. s. ut f. pil. 100; S. 3—6 pigułek dziennie«. Przy silniejszej hypertonii wskazane są letnie kąpiele CO_2 (Nauheim) i lekkie ruchy czynne i bierne (Zander), jednak bez natężenia. Przy braku hypertonii: miesienie, faradyzacya, systematyczna gimnastyka. Stosując się do powyższych wskazówek, uda się najczęściej doprowadzić ciężarną aż do terminu porodu. Znając szkodliwy wpływ wstrząsów nerwowych na samą chorobę, należy chorą co do wyniku porodu pocieszać i dodać otuchy; z drugiej strony jednak uważać, aby poród nie przeciągał się za długo. Pod tym względem nie idzie tu tyle o sztuczne skrócenie I. okresu porodowego (rozwarcie macicy), jak o szybkie wydalenie płodu. Autor zwraca uwagę, że uśpienie ogólne i operacyę chore takie znoszą zwykle dobrze, że jednak najczęściej występuje poród samorodny. Karmienia należy zabronić, szczególnie, jeżeli w przebiegu ciąży występowały zaostrzenia choroby. W połogu należy bardzo skrupulatnie przestrzegać wszystkich przepisów higienicznych, o których wyżej była mowa. Położnice takie nie powinny zbyt wcześnie wstawać i tylko bardzo powoli wracać do swych zajęć domowych; natomiast należy im polecić, aby w łóżku wykonywały różne ruchy czynne i bierne.

Dr E. Ehrenpreis.

Okulistyka.

Aaron Bray. **Przypadek samorodnego zakrzepu środkowej żyły siatkówki w następstwie porodu.** (Ophthalmology 1911, Vol. VII, Nr 2). Zakrzep środkowej żyły siatkówki zdarza się najczęściej u osób w wieku podeszłym. Większość autorów za główną przyczynę zakrzepu uważa sprawę miażdżycową. U młodych osób zakrzep ten zdarza się rzadko. Autor spostrzegał u 19-letniej kobiety, dotkniętej niewyrównaną wadą zastawkową serca (stenosis et insufficientia mitralis), w dziesięć dni po ciężkim porodzie nagłą utratę wzroku lewego oka. Badanie wziernikiem wykazało typowy obraz zakrzepu środkowej żyły siatkówki, nie pozostawiający co do rozpoznania żadnych wątpliwości. Chora zmarła w tydzień po wystąpieniu tego zakrzepu. Sekcyi nie było. K. W. Majewski.

Linn Emerson. **Etyologia, patologia i leczenie towarzyszącego zezu zbieżnego.** (Ophthalmology 1911, Vol. VII, Nr 2). Autor kreśli patogenezę zeza zbieżnego i gromadzi dowody, przemawiające za istnieniem osobnego ośrodka zdolności jednoczenia obrazków siatkówkowych. Zdolność ta w przypadkach zezu bądź to nie istnieje wcale, bądź jest w mniejszym, lub większym stopniu upośledzona. Pod względem leczenia zezu zbieżnego wyraża E. przekonanie, że nigdy nie jest zawcześnie na rozpoczęcie leczenia, czyli, że go nigdy nie należy odkładać, aż dziecko będzie starsze. E. zaleca zgodnie z powszechnie przyjętemi zasadami ćwiczenia ortopedyczne, stereoskopowe i monokularne. Co do szkieł, posuwa się E. do tego, że zapisuje je dzieciom 16—18-miesięcznym, a w niektórych razach nawet w pierwszym roku życia (!). W pewnej mierze stosuje też atropinizacyę oka nie zezującego. Tam, gdzie może się spodziewać, że ćwiczenia ortopedyczne i inne przepisy lecznicze będą wykonywane sumiennie i wytrwale, odkłada operacyę do lat szkolnych, o ile byłaby jeszcze potrzebna. W innych razach operuje znacznie wcześniej.

K. W. Majewski.

Maynard. **Urazowe zwichnięcie zaćmy w zamkniętej torebce pod spojówką.** (Ophthalmology 1911, Vol. VII, Nr 2). U 48-letniego Hindusa wskutek silnego uderzenia, doznanego przez lewe oko, powstało podspojówkowe pęknięcie twardówki i zwichnięcie zaćmy, jaką miał na tem oku, pod spojówkę gałki, powyżej rogówki. Krwotok do przedniej komory był bardzo nieznaczny, rana twardówkowa wkrótce się wygoiła, a zaćmę wydobył M. przez nacięcie z pod spojówki, przyczem okazało się, że była ona zwichnięta w całości w zamkniętej torebce. Ponieważ uraz żadnych innych zmian głębszych w oku nie wywołał, przeto chory w następstwie tego wypadku odzyskał na tem oku wzrok utracony. K. W. Majewski.

Rönne. **Przypadek wrzodziejącego zapalenia twardówki.** (Opthalmology 1911, Vol. VII, Nr 2). We wszystkich podręcznikach powtarza się twierdzenie, że jednem z głównych znamion zapalenia twardówki jest brak skłonności do owrzodzenia. Odnosi się to zwłaszcza do zapalenia gośćcowego (scleritis rheumatica), występującego w postaci sino-czerwonych guzów w coraz to innych miejscach twardówki w pasie przyrogówkowym. W piśmiennictwie znalazł R. przypadek opisany przez Hirschberga w roku 1874, gdzie właśnie w takiej postaci zapalenia twardówki powstające guzy zapalne rozpadały się, tworząc mniej lub więcej głębokie, kraterowate owrzodzenia. Drugi podobny przypadek ogłosił R. przed trzema laty, a obecnie ogłasza trzeci, odnoszący się do 35-letniej kobiety, u której obraz kliniczny i przebieg tem tylko się różnił od zwyczajnego typu, że w obrębie nacieków twardówkowych stale powstawały owrzodzenia. Owrzodzenia te goiły się w miarę ustępowania nacieków, pozostawiając blizny, najpierw barwy sinej, potem szaro-łupkowej, nie różniące się od śladów, jakie zapalenie twardówki zazwyczaj po sobie zostawia. Badania anatomiczne, przeprowadzone przez innych autorów w podobnych przypadkach, wykazały w obrębie nacieku nietylko ogniska zupełnie obumarłe, ale nawet pewnego rodzaju odsłoje obumarłej tkanki (Friedland). Wobec takich spostrzeżeń nietrudno wytłomaczyć sobie powstanie owrzodzeń. Powstają one widocznie wtedy, jeżeli martwica rozpoczynająca się w środku, w głębi guzów naciekowych, obejmie zarazem warstwy powierzchowne i gdy po oddzieleniu się części obumarłej powstanie mniej lub więcej głęboki ubytek. K. W. Majewski.

Buys. **O nystagmografii u człowieka.** (Revue Gén. d'Opht. 1911, Nr 1). Ze względu na wielkie znaczenie, jakie posiada drżenie oczu (nystagmus) w symptomatologii chorób błędnika, bliższe poznanie tego objawu jest bardzo pożądane, a w niektórych przypadkach dla różniczkowego rozpoznania, wprost konieczne. Dokładniejsza analiza ruchów drgających, tak szybkich i tak drobnych, jakie znamionują »nystagmus vestibularis«, zapomocą zwyczajnego choćby najuważniejszego oglądania, zupełnie jest niemożliwa. Stąd wynikła potrzeba obmyślenia przyrządów graficznych, któreby w odpowiedni sposób znaczyły krzywą tych ruchów ocznych z najdrobniejszymi ich szczegółami. Przyrząd Buysa wspiera się na statywie dwuocznym i składa się z dwóch miseczek, zamkniętych cienką błonką kauczukową. Miseczki te umieszczone na ruchomych metalowych ramionach przypiera się błonkami do zamkniętych powiek ocznych. Drgania gałek ocznych, wciskając błonki w głąb miseczek, wywołują ciągłe zmiany ciśnienia zawartego wewnątrz powietrza, a te przenoszą się zapomocą cienkich ru-

rek kauczukowych na przyrząd piszący, zbudowany na wzór kardyosfigmografu Jaqueta. W pracy swej analizuje Buys wyniki doświadczalne, uzyskane swym przyrządem w przypadkach drżenia oczu na tle schorzeń błędnika, jakoteż w stanie fizyologicznym przy t. zw. próbie dziesięciu obrotów (na wirującem krześle). K. W. Majewski

Nicati. **Ocena wzrokowej zdolności zarobkowej na podstawie granicznego kąta widzenia.** (Revue Gén. d'Opht. 1911, Nr 1). Autor godzi się w zasadzie na formułę Snellena, wedle której graniczny kąt jednej minuty odpowiada prawidłowej bystrości, a kąt np. 2, 5, 8 minut, bystrościom 2, 5, 8 razy mniejszym. Z tego sposobu określania bystrości wzrokowej wysnuwa N. prostą regułę dla oceny zmniejszenia zdolności zarobkowej z powodu upośledzenia wzroku. Reguła ta opiewa: Każdej minucie kątowej odpowiada $^{1}/_{10}$ całkowitej zdolności zarobkowej. Wartość wzrokowej zdolności do zarobkowania (VC — capacité visuelle professionnelle) określa się zatem następującym wzorem ogólnym: VC = 0·1 (11 – V). K. W. Majewski.

Éloui Pasza. **O leczeniu rzekomo błoniczych zapaleń spojówki.** (Revue Gén. d'Opht. 1911, Nr 1). Pomimo braku prątków Loefflerowskich w przypadkach rzekomo błoniczych zapaleń spojówki, leczenie zapomocą surowicy przeciwbłoniczej jest uzasadnione, bo w przypadkach ciężkich, zwłaszcza w takich, jakie się często zdarzają w Egipcie, daje ono dobre wyniki. Autor zmienił jednak sposób postępowania o tyle, że zamiast wstrzykiwać tę surowicę w większych ilościach w tkankę podskórną brzucha, wstrzykuje ją zapomocą strzykawki Prawaza w ilości 1 cm³ wprost pod spojówkę chorego oka. Wstrzykiwanie takie powtarza codziennie przez 3—4 dni z rzędu, w uporczywszych przypadkach dodaje jeszcze piąte, a nawet szóste wstrzyknięcie. Sposób ten przedstawia zdaniem jego znaczne korzyści. K. W. Majewski.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Kwas solny polecają w niedokrwistości Beebe i Rüdisch (Kl. ther. Wochs. 1910, Nr 18) do użytku wewnętrznego, 150 kropli na 300 wody w ilości 1—2 szklanek po każdem jedzeniu, opierając się na spostrzeżeniu, że w niedokrwistości złośliwej często napotyka się brak kwasu solnego w soku żołądkowym. Wyniki mieli otrzymywać bardzo korzystne. Podobnie Solger (D. med. Wochs. 1910, Nr 33) stosuje w myśl Falkensteina kwas solny (aż do 60 kropli kwasu solnego czystego, w leczeniu dny i cieszy się bardzo dobrymi wynikami. Nm.

Kwas nukleinowy lub nukleinian sodu 2% stosuje Donath (Psych. neur. Wochs. 1910, Nr 15) w porażeniu postępowem w formie wstrzykiwań w przerwach 5—7-dniowych; w 50% przypadków chorzy stali się nawet zdolni do pracy. Lépine (Lyon med. 1910, Nr 9) próbował stosować ten przetwór w innych chorobach umysłowych również z pomyślnym skutkiem. Mezernitzky zaś (Münch. med. Wochs. 1910) przypisuje lekowi temu wartość dobrego leku moczopędnego w marskości wątroby i puchlinie brzusznej; Candela y Pla (Cronic. med. 1910) opisuje wreszcie dobre skutki wstrzykiwań kwasu nukleinowego w krwotokach w toku duru, oraz zapalenia otrzewnej po operacyach. Nm.

Kwas pikrynowy jako środek keratoplastyczny w połączeniu z kokainą (0·1 acid. picrin., 0·2 cocain., 12·0 vaselini) polecają stosować w schorzeniach rogówki i spojówki, oraz przy jaglicy Fabri i Ohleman (Wochs. f. Ther. u. Hyg. d. Aug. 1910, 17) z wyjątkiem zapaleń dyfterytycznych. Nm.

Adrenalinę stosuje Pascucci (Clin. med. ital. 1909, Nr 7) w zapaleniach wysiękowych opłucnej, otrzewnej, oraz w puchlinie brzusznej w ten sposób, iż 2—8 cm³ rozczynu adrenaliny 1: 3000 wstrzykuje do jam surowiczych, co ma przyczyniać się do szybszego wessania się wysięków. Działania niekorzystnego tego sposobu leczenia nie zauważył. Nm.

Adrenochrom, żółto-zielony barwik istoty rdzeniowej nadnercza, organiczny związek siarki, stosuje Diesing (Med. Kl. 1910, Nr 13) w dnie, gośćcu stawowym, obok odpowiednich przepisów dyetetycznych, zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie przetwory salicylowe i litowe nie odnoszą skutku. Dawki: 0·025—0·05 3 × dnia. Nm.

Odczyn adrenaliny podaje Ewins (Journ. of. Phys. vol. 40. p. 316) następujący: Rozczyn adrenaliny ogrzewa się z 0·10% rozcz. kalium persulphuric., przyczem powstaje silne zabarwienie czerwone. Czułość odczynu jest bardzo znaczna; wynik dodatni nawet w rozczynie 1 cz. adrenaliny na 5 milionów części wody. Nm.

Adalinę (bromdietylacetylmocznik) poleca Fleischmann (Med. Kl. 1910, Nr. 47) jako środek nasenny, oraz uspokajający w różnych stanach bezsenności w następstwie zbytniego rozdrażnienia nerwowego. Dawki 0·5—1·0 (pro dosi). Działania ubocznego, ani zbiorowego nie było. W chorobach nerwowych, a zwłaszcza w padaczce, otrzymuje Finckh (ibid.) również dobre wyniki, stosując ten przetwór. Nm.

Alkohol. Köhler (Ther. d. Geg. 1910, Nr 8) i Cheinisse (Sem. med. 1910, Nr 40) podnoszą wartość okładów alkoholowych Salzwedla w sprawach zapalnych, jak ropowicy, zanokcicach, zapaleniu żył, naczyń limfatycznych, gruczołów, jąder, dalej w półpaścu, nerwobólach, zapaleniach stawów, oraz w przewlekłym gośćcu stawowym; okłady te bardzo szybko uśmierzają bole i usuwają zmiany zapalne. Nm.

Antitman, czyli chondroitynosiarkan sodu ma według Oestreichera, który go próbował i do lecznictwa wprowadził, działać wstrzykiwany po 0·1—0·2 na narządy dotknięte rakiem w ten sposób, iż wywołuje martwicę komórek rakowych; przedmiotowo towarzyszą wstrzykiwaniom przetworu tego charakterystyczne, dość dotkliwe bole w narządach przez tkankę nowotworową zajętych. Nm.

Aristochinę, przetwór chininy bez smaku gorzkiego, zaleca Zerai (Pest. med. chir. Presse 1910, Nr 9) stosować w dziecięcej praktyce w durze i krztuścu na podstawie własnego korzystnego doświadczenia (100 przypadków): stosuje się w takich dawkach, jak chininę. Nm.

Arsacetyna. O ile stosowana w formie wstrzykiwań okazała się niebezpieczną, o tyle podana wewnętrznie po 5—8 kropli 10% rozczynu według Heinricha (Ther. Mon. Hefte 1910, Nr 11) może dać dobre wyniki w białaczce rzekomej, gruźlicy, łuszczycy i liszaju czerwonym. Nm.

Asurol stosują Hoffmann (Med. Kl. 1910, 27), Bänner (Berl. Kl. 1910) i inni w kile pierwszo- i drugorzędnej w postaci wstrzykiwań śródmiąższowych w ilości 2 cm³ 5% rozczynu co drugi dzień. Środek ten działa bardzo szybko i energicznie tak, iż autorowie powyżsi przenoszą go nad kalomel lub salicylan rtęci. Nieprzyjemną jednak jego stroną są silne bole w miejscu wstrzyknięcia, które nie dają się usunąć nawet przez dodatek środka znieczulającego. Nacieków środek ten nie wywołuje. Nm.

Przy krwotokach jelitowych w durze poleca Hirtz co dwie godziny naprzemian następujące mieszaniny: 1) »Rp. Ergotini 8,0, Calc. chlor. 6,0, Aq. dest. 150«. 2) »Extract. opii 0,1, Syr. cort. aur. 60,0, Aq. dest. 140,0«. (Rf. med. 1911, S. 233). A.

Przy odrze zaleca Ferrer, celem łagodzenia przypadów i zapobiegania powikłaniom, saletrę potasową w dawkach 0,3—0,9 w 4 porcyach. (La Cron. med. XI. 1910). A.

Celem ochrony dzieci przed zakażeniem się gruźlicą od rodziców podaje Bolt (The Clev. med. Journ. VII., 1910) następujące zasady: 1) Gdy matka i dziecko

są wolne od gruźlicy, a inni domownicy są zakażeni, należy pierwszych dwoje usunąć z chorego otoczenia. 2) Gdy oboje rodzice są zakażeni, dziecko bezwzględnie powinno być od nich oddzielone. 3) Gdy dziecko jest chore na gruźlicę, a matka zdrowa, to matka może je karmić. 4) Gdy dziecko jest zdrowe, a matka chora na gruźlicę, to na karmienie dozwolić można tylko wtedy, gdy gruźlica jest u matki zamkniętą i wczesną. Gruźlica czynna wyłącza karmienie. K.

Dychawicę oskrzelową leczy Siegel ze znakomitym podobno skutkiem zapomocą miesienia wibracyjnego, przykładając peloty naraz po obu stronach ciała, dwa palce poniżej łopatki i nieco ku środkowi. (Med. Klin. Nr 20). A.

O korzystnym wyniku wycięcia tylnych korzeni (operacyi Förstera) przy wiądowych przełomach żołądkowych donosi Becker. Natomiast zjawiły się po operacyi przemijające bole i przejściowe porażenie poprzeczne. (Med. Klin. Nr 20). A.

Częściowe wycięcie tarczycy, na wzór operacyi przy chorobie Basedowa, zaleca bardzo Winslow przy przedwczesnem otępieniu (dementia praecox), zwłaszcza w jego postaci katatonicznej. (Wien. klin. ther. Wochs. Nr 9) A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie naukowe z d. 7. czerwca 1911.

Obecnych 30 członków. Przewodniczy kol. Prof. Krzyształowicz, oddając na wstępie cześć bł. pam. Izydorowi Jurowiczowi, długoletniemu członkowi Towarzystwa, znanemu z zacności i prawości charakteru.

1) Kol. Prof. Kader przedstawia: a) chorą, lat 21, **z rozległemi bliznami brzucha i górnych części ud.** Blizny pochodzą od ran po oparzeniu. Oba sutki wrosły w bliznę aż w okolicy podbrzusza. Również dostęp do części płciowych jest bardzo utrudniony. Zewnętrznie ich nie widać, z powodu utworzenia się dwóch zbliznowaciałych fałdów skóry, rozpiętych między podbrzuszem, a udami nakształt zasłon. Zapomocą zabiegu operacyjnego i plastyki zamierza Prof. K. uwolnić przedewszystkiem oba sutki, wrośnięte tak nizko i bardzo napięte.

b) Chorą **po wyłuszczeniu chrząstniaka kostnawego prawej łopatki,** z częściowem jej wycięciem, a pozostawieniem wyrostka barkowego, celem wytworzenia daszku na górnej kończynie i uzyskania nowego punktu przyczepu dla mięśnia dwugłowego. Zabiegu dokonano łatwo w znieczuleniu lędźwiowem tropakokainą. Chora jest w 7 miesiącu ciąży.

c) Chorego chłopca z podobnym guzem — przed zabiegiem operacyjnym.

d) Porusza następnie sprawę **kamicy nerkowej**. Według doświadczenia długie czekanie na operacyę i operowanie wśród powikłań daje najczęściej złe rokowanie. Operowanie niejako »na zimno« jest niemal wolne od złych następstw. Mowca opisuje przypadek kamicy nerkowej. Silne wyczerpanie. W lewej nerce duży guz; przez przetokę, która powstała po poprzedniem nacięciu nerki, wydziela się ropa, a nie mocz. Przystąpiono wreszcie do doszczętnej operacyi. Mięsień lędźwiowo-udowy, guz, główna tętnica, wszystko razem pozrastane i zbite w jeden węzeł. Z wielką trudnością wyłuszczono wreszcie guz z jednym wewnątrz kamieniem nerkowym, wycięto kawałek moczowodu i przecięto przypadkowo z powodu niesłychanie trudnych warunków nerw udowy, który zeszyto. W pewien czas przekonano się zapomocą rentgenografii, że w reszcie nerki pozostał jeszcze jeden kamień, którego nie można było w żaden sposób domacać się podczas operacyi. Przy kamicy nerkowej oprócz tych powikłań trzeba pamiętać i o tem, że zwyrodnieniu ulega druga nerka. Pojawia się białkomocz i cały szereg przypadłości, właściwych dla zatrucia moczowego. Jeśli pozostawiony kamień sam wyjdzie, to się choroba kończy, w przeciwnym razie przychodzi ostatecznie prędzej, czy później do zejścia śmiertelnego. Nieoperowani chorzy umierają nierzadko z powodu dusznicy bolesnej, będącej następstwem zmian w nerkach. Zdaniem mowcy trzeba oszczędzać nerkę jaknajwięcej, usunąć tylko kamień, względnie wypuścić ropę, przestrzykać, lub przepłukać, jakoteż założyć opatrunek, który nieraz miesiącami całymi trzeba zmieniać.

Pomimo wszelkich pomocniczych środków rozpoznanie jest nieraz bardzo trudne.

e) Przedstawia nowotwór, wyjęty z chorego, mającego się obecnie dobrze po operacyi. Tu rozpoznanie co do przyrody i punktu wyjścia było niemożliwe. Wśród zabiegu przekonano się, że nowotwór wychodzi z wątrobowego zgięcia jelita grubego, trzustki i przedniej ściany nerki.

f) Anatomiczny okaz wyrostka robaczkowego, koło którego znaleziono śrut.

2) Kol. Radliński przedstawia: a) mężczyznę, l. 56, którego przed pół rokiem mowca operował z powodu **raka pęcherza moczowego**. Nowotwór zajmował połowę przedniej i znaczną część lewej ściany pęcherza. Dzięki doskonałemu dostępowi, uzyskanemu sposobem podanym przez Kadera, z czasową resekcyą górnego brzegu spojenia łonowego, który wraz z mięśniami prostymi odchyla się ku górze, udało się nowotwór wyciąć zupełnie doszczętnie daleko w zdrowej ścianie pęcherza. R. musiał przytem ścianę pęcherza usunąć aż do samego ujścia pęcherzowego cewki i resekować pęcherzowy koniec lewego moczowodu. Odbudowanie jamy pęcherza szwami udało się tylko częściowo, koniec moczowodu wszczepiono w lewą ścianę pęcherza, znacznie wyżej niż prawidłowo. Chory zniósł zabieg zupełnie dobrze. Obecnie objawów nawrotu niema zupełnie, pęcherz ma pojemność 50 cm, pozostała mała, stale się zmniejszająca przetoka nad spojeniem łonowem. R. podnosi, że dobry dostęp do pęcherza sposobem osteoplastycznym zapewne zmniejszy pesymizm chirurgów w sprawie operowania dalej posuniętego raka pęcherza.

b) Chłopca, lat 15, u którego dokonał **osteoplastycznej trepanacyi dekompresyjnej** z powodu objawów ucisku mózgu (tarcza zastoinowa obustronna), oraz objawów ogniskowych, które nasuwały rozpoznanie guza w mózgu w okolicy ruchowej lewej (drgawki Jacksona i niedowład następowy w kończynie górnej prawej i n. twarzowym), Guza przy operacyi nie znaleziono. Stwierdzono wybitne napięcie opony twardej i brak jej tętnienia. Po płatowem nacięciu opony mózg silnie się do otworu wpuklał, wystąpiło tętnienie mózgu. Po zmniejszeniu płatu kostnego dookoła, by zapobiedz zrośnięciu z otoczeniem, ułożono płat na miejscu i ranę zupełnie zaszyto. Przebieg pooperacyjny zupełnie gładki. Obecnie, po miesiącu, widoczny jest w miejscu operacyi wyraźnie tętniący odcinek czaszki. Zarówno objawy ogólnego ucisku na mózg, jak i objawy ogniskowe ustąpiły niemal zupełnie. Być może, że chodziło o t. zw. guz rzekomy (Nonne) lub pierwszy okres objawowego wodogłowia. Dopiero dalsze spostrzeganie chorego zapewne wyjaśni sprawę chorobową. Łącznie z tym przypadkiem omawia R. stronę techniczną trepanacyi dekompresyjnej, przedstawia zdjęcia rentgenowskie pooperacyjne z czaszek chorych, operowanych częściowo przez Prof. Kadera, częściowo przez siebie. Wyniki co do zmniejszenia ucisku na mózg były we wszystkich dodatnie, ale nierównomierne zarówno co do trwałości, jak i stopnia cofnięcia się ucisku.

W dyskusyi zabiera głos kol. Borzęcki co do chorej z rozległą blizną po oparzeniu. Sądzi, że chorą trzeba uświadomić co do niekorzystnych następstw w razie ciąży i porodu. — Dwa przypadki kol. Radlińskiego uzupełnia swymi uwagami kol. Landau (młodszy): Obą ba-

dano w ambulatoryum kliniki chorób nerwowych i jako odpowiednie do zabiegów operacyjnych, skierowano do kliniki chirurgicznej. Toteż pozwolę sobie wskazać na te szczegóły, którymi kierowaliśmy się przy odważeniu się na bądź cobądź poważny zabieg, jakim jest niewątpliwie każde otwarcie czaszki, a zatem i dekompresya. W pierwszym przypadku t. j. u chorego K. W., liczącego lat 11, stwierdziliśmy obok podmiotowych objawów, przemawiających za wzmożeniem ciśnienia wewnątrzczaszkowego, napady drgawek o charakterze drgawek Jacksona w mięśniach twarzy i ręce po stronie prawej, z pozostawieniem wybitnego niedowładu ręki i ośrodkowego niedowładu nerwu twarzowego, wzmożenie odruchu kolanowego, a osłabienie odruchu podeszwowego w kończynie dolnej prawej, wreszcie obustronne zapalenie nerwów wzrokowych z obrzękiem, nieco większym po stronie lewej. Odczyn Wassermanna wypadł ujemnie. Wobec tego rozpoznaliśmy, po wyłączeniu wszelkich innych przyczyn dających podobne objawy, nowotwór w okolicy ośrodków ruchowych po stronie lewej i wobec objawów wyraźnie wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, uważaliśmy zabieg operacyjny za wskazany ze względu na nerwy wzrokowe. O operacyi i o dalszym przebiegu choroby po zabiegu, wspomniał już kol. Radliński. Od siebie dodam tylko, że wynik zabiegu operacyjnego jest w tym przypadku bardzo pomyślny, wobec tego, że chory niema już od 20 dni drgawek Jacksonowskich, że obrzęk zastoinowy tarcz nn. wzrokowych ustąpił prawie zupełnie, pozostawiając jedynie tylko bardzo nieznaczne zatarcie granic, że wreszcie osłabienie prawej kończyny górnej jest obecnie nieznaczne. Utrzymuje się natomiast i nadal lekki niedowład nerwu twarzowego i różnica w odruchach kończyn dolnych. Wobec tego, że zabieg operacyjny nie wykazał obecności nowotworu w operowanem miejscu, nasuwają się dzisiaj pewne wątpliwości co do obecności nowotworu wogóle i być może, że w naszym przypadku mieliśmy do czynienia z objawami tak zwanego wrzekomego nowotworu Nonnego, który najczęściej przebiega pod obrazem nowotworu ośrodków ruchowych. Ponieważ jednak klinicznie żadnych nie mamy kryteryów, prócz ewentualnie dalszego dopiero przebiegu, dla zróżniczkowania obu tych obrazów chorobowych, przeto nie braliśmy go w rachubę przy stawianiu wskazania do zabiegu operacyjnego. W drugim przypadku, chorej S. R., liczącej lat 32, wobec bardzo wybitnych objawów ogólnych, jak gwałtownych bolów głowy, silnych zawrotów, wymiotów i tarczy zastoinowej, rozpoznanie nie nasuwało żadnych wątpliwości. Wobec rozsiania jednak objawów ogniskowych, t. j. porażenia nerwu odwodzącego lewego, drgawek Jacksona w mięśniach twarzy i połowiczego kurczowego niedowładu miernego stopnia po tej samej stronie, a podeszwowego objawu Babińskiego i po stronie prawej, wobec chodu móżdżkowego wreszcie — określenie siedziby zmian chorobowych napotykało na dwie trudności. O charakterze nowotworu nie można było powiedzieć nic pewnego, jakkolwiek kilak bardzo poważnie wchodził w rachubę wobec dodatniego odczynu Wassermanna z krwi i płynu mózgowordzeniowego i wobec tego, że chora od kilku już lat miała bardzo znaczne upośledzenie wzroku na oku lewem, a badanie wziernikiem wykazało zanik tegoż właśnie nerwu wzrokowego. Mimoto jednak, a raczej dlatego właśnie zdecydowaliśmy się na możliwie szybką dekompresyę, wychodząc z założenia, że wobec objawów tak silnie wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego i wobec istniejącego już zaniku nerwu wzrokowego oka lewego, może dojść do zupełnej ślepoty, zanim jeszcze leczenie swoiste odniesie jakikolwiek skutek. Za najodpowiedniejsze miejsce dla dekompresyi uważaliśmy okolicę ośrodków ruchowych po prawej stronie, a to dlatego, że największą ilość objawów można było odnieść do tego właśnie miejsca. I w tym przypadku nastąpiła po operacyi poprawa, ale jedynie tylko w kierunku objawów podmiotowych. Przedmiotowo utrzymuje się stan taki sam, jak i przed operacyą, a przedewszystkiem nie można stwierdzić żadnej poprawy w zakresie nerwów wzrokowych. Jako bardzo ciekawy szczegół podnieść tu muszę to, że chorą leczono przez cały czas pobytu na klinice chirurgicznej swoiście. A jednak i leczenie swoiste nie odniosło tu żadnego skutku. Wskazuje to na to, że dodatni odczyn Wassermanna nie może jeszcze rozstrzygać o charakterze guza. Zaznaczam jednak, że daleki jestem od przypuszczenia, ażeby z braku wyników leczenia swoistego można było z wszelką pewnością wyłączać guz pochodzenia kiłowego. Chciałem tylko podnieść, że jakkolwiek przy dodatnim odczynie Wassermanna z płynu mózgowo rdzeniowego, należy w podobnych przypadkach przedewszystkiem myśleć o kilaku i stosować leczenie swoiste, to jednak przy braku poprawy nie zwlekać długo, lecz operować z uwagi na to, że i w przypadkach zupełnie pewnej kiły, nowotwór może być innego pochodzenia. W obu zatem przypadkach uzyskaliśmy poprawę w następstwie zabiegu operacyjnego. W pierwszym jest ona nadspodziewanie dobrą, bo prawie zupełną, w drugim zaś przypadku, podobnie jak i w trzecim, operowanym przed kilku miesiącami, była ona tylko czasową. Ten trzeci przypadek z tego jeszcze powodu zasługuje na wzmiankę, że po dekompresyi wszystkie prawie i to bardzo ciężkie objawy ogólne ustąpiły na szereg tygodni, a co najważniejsza, że i zapalenie nerwów wzrokowych z obustronnym obrzękiem znikło bez śladu. W dekompresyi mamy więc niewątpliwie znakomity środek, chociażby czasowego tylko zwalczania owych ciężkich objawów, towarzyszących nowotworom mózgu i zapobiegania na szereg miesięcy, a nieraz i lat, wytworzeniu się zaniku nerwów wzrokowych z zupełną ślepotą, nie mówiąc już o tem, że w pewnych nielicznych przypadkach nowotworów mózgu (glejaków) dekompresya już sama przez się, bez usunięcia nowotworu, zapobiegła dalszemu jego rozwojowi i powróceniu się objawów, towarzyszących nowotworom mózgu.

3) Odczyt kol. Kostrzewskiego: **Odczyn Freund-Kaminera. Serodyagnostyka raka.**

Sekretarz doroczny: Dr Grzybowski.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Walne zebranie Wydziału lekarskiego z dnia 29 kwietnia 1911

Po zagajeniu przez prezesa kol. Radcę Fr. Chłapowskiego obejmuje na życzenie zebrania przewodnictwo kol. Rekowski.

1) Kol. Mieczkowski przedstawia a) **wyjęty gruczoł tarczowy przy chorobie Basedowa.** 35-letni chemik przed dwoma laty zaczął narzekać na bolesność w brzuchu, stracił 50 funtów na wadze. Silne charłactwo. W lutym tegoż roku stwierdzono chorobę Basedowa. Mimo stosowania rozmaitych leków nie było żadnej poprawy, wobec czego podjął M. operacyę. Przy leczeniu operacyjnem śmiertelność obecnie wynosi tylko 3%, 80—85% jest wyleczeń, 10% pozostaje bez skutku. Zachodzi pytanie, ile gruczołu wyjąć? M. wyciął prawy płat i węzinę. Po operacyi ustąpiła dychawica sercowa, poty, rozwolnienia się zmniejszają. Drżenie i nieregularność tętna jeszcze się utrzymują. Gdyby dotychczasowy rękoczyn nie wystarczył, będzie trzeba wyjąć jeszcze drugi płat. 2) Następnie przedstawia M. wola zwykłego miąższowego, wreszcie 3) pęcherzyk żółciowy z kamieniami z przypadku przed operacyą przez lekarzy nie rozpoznanego; brak żółtaczki; po rękoczynie czas jakiś żółć odpływała przez ranę.

W dyskusyi zaleca Radca Chłapowski co do przypadku choroby Basedowa ostrożność, by nie wyjąć gruczołków przytarczycznych; dlatego należy z drugiej strony wyjąć tylko górną część. — Kol. Jezierski: Operacyę utrudniało napięcie naczyń do 153, które opadło potem na 111. Rozwolnienie tłomaczy się zastoiną przy tak słabem sercu. Czy chodzi rzeczywiście o chorobę Basedowa, rozstrzyga badanie krwi. Obecnie tłomaczą objawy choroby Basedowa nie hy-

pertyreoidyzmem, lecz dystyreoidyzmem. — Kol. Mieczkowski: Przy chorobie Basedowa gruczoł tarczowy nie koniecznie bywa powiększony; mogą być wole podmostkowe albo za przełykiem. — Kol. Pomorski operował przypadek zapalenia pęcherzyka żółciowego z żółtaczką i gorączką septyczną do 41·5⁰. P. zrobił cholecystostomię i okazało się, że pęcherzyk był bardzo gruby, objawy zaś wychodziły od trzustki, silnie zgrubiałej prawdopodobnie wskutek zapory przy ujściu. Operacya usunęła gorączkę i dolegliwości.

2) Kol. Kroll przedstawia a) mężczyznę **z gruźlicą żeber,** podnosząc, że u dzieci należy postępować więcej zachowawczo, u dorosłych doszczętnie; w danym przypadku K. resekował 3 żebra, ubytek zgoił się bez przeniesienia skóry; b) kobietę **z gruźlicą kości łonowej.** Rozpoznanie dość trudne; albo w chrząstce albo w kości istniał ropień z wydzielaniem martwaków; czasem rozeznawano go jako przepuklinę; K. usunął przy operacyi górną część spojenia łonowego, c) mężczyznę, który **po pęknięciu wrzodu żołądka** przeszedł zapalenie ogólne otrzewnej; pęknięcie wrzodu nastąpiło przy ściąganiu buta; pomimo, że już minęło 28 godzin od początku zapalenia otrzewnej, przepłukanie 6 litrami rozczynu solnego i sączkowanie otrzewnej uratowało chorego.

3) Kol. Pomorski przedstawia: a) dziecko 6-letnie, które z lewej strony nie ma uda, tylko klin kostny, mimo to dziecko umie chodzić. Sprawa tłomaczy się uciskiem przez owodną; b) dwuletnie dziecko z zupełnem **porażeniem nerwu sprychowego** przy połogu; P. zamierza przeszczepić nerw łokciowy, odsłoniwszy przedtem splot, by się przekonać, czy nie ma przedarcia albo zrostu.

W dyskusyi zaznacza Radca Chłapowski, że podobny przypadek skrócenia kości widział. Nie należy jednak wszystkich takich przypadków tłomaczyć teoryą ucisku ze strony owodni. Co do drugiego przypadku, to skoro się nie ma pewności, że brak zwyrodnienia, nie warto operować. — Kol. Skoczyński: Jeśli nerw wyrwany, to nie ma widoków poprawy; jeśli jednak zachodzi ucisk przez bliznę, to można przez usunięcie jej sprawność przywrócić. Czasem dopiero po 15 miesiącach poczyna wracać sprawność po transplantacyi.

4) Kol. Nowakowski przedstawia a) stwierdzone przez rentgenogram złamanie miednicy; b) **porażenie rdzeniowe** nogi, operowane z dobrym skutkiem; c) rentgenogram zupełnego **zrostu w stawach biodrowych.**

5) Kol. Krysiewicz pokazuje dziecko z **niedomykalnością zastawki trójdzielnej** i **zwężeniem ujścia tętnicy płucnej.**

6) Wykład kol. Steinborna z Torunia: **O serodyagnozie kiły.** Mowca przedstawia rozwój serodyagnozy na podstawie badań dotychczasowych oraz pokazuje dokładnie technikę.

W dyskusyi kol. Karwowski dziękuje mowcy specyalnie za pokazanie praktycznego wykonania rękoczynu, który kolegom niespecyalistom jest bardzo trudno zrozumiały. Jakie należy wysnuwać wnioski z odczynu pod względem rokowania i leczenia? Mowca jest tego zdania, że główną zaletą odczynu jest rozpoznanie kiły nawet w takich przypadkach, gdzie brak zupełny wszystkich innych objawów. Co do rokowania zaś i leczenia, to odczyn W. nie może być bezwzględną wskazówką, inaczej nieraz całe życie możnaby chorego męczyć kuracyami. Stosować się pod tym względem należy do odczynu tylko w pewnych granicach. — Kol. Skoczyński odmawia odczynowi nawet wartości rozpoznawczej, gdyż odczyn właśnie tam nieraz zawodzi, gdzie rozpoznanie jest bardzo ważne np. przy nowotworach złośliwych. — Kol. Karwowski nie podziela zdania preopinanta, przyznaje jednak, że nieraz przy kile mózgowej w płynie rdzeniowym odczyn jest ujemny i czasem dopiero po prowokacyi przez rtęć staje się dodatnim, w większości zaś przypadków porażenia postępowego jest dodatni. Byłoby fatalnem, gdyby lekarze mieli się spuszczać tylko na jeden odczyn surowicy, a nie uwzględniać reszty objawów.

7) Kol. Falgowski pokazuje przypadek **zaśniadu groniastego przy porodzie bliźniaczym.** Przypadek taki zdarza się raz na sto lat. Kobieta 36 l. (II para) odbyła poród prawidłowy zdrowego dziecka, poczem odszedł guz, składający się z prawidłowego łożyska, złączonego z drugiem łożyskiem, które wraz z kilkoma luźnymi kawałkami tworzy zaśniad.

W dyskusyi powątpiewa kol. Łazarewicz, czy chodzi o ciążę bliźniaczą. — Kol. Falgowski dowodzi, że preparat wskazuje rzeczywiście na ciążę bliźniaczą.

Wreszcie kol. Franciszek Zakrzewski gorąco poleca wzięcie udziału w Zjeździe krakowskim.

Adam Karwowski.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

XIII posiedzenie Wydziału lekarskiego w d. 25. II. (10. III.) 1911.

Obecnych członków 20, gości 4. Przewodniczy prezes O. Czeczott.

Prezes podaje do wiadomości, iż w tych dniach »Związek« poniósł nową stratę przez śmierć swego członka, radcy stanu Dr Kazimierza Drzniewicza i wzywa obecnych, by uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Dr Wacław Zdanowicz odczytał rzecz p. t. **W sprawie autoseroterapii przy wodniaku (hydrocele).** Prelegent podaje na wstępie krótki zarys istoty wodniaka, przytacza sposoby operacyjne (Bergmanna, Volkmanna i Winkelmanna) stosowane obecnie, a potem przechodzi do metody autoseroterapeutycznej. Scharakteryzowawszy najpierw tę metodę, polegającą na tem, że płyn wysiękowy, wypuszczony w pewnej ilości z dotkniętego cierpieniem narządu, zostaje wprowadzony z powrotem temuż samemu choremu, lecz pod skórę i w ilościach około 2—3 cm. sz., podaje prelegent dane z piśmiennictwa w tej sprawie, z których wynika, że po raz pierwszy metodę tę zastosowali Gilbert i Fede w r. 1894 przy wysiękach opłucnej; potem podaje prelegent szereg danych co do stosowania tej metody przy puchlinie brzusznej (ascites). Co się tyczy wodniaka, to Bertelon z pomyślnym skutkiem stosował autoseroterapię w 2 przypadkach tego cierpienia. Prelegent przytoczył krótko przebieg 5 przypadków, w których stosował autoseroterapię przy wodniaku z pomyślnym wynikiem. W dwóch przypadkach nastąpił nawrót, jednak w stopniu o wiele mniejszym, niż przed stosowaniem zabiegu; w jednym przypadku dla osiągnięcia pożądanych wyników wypadło wykonać 4 wstrzyknięcia w odstępach 5—6 dniowych; nareszcie w 2 przypadkach już jednorazowe wstrzyknięcie wywołało ustąpienie wodniaka. Co do wykonania zabiegu, to prelegent wypuszczał 4—10 cm. sz. cieczy wysiękowej i następnie zastrzykiwał powtórnie 2 cm. sz. tegoż wysięku. Każde wstrzyknięcie stale wywoływało znaczne zmniejszenie się, a nawet zniknięcie wysięku. Dalsze doświadczenia powinny ustalić ściślejsze wskazania co do okresu sprawy, w którym najlepiej stosować tę metodę przy wodniaku, ustalić też ściślejsze dawkowanie, odstępy czasu, w których należy ponawiać wstrzykiwania, jakoteż i ilość cieczy, którą należy wypuszczać. Wielkie zalety tej metody, prostota wykonania, zupełna nieszkodliwość i szybkie skutki leczenia, powinny zdaniem prelegenta zachęcić do jej wypróbowania szerszy ogół lekarzy.

Dyskusya: Prof. Ziemacki podkreśla, że sprawa autoseroterapii jest obecnie na dobie, a zdaniem mowcy, metoda ta wobec nieszkodliwości i szybkich skutków ma wielką przyszłość; mowca przytacza wyniki osiągnięte przy puchlinie brzusznej (ascites). — Dr Zboromirski: Pomyślne wyniki zabiegów autoseroterapeutycznych przy wodniaku, jak również i przy innych sprawach wysiękowych, dałyby się objaśnić z punktu widzenia serologicznego. Wysięk można

uważać za ciało obce dla ustroju, który się broni wytwarzaniem pasu ochronnego. Wysięk wprowadzony do ustroju gra rolę antygenu, który wywołuje powstanie niweczników (anticorps). Co do charakteru niweczników, to najwłaściwiej przypuścić, że są to lizyny, rozpuszczające ziarninę pasu ochronnego i ułatwiające wessanie cieczy wysiękowej. Zabiegi chirurgiczne jakby potwierdzają takie przypuszczenie, gdyż zasadniczym warunkiem zapobieżenia nawrotom jest usunięcie całkowite ziarninowo zmienionej osłony. Ongi proponowane przecięcie podskórne osłony również świadczy, że w tych zabiegach chodziło o usunięcie owego wału obronnego, jaki wytwarza ustrój. Wchłonięta przez naruszony pas ochronny ciecz może już działać w charakterze antygenu i wywoływać w dalszym ciągu rozpuszczenie rzeczonego pasa ochronnego. — Prof. Ziemacki wyraża zdanie, że tak puchlinę brzuszną jakoteż wodniaka jądra wywołują przyczyny mechaniczne, i wobec tego sądzi, iż wyjaśnienia z punktu serologicznego bynajmniej tej sprawy nie wyświetlają. — Prof. Czeczott zauważa, iż nie należy przypuszczać, ażeby pod wpływem wstrzyknięcia wysięku usuwały się przyczyny mechaniczne i w danym razie rzeczywiście trzeba szukać innego objaśnienia wobec pomyślnych wyników. — Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi podziękowanie za zajmujący odczyt.

II) Prof. Dr Józef Ziemacki wypowiedział rzecz p. t. **Przypadek gruźlicy nerki i moczowodu (nephrectomia)**. Prelegent przytoczył własny przypadek, tyczący się 45-letniej kobiety, która była bliską śmierci. Prelegent dokonał operacyi, wyciął gruźliczo zmienioną nerkę, a potem stosując wstrzykiwania tuberkuliny, zupełnie przywrócił chorej zdrowie. Mowca przedstawił wyciętą nerkę.

Dyskusya: Prof. Zaleski zapytuje, dlaczego prelegent wyciął nerkę, jeżeli tuberkulina daje tak dobre wyniki. — Prelegent przypuszcza, że jeżeli mówca obejrzy wyciętą nerkę, to nabierze przekonania, iż wobec zupełnego jej zniszczenia nie mogła ona pełnić swych czynności. — Prof. Czeczot przeprowadza zestawienie z rakiem. Na początku po wycięciu nowotworu stan się polepsza, po niejakim zaś czasie choroba się ponawia; to też stosując tuberkulinę i po wycięciu nerki, przez to samo zapobiegamy nawrotom choroby. — Prof. Zaleski: Wobec tego, iż przy gruźlicy płuc pod wpływem działania tuberkuliny ogniska gruźlicze podlegają zwapnieniu, należałoby przed podjęciem operacyi wypróbować stosowanie tuberkuliny. — Dr Al. Karnicki podnosi, że we Francyi w gruźlicy kości u dzieci tuberkuliny nie stosują, pomimo to wyniki są bardzo dobre. Mówca jest zdania, że jeżeli tylko operacyę w takich razach wykonano we właściwym czasie, to da ona dobre wyniki. — Prof. Czeczott nie może pogodzić się co do zestawienia z płucami; płuca zajmują wielką przestrzeń, nerka zaś małą, a prócz tego czynności jej nie może nic zastąpić. — Prelegent dodaje, iż przypuszczał, że chora operacyi nie wytrzyma, ze względu jednak na to, że druga nerka była jeszcze zdrową, postanowił spróbować operacyi. — Dr Biron przypuszcza, że w danym razie tuberkulina mało pomogła, a uratowała chorą tylko operacya i wypowiada zdanie, iż pokładać wielkich nadziei w tuberkulinie nie należy; im wcześniej chory podda się operacyi, tem lepiej. Stosując wogóle tuberkulinę, nie porzucamy i innych zabiegów leczniczych, więc w razach pomyślnych trudno orzec, co mianowicie pomogło. — Dr Uliński zwraca uwagę na często zdarzające się błędy w rozpoznawaniu spraw ropnych w nerkach i jajnikach i przytacza odpowiedni przypadek. — Prezes w imieniu Zgromadzenia dziękuje prelegentowi za nader pouczający odczyt.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Podano do wiadomości, iż Towarzystwo Muzeum etnograficznego w Krakowie nadesłało swój statut. 2) Prof. Zaleski wita w serdecznych wyrazach przybyłego z Wiednia Dra Harajewicza i Dra fil. i med. Wandę Szczawińską z Paryża, znaną ze swych licznych i doniosłych prac w dziedzinie nauk przyrodniczych i nauki o chorobach dziecięcych. 3) Prof. Zaleski podaje do wiadomości, że obecna na posiedzeniu Dr Jadwiga Bukowska, która jest lekarką tutejszego domu wychowawczego, wyjeżdża wkrótce do Mandżuryi z ekspedycyą dla walki z dżumą. Prezes w imieniu Zgromadzenia składa Dr Bukowskiej serdeczne życzenia powodzenia. 4) Prof. Ziemacki zabiera głos w sprawie pomocy lekarskiej dla uczącej się młodzieży w Petersburgu. Zgromadzenie uchwala, aby wydrukować nazwiska, godziny przyjęć i adresy tych lekarzy, którzy się dotąd zapisali na liście i listę rozesłać członkom »Związku« wraz z odezwą; w ten sposób ci, którzy się zapisali, będą mogli w razie potrzeby wpisać odpowiednie sprostowania, inni zaś będą mogli dołączyć swe nazwiska. Potem nastąpi ostateczne wydrukowanie listy. 5) Uchwalono, iż 11 marca odbędzie się ogólne posiedzenie »Opieki lekarskiej« w sali Zarządu Rzym. Kat. Tow. Dobroczyności. Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

(18—22 lipca 1911).

W dalszym ciągu zgłoszono następujące wykłady:

W sekcyi medycyny wewnętrznej:

75) B. Sabat (Lwów): a) Przyczynek do rentgenologicznych badań przypadków guzów przysadki mózgowej. b) Z rentgenologii nowotworów w klatce piersiowej. c) Przyczynek do rentgenologii tętniaków (tętniaki tętnicy bezimiennej w obrazie rentgenowskim). d) O nowszych metodach rentgenologicznego badania serca i ich znaczeniu w dyagnostyce chorób serca. 76) Sabat i Doc. Orzechowski: Wyniki rentgenologicznego badania epileptyków. 77) Zanietowski (Kraków): a) O dyagnostycznych i leczniczych metodach własnych w świetle uchwał międzynarodowych konferencyi i Zjazdów. b) Znaczenie myografii i neuramobimetryi dla neurologii i medycyny wewnętrznej. c) Kilka kart z podręczników własnych o elektromedycynie. d) Rzut oka na pięćdziesięcioletni rozwój krajowej balneologii oraz na udział krakowskiego Towarzystwa lekarskiego i polskiego Towarzystwa balneologicznego w tym rozwoju. 78) Prof. Raczyński (Lwów): Rola prątka błoniczego w płonicy. 79) Progulski (Lwów): a) Przyczynek do znajomości zapaleń ropnych opon mózgowo-rdzeniowych. b) O żywieniu osesków mlekiem kobiecem konserwowanem.

Komitet gospodarczy Zjazdu otrzymał dotychczas od uczestników bardzo mało zgłoszeń o mieszkania. Wobec licznie zapowiadającego się udziału gości, a stosunkowo niewielkiego wyboru mieszkań, komitet zaleca rychłe nadsyłanie zgłoszeń, gdyż im wcześniej nadejdą, tem zgodniej z życzeniami zamawiającego będą mogły być załatwione. Spóźniający się będą musieli poprzestawać na mieszkaniach gorszych, ewentualnie komitet wcale nie będzie mógł w ostatniej chwili mieszkań w dostatecznej liczbie i jakości dostarczyć. Zgłoszenia z wyraźnem podaniem rodzaju żądanego mieszkania, jego ceny, ilości łóżek i czasu przybycia nadsyłać należy pod adresem Prof. Dr Jana Piltza, Kraków, ul. Kopernika 23. Do zgłoszeń, stosownie do uchwały komitetu, dołączyć należy zadatek w wysokości połowy ceny najmu mieszkania za cały czas pobytu.

Komitet gospodarczy przypomina uczestnikom Zjazdu § 8 ustawy Zjazdów: »Pragnący być członkami lub uczestnikami Zjazdu, powinni się zgłosić najpóźniej na dwa tygodnie przed rozpoczęciem Zjazdu do Wydziału gospodarczego i złożyć wkładkę«, która wynosi dla członka 20 koron, dla żony członka 10 koron, u podskarbiego Zjazdu Prof. Dra Stanisława Dobrowolskiego, Kraków, ul. Podwale 2.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Stały komitet Zjazdów neurologów, psychiatrów i psychologów polskich, w skład którego wchodzą z Warszawy — Dr E. Flatau, Dr W. Gajkiewicz, Dr W. Męczkowski, Dr St. Orłowski, Dr R. Radziwiłłowicz i Dr W. Weryho; z Poznania —

Dr Janta-Połczyński, Dr S. Szuman i Dr K. Wize; ze Lwowa — Prof. H. Halban, Doc. K. Orzechowski i Prof. K. Twardowski i z Krakowa — Prof. W. Heinrich, Prof. J. Piltz i Dr A. Rydel, postanowił urządzić II. Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w roku 1912 w Krakowie.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Stanisław Wyszyński, rodem z Drewnowa w Król. Polskiem.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 25. VI. do 1. VII. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (w tem obcych — † —), krztuśca 6 † 2 (— † —), ospy wietrznej 4, płonicy 8 † 1 (1 † 1), odry 9 † — (— † —), duru brzusznego 5 † — (4 † —), duru osutkowego 1 † — (1 † —), gorączki połogowej 1 † 1 (1 † 1), róży 4, tężca 1 † — (1 † —).

Dr Janiszewski.

Z różnych stron. Muzeum przemysłowo-techniczne we Wiedniu (das Technische Museum für Industrie und Gewerbe), nadesłało nam z prośbą o ogłoszenie odezwę, zapraszającą do składania w darze dla tego muzeum odpowiednich przedmiotów. Jeden z działów tego nowo utworzonego muzeum, którego gmach, zajmujący 20.000 m² powierzchni, ukończony wkrótce zostanie, obejmuje przyrządy naukowe, a osobny także dział utworzą przedmioty, odnoszące się do urządzeń higienicznych i do higieny przemysłu. Dokładniejszych wiadomości udziela biuro muzeum (Wien I. Ebendorferstrasse Nr 6).

— Ze sprawozdania Towarzystwa »Domu dla lekarzy« we Francensbadzie wynika, że liczba członków Towarzystwa wzrosła w ostatnim roku ze 133 na 228, a majątek doszedł kwoty 23.848 kor. Budynek, rozpoczęty w jesieni r. z., został z wiosną r. b. wykończony; koszt jego wynosił 90.000 kor. Na parterze i I. piętrze mieści się oprócz jadalni, salonów i t. p. 11 pokoi dla lekarzy, II i III piętro zawiera mieszkania czynszowe, dostarczające środków utrzymania domu. Na r. b. zgłosiło się o miejsce w domu 36 kolegów.

— Dr Luksch, oskarżony o wywołanie w Czerniowcach w r. 1908 przez nieostrożność zakażenia i śmierci dwóch ludzi (podczas centryfugowania pękła probówka z drobnoustrojami), a który został na rozprawie sądowej zrazu uwolniony, obecnie wskutek sprzeciwu prokuratora został przez sąd kasacyjny skazany na 14 dni aresztu, a to z powodu, że centryfugowanie odbywało się w Zakładzie badania środków spożywczych, co sprzeciwia się rozporządzeniu ministeryalnemu. X.

— Żywotną sprawę kuchni w szpitalach i klinikach porusza Prof. Schmidt z Halle (Med. Klin. Nr 24). Dawniej budowano szpitale małe i kuchnie były przy każdym z nich podobne do kuchni w domach prywatnych, zwykle w suterenach przy mieszkaniach służby. Z czasem jednak zaczęto budować szpitale duże, pawilonowe, co znów doprowadziło do tworzenia jednej wielkiej kuchni centralnej; z jednej strony dozwala to na większy komfort w lokalach kuchni samej, a z drugiej wpływa dodatnio na jakość sporządzanych potraw, oszczędzając przytem kosztów. Niestety taka centralna kuchnia (najwyżej może ona funkcyonować na 1000 osób) ma też liczne wady. Przedewszystkiem potrawy trzeba z kuchni transportować do odległych nieraz pawilonów, a z drugiej strony przy kuchni centralnej, obliczonej na gotowanie masowe, trudno bardzo o indywidualizowanie dyety dla poszczególnych chorób. Starano się temu zapobiedz przez tworzenie mniejszych kuchenek przy oddziałach, zwłaszcza zaś przy oddziale chorób wewnętrznych. Zwykle 20% chorych na choroby wewnętrzne potrzebuje specyalnej dyety. Powszechnie obecnie stosują 5 rodzajów dyet: 1) Dyeta próbna Schmidta. 2) Dyeta mleczno-roślinna (odtłuszczająca, przy dnie, nerkowa i t. p.). 3) Dyeta mięsna (dla cukrzyczych). 4) Dyeta dla chorób przewodu pokarmowego. 5) Dyeta płynna ew. ścisła. X.

Mianowani: docenci Jesensky, Samberger i Cisler w Pradze profesorami tytularnymi, doc. Völker profesorem anatomii w Pradze, prof. Hayem profesorem kliniki lekarskiej w Paryżu.

Powołani: fizyolog prof. Trendelenburg z Gryfii do Insbrucku.

Zmarli: Profesor nadzwyczajny anatomii patolog., Dr Hibler w Insbrucku z powodu zakażenia się przy sekcyi;

Dr Paweł Sawicki z Wilna w 60 r. ż. w Warszawie; Dr Aleksander Fabian w 63 r. ż. w Łodzi; Dr Dreifach, lekarz okręgowy z Łąki koło Sambora (na dur osutkowy); Dr J. Wyzgo, lekarz miejski w Wilnie (poprzednio w Trokach, Dziśnie i Święcianach), b. radny m. Wilna (w ciągu 25-lecia 1876—1901), w Wilnie.

Redakcya otrzymała: XXIX. Sprawozdanie kasy im. Mianowskiego za rok 1910. — Maziarski: Recherches cytologiques sur les phénomènes sécrétoires dans les glandes fileces des larves des Lépidoptères. »Archiv f. Zellforschung« 1911. — Prof. Franz: Tuberkulose und Schule. Berlin 1910. — A. Karwowski: Paraurethrale, im Anschluss an einen gonorrhoischen Abscess hervorgetretene Cyste. »Monatshefte f. prakt. Derm.« 1911. — W. Mutermilch: Z biochemii lipoidów i hormonów. Warszawa 1911. (Wende i Ska). — Bujwid: Über die Wirkung des Lichtes auf Bakterien unter besonderer Berücksichtigung der ultravioletten Strahlen. »Viertelj. f. Gesundh.« 1911. — J. Jaworski: Pisma lekarskie. 1908. — Vasconcellos: Relatorio pelo director geral de saude publica. Rio de Janeiro 1911. — H. Halban: 1) W sprawie rokowania i leczenia porażenia postępowego. 2) O porażeniu postępowem w wieku młodocianym. »Tyg. lek.« 1911.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w czerwcu 1911.

Gazeta lek. Nr 22—26. Dobrucki: O kilku rzadszych objawach zapalenia wyrostka robaczkowego (22). — Al. Żebrowski: Przyczynek do kazuistyki złośliwych nowotworów ucha (22). — Wyleżyński: W sprawie szczepień ochronnych przeciw płonicy (22). — J. Jaworski: Rozmieszczenie lekarzy i akuszerek w guberniach Królestwa Polskiego (22). — B. Sawicki: W sprawie kształcenia lekarzy u nas (22). — Szumlański: Kasa wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot (22). — Karwacki: O morfologii krętków Obermeiera hodowanych w pijawce (23—25). — Dunin-Karwicka (dok. 23—24). — Skłodowski: O zapaleniu pęcherzyka żółciowego w kamicy (24—26). — Sadkowski: Wskazania i przeciwwskazania do przepłukiwań żołądka (25—26). — Rzętkowski: W sprawie wpływu salwarsanu na ustrój ludzki (26).

Medycyna i Kronika lek. Nr 22—26. Leyberg: O tuberkulidach skóry i ich znaczeniu w rozpoznawaniu gruźlicy (22).— Alfred de Michelis: Kilka słów o intubacyi (22). — Raszkes: Przyczynek do nowych metod operacyjnych w położnictwie (22). — Tuchendler: Sprawy chorobowe dolnego odcinka kiszek w świetle badań rektoskopowych (22). — Dembicki: Przyczynek do badania otworów świdrowych i solanki Ciechocińskiej (22). — H. Fidler: Zarys dziejów leczenia gruźlicy oraz przewidywania na przyszłość (22). — A. Jarosiński: Uwagi o szpitalnictwie w gub. Siedleckiej (22). — A. Jarosiński: Stanowisko i byt lekarza wiejskiego u nas (22). — T. Łapiński: Leczenie padaczki (22). — Łuczycki: Przyczynek do walki z padaczką w Królestwie Polskiem (22). — Okuszko: Zadania lekarza w wielkich przedsiębiorstwach przemysłowych przy obecnej organizacyi fabrycznej pomocy lekarskiej (22). — Pełczyński: Rzeczoznawstwo sądowo-lekarskie na prowincyi (22). — B. Łuczycki: Stan rzeczoznawstwa sądowo-lekarskiego na prowincyi (22). — Pełczyński: Praktyka walki z chorobami zakaźnemi w Radomiu. (22). — Putterman: O pracowniach dyagnostyczno-analitycznych prowincyonalnych (22). — St. Skalski: Lekarz fabryczny w roli rzeczoznawcy (22). — J. Zawadzki: O ubezpieczeniu lekarza i jego rodziny (22). — Zapasiewicz: Pestis bubonica (23—25). — Halpern: O przemianie materyi w przypadku astenii napadowej (24—26).

Tygodnik lekarski Nr 22—26. Halban (dok. 22—25). — Papée (dok. 22). — Dr M. Lateinerówna: O zachowaniu się wskaźnika redukcyjnego (podług E. Mayerhofera) w prawidłowym i patologicznym płynie mózgordzeniowym (23—24). — Poczobut: Odpowiedź Prof. Witołdowi Orłowskiemu na Jego artykuł pomieszczony w Nr 19. Lwow. Tyg. lek. bież. roku (23).— Wisłocki: Nowa metoda leczenia i zaopatrywania korzeni zębów, zwłaszcza uległych zgorzeli miazgi (25). — Dr Napoleon Gąsiorowski: Pouczenie o pobieraniu i przesyłaniu próbek do bakteryologicznego badania rozpoznawczego (25—26). — Skórczewski i Wasserberg: Czy istnieje związek między drażnieniem nerwu błędnego i współczulnego, a składem krwi zmienionym pod wpływem działania swoistych trucizn (26).

Nowiny lek. Nr 6. M. W. Herman (c. d.). — Bugiel (dok.). Fr Chłapowski: O wzajemnem na siebie oddziaływaniu gruczołów wkrewnych, t. j. wydzielających na wewnątrz i o ich wpływie na cały ustrój. — Dziembowski: O hormonach. — Łazarewicz (c. d.).

Przegląd pedyatryczny Tom III. Z. 2. H. Goldszmit: Niedziela lekarza. — M. Biehler i B. Korybut-Daszkiewicz: Kilka słów o błonicy jamy nosowej u dzieci. — Bondy: Kilka spo-

strzeżeń z powodu epidemii ospy wietrznej. — J. Kramsztyk: Przypadek krwawiączki u sześcioletniego chłopca.

Postęp okulistyczny Nr 5. Ziemiński: Krwotok wypierający po operacyi ocznej.

Kronika dentystyczna Nr 6. Zilz: Ubytki próchnicowe zębów, jako wrota, sprzyjające wtargnięciu do ustroju czynnika, wywołującego promienicę.

Zdrowie Nr 6. Brzeziński: O dyecie szpitalnej ze szczególnem uwzględnieniem dyety szpitala fabrycznego w Zawierciu.— L. Rutkowski: Stan fizyczny krótko- i długogłowej ludności z okolic Płońska. — Idzikowski: O działalności kulturalno-higienicznej lekarza szkół początkowych. — Koliński: 25-lecie Towarzystwa lekarskiego łódzkiego. — E. Sokal: Uzdrowotnienie miast małych. — Jaworski: Wpływ menstruacyi na sferę nerwowo-psychiczną kobiety.

Przegląd higieniczny Nr 6. Bier: W sprawie mola mącznego i jego tępienia w młynach.

Głos lekarzy Nr 12—13. Sękiewicz: O akuszerkach i służbie położniczej w gminach wiejskich — Mączka: W sprawie naszych zakładów zdrojowych. — Mikołajski: Wybory do Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej.

Słowo lek. Nr 10—12. Czego domagają się lekarze od ustawodawstwa w Austryi. — Stosunek lekarzy do prywatnych zakładów ubezpieczeń od wypadków. — Rzadka uroczystość w świecie lekarskim. — Dwudziestolecie krakowskiego Tow. ratunkowego. — Ustawa o kasach chorych w praktyce. — O przymusie leczenia. — Z higieny robotników w Galicyi. — Nowy zamach na lekarzy praktycznych i wojskowych. — Wystawa balneologiczna.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr 3—4. Cercha (dok.). — Inwestycye krynickie (dok.).

Nasze Zdroje Nr 5—7. Uwagi do pierwszego sezonu. — Kopf: Projekt nowej statystyki zdrojowisk i uzdrowisk. — Szumowski: Wody mineralne sztuczne a rodzime. — Nadolski: Rekonstrukcya głównego źródła mineralnego w Krynicy i jej wyniki. — Żychoń: Uwagi na dobie. — K. K.: W obronie naszych zdrojów. — N. Z. Krajowa kolej lokalna Muszyna—Krynica. — J. B.: Szczawnica w lekarskiem sprawozdaniu rocznem.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Myslivecek: **Lecznicze zastosowanie brom-fersanu przy nerwicach.** (Böhm. Aerzte-Ztg. 1910). W ambulatoryum psychiatrycznem stosował autor **brom-fersan** w licznych przypadkach nerwic czynnościowych. Prawie we wszystkich przypadkach nastąpiło polepszenie po 5—6 tygodniowem zażywaniu kołaczyków bromo-fersanowych. Nieskutecznym okazał się ten środek tylko w przypadkach ciężkiego dziedzicznego obciążenia, w których i inne środki lecznicze nie skutkowały. Szkodliwego działania ubocznego nie zauważono nigdy, a nawet chorzy z chronicznym katarem żołądka znosili środek ten dobrze. Zazwyczaj podawano dziennie dziewięć kołaczyków i to trzy razy dziennie po trzy kołaczyki przed jedzeniem — bo fersan działa pobudzająco na łaknienie. Chorzy zażywają kołaczyki **brom-fersanowe** chętnie dla ich dobrego smaku. Wysypki bromowej nie zauważono w żadnym przypadku.

Kudowa (Cudova). Urzędowa lista chorych wykazuje dalszy wzrost frekwencyi. Także turystów przybywa. Źródła znane od 350 lat z własności leczniczych. Szczególnie choroby serca i nerwów nadają się do leczenia w Kudowie, a to wskutek znacznej zawartości arsenu i żelaza (8 źródeł). Są to najsilniejsze źródła tego rodzaju w Niemczech. Także choroby krwi i kobiece leczą się tu dobrze. Urządzenia nowoczesne: wodolecznicze, elektryczne, świetlne, mechaniczne. Röntgen, kanalizacya, wodociąg górski, komfort. F. W

Kraków, 15. lipca. 1862. L. 1911. Zeszyt jubileuszowy.

PRZEGLĄD LEKARSKI

REDAKTOR GŁÓWNY: PROF. DR STANISŁAW CIECHANOWSKI.



JÓZEF DIETL
red. 1862 — 1867
Według fotografii ze zbiorów Muzeum histor. medyc. polskiej.



FRYDERYK SKOBEL
red. 1862 — 1871
Według fotografii ze zbiorów Muzeum histor. medyc. polskiej.



JÓZEF MAJER
red. 1862 — 1871
Według fotografii ze zbiorów Muzeum histor. medyc. polskiej.



MICHAŁ ZIELENIEWSKI
red. 1862 — 1870
Według fotografii, będącej własnością rodziny.

Rzut oka na rozwój czasopiśmiennictwa lekarskiego polskiego ze szczególnem uwzględnieniem pięćdziesięciolecia „Przeglądu Lekarskiego“.

Napisał

Adam Wrzosek.

ROZDZIAŁ I.

O najdawniejszych czasopismach lekarskich w Polsce. Rozwój czasopiśmiennictwa lekarskiego w Wilnie i Warszawie.

Najdawniejsze czasopisma lekarskie polskie początkiem swoim nie sięgają wstecz poza XIX. stulecie. Mieliśmy wprawdzie już w XVIII. stuleciu czasopismo lekarskie, lecz nie w polskim języku wydawane.

Pomijając rozprawy naukowe, ogłaszane drukiem od r. 1747 przez Towarzystwo badaczy natury w Gdańsku p. t. »Versuche und Abhandlungen der naturforschenden Gesellschaft in Danzig«, w których umieszczane były także pisma treści medycznej [1]), pierwszem czasopismem lekarskiem w Polsce było wydawane od roku 1750 pod łacińską nazwą: »Primitiae physico-medicae ab iis qui in Polonia et extra eam medicinam faciunt, collectae«. Czasopismo to wydawane było prawie wyłącznie w języku niemieckim przez trzech lekarzy: Ernesta Jeremiasza Neufelda, nadwornego lekarza królów polskich Augusta III. i Stanisława Augusta, fizyka powiatowego w Lesznie; Bogumiła Efraima Hermana, lekarza powiatowego w Bojanowie, i Jana Chrystyana Hefftera. Pierwszy tom, wydany w r. 1750 w Lesznie, zawiera, prócz dedykacyi Załuskiemu, wielkiemu referendarzowi koronnemu, i prócz przedmowy, 15 arkuszy druku z 19 rozprawami, z których jedna napisana jest po łacinie, a reszta po niemiecku. Wszystkie prace napisane zostały przez wymienionych trzech wydawców czasopisma. Drugi tom czasopisma, obszerniejszy od pierwszego, został wydany w Culichowie również w 1750 r. Przypisany Czartoryskiemu, wojewodzie ruskiemu, zawiera 26 rozpraw wyłącznie w języku niemieckim, napisanych przez Neufelda, Bauera, Hefftera i Hermana. Trzeci, a zarazem ostatni tom, został wydany w Culichowie w r. 1753 z dedykacyą Małachowskiemu, wielkiemu kanclerzowi koronnemu. Obszerniejszy od dwóch poprzednich zawiera, podobnie jak tom drugi, wyłącznie rozprawy w języku niemieckim, napisane przez Wawrzyńca Mizlera de Kolof, Neufelda, Hermana, Hefftera, Bauera i Grygiera. Wśród pism tam umieszczonych, a dotyczących niemal wyłącznie medycyny praktycznej, znajduje się rozprawa Mizlera pt. »Von der Nothwendigkeit eines medicinischen Collegii, so unter königlichem Ansehen zu Warschau aufzurichten«. Rzecz ta wyszła już była przedtem po łacinie w Warszawie w r. 1752 [2]).

Interesuje ona nas z tego względu, iż w tymże roku uzyskał Mizler od Augusta III. przywilej na założenie »Collegium Medicum Varsoviense« [3]). Miało to być stowarzyszenie lekarzy, chirurgów i aptekarzy, w Warszawie zamieszkałych, w rodzaju dzisiejszych Towarzystw lekarskich, a nadto instytucya egzaminacyjna dla lekarzy, którzy pragnęli praktykować w Warszawie [4]). Projekt Mizlera z powodu ówczesnych warunków politycznych nie wszedł w życie.

Po upadku czasopisma naukowego lekarskiego, wydawanego przez Neufelda, Hermana i Hefftera, nie rychło pojawiły się w Polsce nowe tego rodzaju wydawnictwa, nie można bowiem za takie uważać trzech czasopism przez wspomnianego już Mizlera wydawanych, a więc ani »Warschauer Bibliothek«, która wychodziła w 1753 i w 1754 roku, ani »Acta litteraria Regni Poloniae et M. D. Lithuaniae«, wydawanych od roku 1755 przez kilka lat [5]), ani czasopisma p. t. »Nowe wiadomości ekonomiczne i uczone, czyli Magazyn wszystkich nauk«, które wychodziły od 1758 do 1761 roku, gdyż wszystkie te pisma peryodyczne, lubo zawierały pewną liczbę artykułów treści lekarskiej, nie były jednak czasopismami czysto lekarskiemi.

Pierwsze czasopismo lekarskie polskie zaczęło wychodzić w 1801 roku w Warszawie p. t. »Dziennik Zdrowia dla wszystkich stanów, wydawany przez Leopolda Lafon-

---

[1]) Ludwik Gąsiorowski. Zbiór wiadomości do historyi sztuki lekarskiej w Polsce. T. II. Poznań 1853, str. 108.

[2]) L. Gąsiorowski o. c. T. II., str. 400.

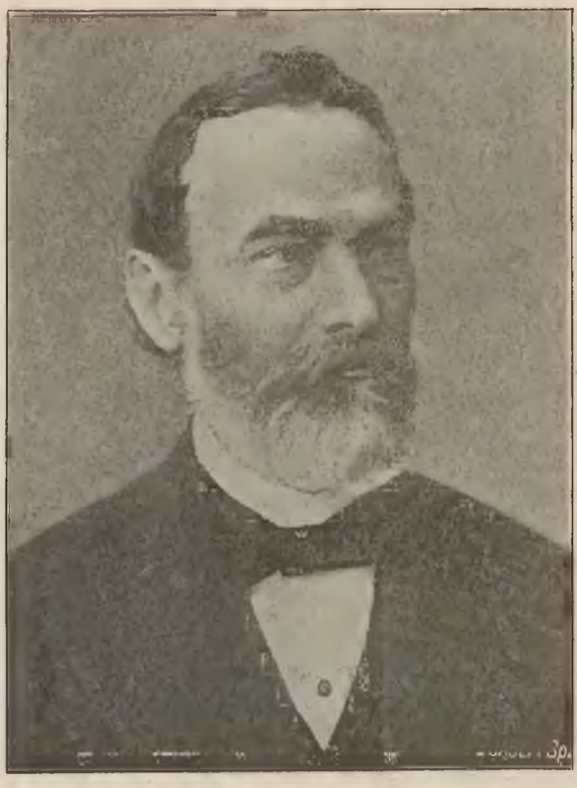
[3]) Fr. Giedroyć. Dawne projekta Collegium Medicum w Warszawie. Krytyka Lekarska T. I. 1897, str. 91.

[4]) J. Bieliński. Pierwsza Akademia Lekarska w Warszawie. Nowiny Lekarskie 1906, Nr 1., str. 39.

[5]) Gąsiorowski o. c. T. II., str. 401.

taine, Medycyny i Chirurgii Doktora, Konsyliarza y Chiriatera ś. p. Stanisława Augusta Króla Polskiego«. Był to starannie wydawany popularny miesięcznik, którego trzy zeszyty składały się na jeden tom. W przedmowie do pierwszego zeszytu, ozdobionego iluminowanym miedziorytem, czytamy: »Każdy numer tego Dziennika z ośmiu arkuszy złożony, i co miesiąc wychodzić maiący, zamykać w sobie będzie rozmaite z nauki lekarskiey czerpane materye, a nadewszystko opisanie naypospolitszych w życiu ludzkim, a naszemu klimatowi i sposobowi życia szczegulniey właściwych chorob, iak n. p. kołtuna, hemorrhoidów etc. etc.«. Pierwszy zeszyt, wydany w lipcu 1801, zawiera następujące artykuły: »1) O prawdziwey wartości sztuki lekarskiey. 2) O używaniu prezerwatywow. 3) O używaniu i nadużyciu rzecznych a mianowicie wiślanych kąpieli, i nieco o kąpieli powietrzney. 4) Jak się podczas grzmotow zachować zależy. 5) O wpływie nowych stroiow damskich na ich zdrowie. 6) Opisanie pewney zdrowey osoby wewnątrz otwor w żołądku maiącey. 7) O truciznach w ogule. 8) O grzybach. 9) O ekonomice domowey i wieyskiey«. Stronic zawiera ten zeszyt 128. — Takiej mniej więcej objętości i podobnej treści były następne zeszyty, których wyszło 12. Ostatni zeszyt wyszedł w czerwcu r. 1802. »Dziennik zdrowia« podobno pisał Lafontaine po francusku, a Jakób Adamczewski tłómaczył go na język polski. Tak utrzymuje Sobieszczański[6]) w »Rysie historycznym, statystycznym wzrostu i stanu miasta Warszawy« (Warszawa 1848). Wiadomo jednak skądinąd, że Lafontaine władał dobrze językiem polskim.

Czasopismo, o którem mowa, odznaczało się pod każdym względem starannem wydaniem, bo i doborem artykułów, i poprawną polszczyzną, i papierem niezłym, i drukiem ładnym, i bardzo staranną korektą, i dobrymi miedziorytami. Na dowód, że »Dziennik Zdrowia« był w rzeczy samej dobrym językiem pisany, a zarazem jako przykład jasnego wykładu, przytaczam kilka ustępów z niektórych artykułów. W piśmie p. t. »O używaniu i nadużyciu rzecznych, a mianowicie wiślanych kąpieli i nieco o kąpieli powietrzney«, wydrukowanym w pierwszym zeszycie, autor, po omówieniu kąpieli rzecznych, dodaje: »Przydam tu ieszcze kilka słów o powietrzney kąpieli. Rozumiem przez nią poruszenie ciała w wolnym powietrzu, w którym toż ciało, albo wcale z sukien obnażone, albo tylko samą koszulą pokryte być powinno. Jednakże pożytek z takowej kąpieli iest daleko większy, wystawuiąc na wolne powietrze ciało zupełnie nagie. Jest to nayprzednieyszy środek wzbudzenia dzielności w skurze naszey, utrzymania transpiracyi, ułatwienia rozmaitych odchodow, i wzmocnienia całego ciała«. »Czyste, suche, przez słońce ogrzane, nie w mocnym będące poruszeniu powietrze, nayprzydatnieysze iest do takowey kąpieli. Naylepsza przeto pora do tego w lecie przy dobrey pogodzie, iest z rana od 9. do 11., lub wieczorem od 4. do 6. godziny«. — W zeszycie drugim »Dziennika Zdrowia«, artykuł »O brzemienności« zaczyna się temi słowy: »Nic nie może być ważnieyszego w całey sztuce lekarskiey, nad podanie sposobow, podług których ciężarne kobiety zachować się powinny, ażeby nim przyidą do rozwiązania, w iak naylepszym utrzymywały się zdro-



ANTONI BRYK
red. 1862 — 1864
Według fotografii ze zbiorów Dr T. Józefczyka.

wiu«. Potem autor, wspominając o roli niewiasty w społeczeństwie, pisze: »Godnym kochania i rozsądnie myślącym piękney płci osobom, które swoiego powołania żon i matek szczerze dopełniaią, i które znaią iak wysokie w społeczeństwie mieysce iest dla nich przeznaczone, nayrzetelnieyszym szacunkiem przeięty, ninieyszą pracę poświęcam. Być od nich czytanym, a przez to stawać się im pożytecznym, jedynym zawsze w życiu moim będzie życzeniem. — Ciężarna kobieta przez to samo godna iest uszanowania, że krajowi nowego wydaie obywatela, że ludność pomnaża i rozkrzewia familie«. O planie całej pracy tak autor pisze: »Ta dyssertacya następuiące zawierać będzie materye: osobliwie o stanie samey brzemienności, o własnościach macicy, o początkach brzemienności, o rachubie czasu w tey epoce, o brzemienności pozorney, ogulne przepisy dla ciężarnych, o dyecie w tym stanie, przygotowanie do połogu, układ przyszłego wychowania dzieci; uwagi nad postępowaniem tych, co same dziecięcia karmić nie mogą, wybor mamki, karmienie dziecięcia piersiami, szczegulnieysze w tym razie przepisy, o jedzeniu i piciu, o spoczynku o snie i ochędostwie, o odzieży podczas ciąży, o stanie umysłu i namiętnościach, o osobliwych w ciąży pożądliwościach, o odstawianiu od piersi. — O chorobach i zwyczaynych symptomatach w brzemienności, jako o zatwardzeniu, ckliwościach, womitach, bolu głowy, żołądka, kłociu w piersiach, konwulsyach, puchnieniu nog, upływie krwi, o przyczynach poronienia i środkach temu zapobiegaiących, o rodzeniu nieżywych dzieci. Ogulne przepisy dla rodzących, własność pokoju dla połogu, obeyście rodzącey, nastąpienie naturalnego porodzenia. O zachowaniu się samey położnicy i o opatrywaniu rozwiązaney, szkodliwość zaziębienia, wizyty połogowe, ciepłe trzymanie się, o ochędostwie, o jedzeniu i piciu w tym czasie. Przestrogi dla

---

[6]) L. Gąsiorowski o. c. T. III., str. 216.

matki dziecię karmiącey, o chorobach piersi, o febrze mleczney, o skutkowaniu mleka etc. etc.«. Na tak wielką skalę zakrojona praca drukowana była, poczynając od drugiego zeszytu »Dziennika Zdrowia« aż do ostatniego włącznie.

Zatrzymałem się dłużej na »Dzienniku Zdrowia«, z dwóch względów: po pierwsze, że było to pierwsze czasopismo lekarskie polskie; po wtóre, że jako czasopismo popularne, głównie higienie poświęcone, posiada wszelkie zalety dobrze wydawanego pisma peryodycznego. Z tego tytułu należy mu się poczesne miejsce w dziejach naszego czasopiśmiennictwa lekarskiego.

Wydawca »Dziennika Zdrowia«, a raczej jego autor — Leopold Lafontaine, lubo z pochodzenia cudzoziemiec, w Szwabii w 1756 urodzony, przeżył jednak znaczną część życia swego w Polsce i zapisał swe imię zaszczytnie w naszem piśmiennictwie. Był on przez pewien czas lekarzem w Tarnowie, potem osiadł w Krakowie, gdzie szybko doszedł do wielkiej wziętości, jako operator. Na prośbę księżny z Lubomirskich Czartoryskiej, właścicielki Krzeszowic, zajął się podniesieniem tamtejszych zdrojów. W r. 1789 wydał w Krakowie książkę p. t. »Opisanie skutków y używania ciepłych siarczystych y zimnych żelaznych kąpieli w Krzeszowicach«. Był lekarzem nadwornym Stanisława Augusta. W r. 1807 Józef książe Poniatowski mianował go jeneralnym protochirurgiem wojska polskiego. Wzięty w r. 1812 do niewoli w czasie wyprawy do Rosyi, umarł w Mohilewie w grudniu tegoż roku. Lafontaine władał dobrze językiem polskim, czego dowodzą prace jego po polsku napisane, mowy wygłaszane przezeń na posiedzeniach Warszawskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk i przekład z języka włoskiego na polski opery p. t. »Nina czyli obłąkana z miłości« [7]).

Po upadku »Dziennika Zdrowia« upłynęło lat kilkanaście, zanim zaczęły się ukazywać u nas nowe czasopisma lekarskie. Poczynając od końca drugiego dziesiątka lat ubiegłego stulecia, pojawiały się jedne po drugich, lecz wszystkie, które w pierwszej połowie XIX wieku powstały, po krótszym lub dłuższym czasie upadły, z wyjątkiem jedynie »Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego«, który po dziś dzień wychodzi.

Ogniskami, w których z początku najlepiej zaczęło się rozwijać nasze czasopiśmiennictwo lekarskie, były trzy miasta, w których posiadaliśmy polskie wydziały lekarskie, a więc Wilno, Warszawa i Kraków.

W pierwszej połowie ubiegłego stulecia z trzech naszych wydziałów lekarskich najsławniejszym niewątpliwie był Wileński. Nie dziw przeto, że właśnie w stolicy Litwy, gdzie mieliśmy nie tylko świetną wszechnicę, lecz i dobrze rozwijające się Towarzystwo Lekarskie, powstało pierwsze ściśle naukowe czasopismo polskie, poświęcone medycynie; nie można bowiem za takie uważać warszawskiego »Dziennika Zdrowia«, który był w całem tego słowa znaczeniu czasopismem popularnem.

Towarzystwo Lekarskie Wileńskie, założone w 1805 r., miało w ustawie paragraf, dotyczący wydawania prac naukowych. Paragraf ten brzmiał: »Czynności Towarzystwa ciągle w pewne czasy drukiem ogłaszane będą i to ogłoszenie będzie w języku łacińskim. Ustanowi się komitet z trzech obranych członków złożony, którego obowiązkiem będzie wybierać pisma warte druku i o tych dawać wiadomości Towarzystwu, które o wybranych pismach da wyrok: poczem tenże komitet zajmie się przywiedzeniem do skutku ogłoszenia czynności Towarzystwa« [8]). Nie rychło jednak po założeniu Towarzystwa wspomniany paragraf ustawy został w życie wprowadzony, bo dopiero w 1815 r. zaczęto myśleć o jego urzeczywistnieniu. Wtedy to na wniosek Józefa Franka postanowiło Towarzystwo przystąpić do wydawania prac swoich członków. Wybrano komitet redakcyjny, w skład którego wchodzili: Becu, Mikołaj Mianowski i Józef Frank, jako przewodniczący. Po wyjeździe Mianowskiego za granicę zastąpił go w komitecie Michał Homolicki [9]). Pierwszy tom »Pamiętników Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego« wyszedł z druku dopiero w r. 1818 [10]). Zawiera on prace najwybitniejszych członków Towarzystwa: Jędrzeja Śniadeckiego, Józefa Franka, Mikołaja Mianowskiego i innych. Do komitetu redakcyjnego w celu wydania drugiego tomu »Pamiętników« zostali wybrani: Józef Frank, Lobenwein, Pelikan, Mikołaj Mianowski i Michał Homolicki. Tom ten opuścił prasę w r. 1821. Złożyły się na niego między innemi prace Józefa Franka, Mikołaja Mianowskiego, Pelikana, Wolfganga i Lobenweina. Czasopismo to, zasilane pracami przeważnie profesorów uniwersytetu, stanęło odrazu na wysokim poziomie naukowym. Jednocześnie z niem zaczął wychodzić »Pamiętnik Farmaceutyczny Wileński«. Był to organ Wydziału Farmaceutycznego w Towarzystwie lekarskiem Wileńskiem. »Pamiętnika« rzeczonego wyszły dwa tomy: pierwszy w 1820 roku, drugi o rok później. Wiele prac umieścił w nich Jan Wolfgang, na którego właśnie wniosek został utworzony w Towarzystwie Lekarskiem Wydział Farmaceutyczny.

W roku 1821 postanowiło Towarzystwo Lekarskie Wileńskie zamiast dwóch dotychczasowych czasopism wydawać tylko jedno kwartalne p. t. »Dziennik Medycyny, Chirurgii i Farmacyi«. Do nowego komitetu redakcyjnego zostali wybrani: Józef Frank, Pelikan, Mikołaj Mianowski, Wolfgang i Porcyanko [11]). Pierwszy numer tego czasopisma wyszedł w r. 1822. W przedmowie podany jest krótki program czasopisma, które ma zawierać: »1) Rozprawy i postrzeżenia przez członków Towarzystwa lub inne osoby podawane. 2) Wyjątki z pism zagranicznych i wiadomości o dziełach nowych lekarskich, z dołączeniem ich rozbioru. 3) Kronikę Towarzystw Lekarskich. 4) Rozmaite wiadomości«. Tom pierwszy, zawierający stronic 774 i cztery ryciny, wyszedł w całości w r. 1822, tom zaś drugi o 685 stronicach w roku następnym. Po wyjściu dwóch tomów to starannie wydawane czasopismo przerwane zostało. Spotkał je zatem taki sam los, jak poprzednie dwa wydawnictwa Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego, których również

7) Kośmiński. Słownik lekarzów polskich. Warszawa 1883—1888, str. 261.

8) W. Zahorski. Zarys dziejów Ces. Towarzystwa lekarskiego w Wilnie (1805—1897). Warszawa 1898, str. 8. Odbitka z »Pamiętn. Tow. Lek. Warsz.«

9) W. Zahorski l. c. str. 42.

10) Jeszcze zanim opuścił prasę pierwszy tom »Pamiętników Tow. Lek. Wil.«, zaczęło wychodzić w Wilnie czasopismo p. t. »Pamiętnik Magnetyczny Wileński«, którego trzy tomy wyszły kolejno w latach 1816, 1817 i 1818. Zawierał on także artykuły treści lekarskiej (Gąsiorowski o. c. T. III. str. 134).

11) J. Bieliński. Stan nauk lekarskich za czasów Akademii Medyko-Chirurgicznej Wileńskiej. Warszawa 1889 str. 763.

wyszło tylko po dwa tomy. W obydwu tomach »Dziennika Medycyny, Chirurgii i Farmacyi« spotykamy wiele prac profesorów Uniwersytetu Wileńskiego, między innemi rozprawę Franka p. t. »Rzut oka na teraźniejszy stan medycyny praktycznej«, artykuł Pelikana p. t. »Przykład rozcięcia krtani i rurki powietrznej«, pracę Mikołaja Mianowskiego pod napisem »Uwagi nad dobywaniem miejsca niewieściego przy porodzie« i wiele innych.

Powodem upadku »Dziennika Medycyny, Chirurgii i Farmacyi« był brak prenumeratorów.

Towarzystwo Lekarskie Wileńskie postanowiło w r. 1829 wznowić swoje ostatnie wydawnictwo. W tym celu wybrano komitet redakcyjny, złożony z Jędrzeja Śniadeckiego, Abichta, Porcyanki, Rymkiewicza, Woelcka i Józefa Mianowskiego. W r. 1830 wyszedł trzeci tom »Dziennika Medycyny, Chirurgii i Farmacyi« z przedmową Śniadeckiego. Był to ostatni tom tego czasopisma, albowiem w roku następnym zostało ono zawieszone, gdyż rząd nie pozwolił nadal go wydawać w języku polskim [12]).

Po roku 1831, wobec ówczesnych warunków politycznych, Towarzystwo Lekarskie Wileńskie nie mogło nawet marzyć o systematycznem, a zarazem oficyalnem wydawaniu polskiego czasopisma naukowego.

W r. 1838 zaczęło wychodzić w Wilnie nowe czasopismo lekarskie, organ Akademii Medyko-Chirurgicznej Wileńskiej. Wyszedł tylko tom pierwszy p. t. »Collectanea medico-chirurgica Cesareae Academiae medico-chirurgicae cura et impensis edita. Vol. I cum tribus tabulis in lapide delineatis. Vilnae 1838«. Na przeszkodzie do dalszego wydawania tego czasopisma stanęło rychłe zamknięcie Akademii, a raczej przeniesienie jej do Uniwersytetu św. Włodzimierza w Kijowie.

Wszystkie czasopisma lekarskie wileńskie, o których wyżej była mowa, były de facto organami tamtejszego Wydziału Lekarskiego, albowiem redagowali je i swojemi pracami zasilali prawie wyłącznie profesorowie rzeczonego wydziału. Poziom naukowy tych czasopism odpowiadał świetnemu stanowi ówczesnego Wydziału Lekarskiego w Uniwersytecie Wileńskim.

Po zamknięciu wyższych uczelni polskich w Wilnie jedynem ogniskiem, w którem podtrzymywano tradycyę ruchu naukowego, było Towarzystwo Lekarskie. Nie mogąc przystąpić oficyalnie do wydawnictwa peryodycznego polskiego, postanowiło uchronić jednak od niepamięci lepsze prace, nagromadzone w swojem archiwum. W tym celu były one ogłaszane przez byłego profesora Uniwersytetu Adamowicza p. t. »Praktyczne najnowsze postrzeżenia niektórych lekarzy«, których pierwsze 2 tomy wyszły w Wilnie w r. 1846, trzeci i czwarty w Warszawie w r. 1852 i wreszcie piąty, a zarazem ostatni, w Wilnie w r. 1862. I temu wydawnictwu zadały cios niezawodnie warunki polityczne, owo po r. 1863 bezwzględne zwalczanie kultury polskiej na Litwie.

Kończąc wiadomość o czasopismach lekarskich, które wychodziły w Wilnie, należy wspomnieć, że na Litwie także i w innem mieście zrobiono próbę wydawania pisma peryodycznego, związek z medycyną mającego. Mam na myśli czasopismo p. t. »Ondyna druskienickich źródeł«, którego



JÓZEF OETTINGER
red. 1862 — 1871
Według fotografii ze zbiorów Muzeum histor. medyc. polskiej.

trzy roczniki wydał w Grodnie lekarz Ksawery Wolfgang w latach 1844, 1845 i 1846 [13]). Zawierają one między innymi również kilka artykułów popularnych treści lekarskiej [14]).

W nierównie szczęśliwszych warunkach, aniżeli w Wilnie, mogło się rozwijać nasze czasopiśmiennictwo lekarskie w Warszawie, choć i tam warunki polityczne niejednokrotnie hamowały jego rozwój. Pierwsze czasopisma lekarskie naukowe zaczęły powstawać w Warszawie później, aniżeli w Wilnie, bo dopiero w 1828 roku. Przed tym rokiem wychodziło w Warszawie tylko popularne czasopismo lekarskie Lafontaine'a, artykuły zaś naukowe treści medycznej były wprawdzie także przed tym rokiem w Warszawie drukowane, jednakże nie w samoistnem czasopiśmie lekarskiem, lecz w »Rocznikach Towarzystwa Warszawskiego Przyjaciół Nauk«, które wychodziły od r. 1802 aż do końca istnienia Towarzystwa.

W r. 1828 zaczęły w Warszawie jednocześnie wychodzić dwa czasopisma archiwalne lekarskie: »Magazin für Heilkunde und Naturwissenschaft in Pohlen, in Verbindung mit einem Vereine von Aerzten herausgegeben von Leopold Leo, Dr der Med. und Chir. i t. d.« i »Pamiętnik Lekarski Warszawski«, pod redakcyą i nakładem Wilhelma Malcza. Obydwu tych czasopism wyszły tylko po dwa tomy: pierwsze w 1828 roku, wtóre zaś w roku następnym. — Dziwną jest rzeczą, dlaczego pierwsze z wymienionych czasopism wydawane było w języku niemieckim i to za Królestwa Kongresowego. Łatwiej byłoby zrozumieć, gdyby takie czasopismo wychodziło było w Warszawie za czasów panowania pruskiego, lub gdyby było wydawane w języku

12) J. Bieliński. Stan nauk etc. str. 765.

13) Wykaz oryginalnych prac lekarskich polskich za czas od r. 1831 do 1890 włącznie. Warszawa 1897, str. 863.

14) L. Gąsiorowski o. c. T. III. str. 610.

łacińskim, który wówczas uchodził jeszcze do pewnego stopnia za międzynarodowy język uczonych. Wprawdzie w przedmowie Leo tłumaczy, dlaczego w niemieckim języku postanowił wydawać swoje czasopismo, lecz argumenty jego nie przemawiają do przekonania. Kwartalnik Lea, jako że w języku obcym był wydawany, do literatury polskiej właściwie nie należy. Natomiast Malcza »Pamiętnik Lekarski Warszawski« jest pierwszem polskiem czasopismem naukowem lekarskiem w Warszawie.

Wilhelm Malcz, którego ojciec (Malsch) przybył z Saksonii do Polski, urodził się w r. 1795 w Warszawie. Jako praktyk zyskał sobie największą sławę wśród ówczesnych lekarzy warszawskich. Ogłosił sporo prac, zwłaszcza w wydawanem przez siebie czasopiśmie, do którego współpracowników należeli Czekierski, Mile, Kaczkowski, Janikowski, Helbich, Tomorowicz, Bierkowski i inni. Niektóre z prac tam wydrukowanych wyszły w niemieckim przekładzie w czasopiśmie Lea.



LUCYAN RYDEL
red. 1867 – 1871
Według fotografii ze zbiorów Prof. Dr Browicza.

»Pamiętnik Lekarski Warszawski« był nader starannie redagowany. Podwójną była zasługa Malcza, bo nie tylko własnym nakładem wydawał wspomniane czasopismo, ale poświęcał mu nadto wiele czasu, jako sumienny redaktor, a zarazem pilny współpracownik. Rzetelnie dbając o rozwój »Pamiętnika«, występuje w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem z wnioskiem, aby Towarzystwo prace swoje w jego czasopiśmie drukowało. Wniosek ten zostaje uchwalony na posiedzeniu w dniu 6. lipca 1830 r. Co więcej, Towarzystwo, pragnąc przyczynić się do pokrycia kosztów wydawnictwa, postanawia 3. sierpnia tegoż roku, aby wszyscy członkowie prenumerowali »Pamiętnik Lekarski Warszawski«[15]). I wtedy właśnie, kiedy wszystko rokowało pomyślny rozwój czasopisma Malcza, nagle upadło ono. Nie ulega wątpliwości, że przyczyniły się do tego ówczesne warunki polityczne, mianowicie wybuch powstania listopadowego: »inter arma silent musae«. Dopiero po kilku latach powstało w Warszawie czasopismo, bardzo podobne do »Pamiętnika« Malcza, które nawet można do pewnego stopnia uważać za dalszy jego ciąg. Był to »Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego«, którego tom pierwszy opuścił pracę w 1837 roku.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, które zawiązało się w r. 1820, miało już w pierwotnej swojej ustawie paragraf, dotyczący ogłaszania drukiem prac swoich. W roku 1822 ówczesny prezes Towarzystwa, A. Wolff, podnosi konieczność takiego wydawnictwa i nawet w tym celu podaje projekt, który w roku 1823 z małemi zmianami został uchwalony. Według tego projektu komitet redakcyjny miał się składać z 7 członków, corocznie wybieranych. Jako główne zadanie komitetu projekt wymieniał: ocenianie rozpraw, mających być drukowanemi w rocznikach, redakcyę tych roczników i dozorowanie druku ich. W myśl tego projektu został w r. 1823 wybrany komitet redakcyjny, w skład którego weszli wybitni lekarze, profesorowie: A. Wolff, J. Brandt, Dybek, Fijałkowski, Szczucki, Mile i Wojde. Najpilniejszą sprawą, którą się przedewszystkiem zajął komitet, było wyszukanie nakładcy, gdyż Towarzystwo nie posiadało dostatecznych na zamierzone wydawnictwo funduszów. Nakładcę rychło znaleziono w osobie ks. Dąbka, który zgodził się własnym kosztem drukować Pamiętnik Towarzystwa, atoli pod dwoma warunkami, a mianowicie, że każdy z członków Towarzystwa obowiązany będzie prenumerować Pamiętnik, oraz że Towarzystwo podejmie się własnym nakładem wylitografować kolorową okładkę. Aczkolwiek na warunki te Towarzystwo się zgodziło, nie wiadomo, dlaczego do wydawania Pamiętnika nie doszło. Działo się to w r. 1823. W trzy lata potem ponowiło Towarzystwo próbę wydawania Pamiętnika, powierzając to wydawnictwo drukarni Łątkiewicza. Lecz i tym razem zamiary spełzły na niczem. Po upadku Pamiętnika Lekarskiego Warszawskiego, który w r. 1830 miał się stać do pewnego stopnia organem Towarzystwa, wybrano w 1833 roku komitet, do którego weszli: Malcz, Mile i Mylo. Zadaniem komitetu było obmyślenie sposobu, w jakiby można uskutecznić zamierzone wydawnictwo. Snać sprawa ta posunęła się naprzód, skoro w r. 1835 na życzenie Towarzystwa Malcz, Oczapowski i Koehler przystępują do opracowania projektu czasopisma. Projekt ich z małemi odmianami został w r. 1836 uchwalony, poczem A. Janikowski, Le Brun, Lebel, Leo, Koehler i W. Malcz zostali wybrani do komitetu redakcyjnego, który niezwłocznie przystąpił do pracy. Pierwszy zeszyt Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego został wreszcie 18. kwietnia 1837 r. wydrukowany[16]). Od tego czasu wydawnictwo rzeczone wychodzi bez przerwy i ma już obecnie przeszło stutomowy dorobek. W długim okresie swojego istnienia przechodziło ono rozmaite koleje, lecz nigdy nie zbaczało

[15]) S. Kośmiński. Wykaz rzeczy zawartych w 72 tomach Pamiętnika Tow. Lek. Warsz. z lat 1837—1876. Warszawa 1877. str. V.

[16]) S. Kośmiński. Wykaz rzeczy i t. d. l. c. W przedmowie do »Wykazu« podana jest historya założenia i rozwoju Pam. Tow. Lek. Warsz.

z pierwotnie wytkniętego szczytnego celu, rzetelnego służenia nauce.

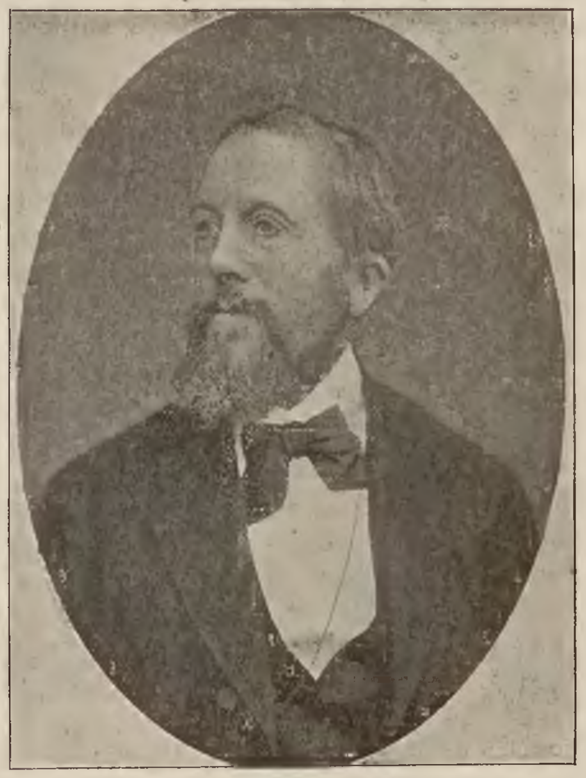
Wydawanie drugiego tomu Pamiętnika trwało dwa lata. Wyszedł on w r. 1839 pod redakcyą A. Janikowskiego, Lebla, Le-Bruna, Koehlera, Malcza i Oczapowskiego. Ponieważ lichy stan funduszów Towarzystwa utrudniał dalsze wydawanie Pamiętnika, przeto Towarzystwo zwróciło się do rządu z prośbą o poparcie. Prośba została uwzględniona. Rząd w osobie namiestnika wydał w r. 1840 rozporządzenie, na mocy którego polecono wszystkim lekarzom rządowym w Królestwie Polskiem prenumerować »Pamiętnik« za opłatą 20 złp. rocznie. Wzamian za to »Pamiętnik« obowiązany był umieszczać wiadomości urzędowe, dotyczące służby cywilno-lekarskiej. W r. 1841 rząd wyznaczył dla »Pamiętnika« zapomogę roczną w kwocie 1000 złp., którą mu przez 25 lat wypłacał. W roku 1866 zasiłek rządowy został cofnięty.

Z początku wychodził »Pamiętnik« cztery razy do roku; w r. 1860 z kwartalnika został przekształcony na miesięcznik; w następnym roku wychodził dwa razy miesięcznie; w r. 1862 zaczął wychodzić powtórnie w zeszytach miesięcznych, a od r. 1873 wychodzi ponownie jako kwartalnik. Poczet jego redaktorów, od trzeciego tomu zaczynając, był następujący: Lebel (1840—1850), Chałubiński — Majewski — Olbratowicz (1851), Olbratowicz (1852), Kulesza — Majewski — Rose (1853), Kulesza (1854 do 1859), Dybek (1860—1), Łuczkiewicz (1862—3), St. Janikowski (1863—6), M. Malcz (zastępca redaktora przez 4 miesiące w r. 1866), J. F. Nowakowski (1867—8), J. Wszebor (1869—1872), F. Nawrocki (1873—4), J. Rogowicz (1875 do 6), K. Dobrski (1877—9), E. Klink (1880—2), R. Jasiński (1883—5), Fr. Jawdyński (1886—1891), M. Jakowski (1892—7), W. Janowski (1898—1899), S. Kamieński (1900 do 6), K. Rzętkowski (1907—1910).

»Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego«, to najstarsze nasze czasopismo lekarskie, może się poszczycić tak obfitym dorobkiem naukowym, jak mało które z naszych czasopism lekarskich. Bo też na ten dorobek składali się tacy wybitni i znani w literaturze lekarskiej ludzie, jak Adamowicz, Baranowski, Biesiadecki, F. Brandt, Włodzimierz Brodowski, Chałubiński, F. Dworzaczek, H. Fudakowski, Girsztowt, Hirschfeld, Hoyer, Andrzej i Stanisław Janikowscy, Jodko-Narkiewicz, Klink, L. Koehler, Kopernicki, H. Korzeniowski, Jul. Kosiński, St. Kośmiński, Z. Kramsztyk, Kryszka, W. Malcz, L. Natanson, F. Nawrocki, J. F. Nowakowski, G. Piotrowski, R. Piątkowski, E. Przewóski, Robert Remak, Seifman, Jędrzej Śniadecki, W. Szokalski, M. Zieleniewski i wielu, bardzo wielu innych.

Zasługą »Pamiętnika Tow. Lek. Warsz.« jest nie tylko to, że obok sprawozdań z posiedzeń Towarzystwa, ogłasza prace archiwalne, a więc zwykle mające wartość trwałą, lecz i to, że od szeregu lat prowadzi szczegółowy przegląd roczny wszystkich polskich rozpraw i artykułów treści lekarskiej. Nie zawsze »Pamiętnik Tow. Lek. Warsz.« stał na jednakowym poziomie pod względem wartości prac w nim ogłaszanych. Zamknięcie Szkoły Głównej, pozbawienie przez to największego miasta naszego wyższej uczelni polskiej, z konieczności musiało się odbić ujemnie na ruchu naukowym w Warszawie, a więc i na warszawskich czasopismach lekarskich. Znać ten wpływ poniekąd i na »Pamiętniku Tow. Lek. Warsz.«, który potem nie zawsze już dorównywał dawniejszym rocznikom pod względem naukowym, a nawet pod względem zewnętrznym wydawnictwa; niemniej jednak i teraz, choć obok niego istnieje wiele czasopism lekarskich polskich, odgrywa on pokaźną rolę w naszem czasopiśmiennictwie lekarskiem. Jako wydawnictwo archiwalne położył on i nadal pokłada rzetelne zasługi naukowe.

»Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego«, jako czasopismo archiwalne, a więc przeznaczone w pierwszym rzędzie dla uczonych, a prócz tego jako wychodzące w dużych odstępach czasu, nie mogło zaspokoić wszystkich potrzeb lekarzy, którzy pragnęli mieć szybko wiadomości o postępach w medycynie, zwłaszcza praktycznej. Z tego powodu i u nas zaczęły powstawać tygodniki, dwutygodniki i miesięczniki lekarskie; osobliwie dużo ich powstało w Warszawie. Pierwszem tego rodzaju czasopismem u nas był »Tygodnik Lekarski«, który zaczął wychodzić w Warszawie w lipcu r. 1847 pod redakcyą A. Le Bruna, A. Helbicha i L. Natansona, a od roku 1850 pod wyłączną Natansona redakcyą. Było to czasopismo, poświęcone wszystkim gałęziom medycyny, tudzież farmacyi i weterynaryi. Wychodziło tygodniowo. Zawierało ono: rozprawy oryginalne i tłumaczone; sprawozdania i wiadomości statystyczne ze szpitali; streszczenia artykułów w zagranicznych pismach ogłaszanych; ocenę dzieł lekarskich w języku polskim wydanych, oraz ważniejszych dzieł lekarskich w obcych językach ogłoszonych; wiadomości o postanowieniach rządowych, tyczących się lekarzy, aptekarzy i weterynarzy; sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego i innych towarzystw naukowych; odcinek, głównie poświęcony wiadomościom ulotnym, oraz życiorysom lekarzy polskich i obcych; wreszcie wiadomości rozmaite. »Tygodnik Lekarski« wychodził do połowy r. 1868. Niemal do



STANISŁAW JANIKOWSKI
red. 1867 — 1876
Według fotografii będącej własnością rodziny.

końca redaktorem jego był L. Natanson; tylko ostatnich 11 numerów z r. 1868 wyszło pod inną redakcyą. Wydawany był bardzo starannie. Było to niepodzielną zasługą Natansona, który rzetelnie dbał o to, aby czasopismo przez niego redagowane odpowiadało wszelkim wymaganiom, jakie wówczas stawiano pismom peryodycznym, przeznaczonym dla lekarzy praktyków. »Tygodnik«, a raczej głównie redaktor jego, usiłował obznajmiać czytelników z postępem nauk lekarskich, starał się wśród lekarzy polskich rozbudzić ruch naukowy, dbał i o rozwój polskiego mianownictwa lekarskiego. W sprawie słownictwa lekarskiego wypowiada redakcya »Tygodnika« słuszną zasadę, iż doskonalenie go potrzebne jest nie tylko dla samego języka, lecz i dla postępu nauki. »Wogóle trzymać się będziemy — pisze redakcya — słownictwa szkoły krakowskiej, szukając odpowiednich wyrażeń w mowie ludu, lub w dawnych naszych pisarzach, a gdzie nowe wyrazy dla nowych wyobrażeń tworzyć wypadnie, uczynimy to podług ich wzoru« [17]. Pozostając wiernym wymienionym zasadom, odznaczał się »Tygodnik« starannością języka wogóle, a mianownictwa lekarskiego w szczególności.

Lubo usilnym staraniem »Tygodnika« było rozbudzenie zainteresowania wśród lekarzy polskich ruchem naukowym w dziedzinie medycyny, jaki się zagranicą odbywał, lubo podnosił on znaczenie badań anatomiczno-patologicznych, fizyologicznych i mikroskopowych dla rozwoju nauk lekarskich, lubo nawet streścił »Patologię komórkową«, aby z tem epokowem dziełem Virchowa dokładnie poznajomić czytelników, żywszego jednak ruchu naukowego, zwłaszcza w pierwszych kilkunastu latach swego istnienia, wywołać nie mógł, bo do tego niezbędnie potrzebne są nie tylko czasopisma naukowe, lecz i pracownie naukowe, oraz kliniki; a ani pierwszych, ani drugich wówczas w Warszawie nie było. Dopiero po założeniu w Warszawie Akademii Medyko-Chirurgicznej w r. 1857 zaczął się tam powoli rozwijać ruch naukowy wśród lekarzy. W »Tygodniku Lekarskim« znać wtedy również pewne ożywienie. Zaczynają się pojawiać w nim prace wybitnych współpracowników, takich jak Chałubińskiego, Hoyera, Hirschfelda i Wisłockiego.

Wyrazem wzmagającego się w owym czasie ruchu naukowego wśród lekarzy warszawskich było powstanie w r. 1866 aż dwóch nowych czasopism lekarskich: »Kliniki« i »Gazety Lekarskiej«. Razem z »Pamiętnikiem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego« i z »Tygodnikiem Lekarskim« wychodziły więc w roku 1866 w Warszawie aż cztery czasopisma lekarskie. Była to liczba, stanowczo za wielka na owe czasy. Wszystkie czasopisma utrzymać się nie mogły. Nowe, mające więcej sił żywotnych, utrzymały się. Natomiast »Tygodnik Lekarski«, który w roku 1868, poczynając od 16. numeru, przeszedł pod redakcyę Z. Dobieszewskiego, w połowie tegoż roku został połączony z »Kliniką«, wychodzącą również pod redakcyę Dobieszewskiego. »Klinika« po połączeniu się z »Tygodnikiem Lekarskim« z dwutygodnika przekształciła się na pismo tygodniowe.

Rolę, jaką odegrał »Tygodnik Lekarski« w rozwoju naszego czasopiśmiennictwa lekarskiego, trafnie ocenił Szokalski, pisząc o nim: »Zasługi jego względem naszej lekarskiej publiczności są znamienite, on bowiem pierwszy zastąpił jej cudzoziemską naukową strawę i do regularnego czytania zaprawił; on także na drodze ojczystego słownictwa główne przełamał trudności, wprowadzając je w codzienne praktyczne użycie« [18].

»Tygodnik Lekarski«, mimo że miał do przełamania wiele trudności, zwłaszcza z początku, przetrwał jednak przeszło dwadzieścia lat. Znacznie krótszym był żywot »Kliniki«, która w daleko lepszych warunkach powstała, aniżeli »Tygodnik«, gdyż za czasów »Szkoły Głównej«. Wychodziła ona do połowy 1871 roku, pozostając od początku aż do końca pod redakcyą Dobieszewskiego. Było to czasopismo, mające na względzie przedewszystkiem zaspokojenie potrzeb lekarzy praktyków. Programem zbliżało się wielce do »Tygodnika«, w porównaniu z którym wyglądało jednak okazalej, zalecało się bardziej urozmaiconą treścią i staranniej prowadzonym działem sprawozdawczym. W razie potrzeby ozdabiało swoje szpalty dobremi rycinami. Umieściło sporo prac z kliniki Chałubińskiego. Drukowali tam także swe prace: Szokalski, Julian Kosiński, St. Markiewicz, Lutostański i inni. Prócz »Kliniki« wychodził dodatek książkowy do niej, zawierający prace oryginalne lub tłumaczone. Ogółem dodatku wyszło tomów sześć.

Przeglądając uważnie poszczególne tomy »Kliniki«, nie odniosłem wrażenia, że czasopismo to rozwijało się z biegiem czasu. Sądząc z tytułów umieszczonych w niem prac, uwzględniało ono głównie stronę praktyczną medycyny, a natomiast zbyt mało stronę teoretyczną.

Podobny kierunek, jaki miała »Klinika«, ma czasopismo tygodniowe p. t. »Medycyna«, wychodzące w Warszawie od r. 1873. Powstało ono jako dalszy ciąg »Kliniki«, jak o tem pisze były jej redaktor Dobieszewski, który przeniósłszy się z Warszawy do Lwowa na posadę inspektora szpitali powszechnych, wydawał tam »Służbę zdrowia publicznego, czasopismo poświęcone wszystkim gałęziom umiejętności lekarskiej, ze szczególnym względem na medycynę publiczną«. Owóż w końcu drugiego tomu tego czasopisma, które wychodziło we Lwowie w 1872 roku, Dobieszewski oznajmiając, iż dalej wydawać go nie będzie, dodaje, że koledzy jego w Warszawie, z którymi rozpoczął »wydawnictwo »Kliniki«, odnowili je, i oddają je lekarskiemu światu, pod tytułem »Medycyna««. Również »Medycyna« w programie, wydrukowanym w pierwszym numerze z 1873 roku, zaznacza, że jest dalszym ciągiem »Kliniki«. Istotnie, programowo obydwa te czasopisma nie różnią się między sobą. Sam tytuł nowego tygodnika: »Medycyna, czasopismo tygodniowe dla lekarzy praktycznych« wskazuje dokładnie, jakich czytelników ma ono na względzie.

»Medycyna« wychodziła z początku nakładem J. Rogowicza. Jako odpowiedzialny redaktor podpisywał ją w pierwszych trzech latach K. Benni, potem od roku 1876 redaktorem i wydawcą był Rogowicz. W r. 1882 przeszła ona pod redakcyę Gustawa Fritschego, a w dziesięć lat

---

[17]) Wstępny artykuł w »Tygodniku Lekarskim«, Nr 1. z dnia 1. lipca 1847.

[18]) W. Szokalski. Rys historyczny Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego. »Klinika« r. 1866, str. 161.

potem pod redakcyę H. Dobrzyckiego, za czasów którego znacznie się podniosła. Od roku 1897 do 1907 włącznie redagował »Medycynę« Michał Sadowski, a od 1908 wspólnie z Józefem Zawadzkiem. W roku bieżącym Sadowski ustąpił z redakcyi; miejsce jego zajął Stan. Orłowski.

Od r. 1908 datuje się znaczny rozwój »Medycyny«, która, połączywszy się właśnie w tym roku z »Kroniką Lekarską«, zaczęła wychodzić w znacznie większym rozmiarze, aniżeli poprzednio. Rocznik np. »Medycyny« z roku 1907 zawiera 995 stronic; następny zaś rocznik, a więc po połączeniu się »Medycyny« z »Kroniką Lekarską«, stronic 1313. Prawdziwie szczęśliwą była myśl połączenia w jedno obydwu wspomnianych czasopism, gdyż »Kronika Lekarska«, która wychodziła od r. 1880, kolejno pod redakcyą W. Kosmowskiego, K. Filipowicza, W. Krajewskiego, O. Hewelkego i Józefa Zawadzkiego, nie miała wybitnie oryginalnego programu; będąc zaś czasopismem głównie sprawozdawczem, trudno było się jej utrzymać wobec wydawania w Warszawie »Medycyny« i »Gazety Lekarskiej«. »Kronika Lekarska« obok działu sprawozdawczego z piśmiennictwa lekarskiego sporo miejsca poświęcała sprawom społeczno-lekarskim. Artykułów oryginalnych umieszczała niewiele.

»Medycyna«, spełniając rzetelnie zadanie swoje służenia lekarzom praktykom, położyła niemałe zasługi. Niewątpliwie przyczyniła się ona do rozbudzenia wśród nich żywszego zainteresowania się postępami medycyny, osobliwie praktycznej. Atoli pod względem ściśle naukowym nie może się równać z najstarszym tygodnikiem lekarskim warszawskim — »Gazetą Lekarską«.

W r. 1866 grono profesorów i docentów Wydziału Lekarskiego w Szkole Głównej postanowiło wydawać »Gazetę Lekarską, pismo tygodniowe poświęcone wszystkim gałęziom umiejętności lekarskiej, farmacyi i weterynaryi«. Grono wspomniane składali: Brodowski, Chojnowski, Girsztowt, Hirschfeld, Le Brun, Łuczkiewicz, Mianowski, Narkiewicz-Jodko, Neugebauer, Pilcicki, Pląskowski, Seifman, Werner i Wisłocki. Pierwszy numer nowego czasopisma wyszedł 7. lipca 1866. Zawiera on na czele pracę Brodowskiego, dalej pracę Girsztowta, potem część statystyczną, zawierającą zestawienie ruchu chorych w szpitalach warszawskich, wreszcie dział wiadomości bieżących. »Klinika«, która zaczęła o tydzień wcześniej wychodzić od »Gazety Lekarskiej«, powitała ją nieprzychylnie, nie szczędząc jej nawet uszczypliwych uwag. »Zaledwieśmy — pisze redakcya »Kliniki« — zwrócili uwagę publiczności lekarskiej na konieczność zajęcia się naszym materyałem krajowym, jakby na skinienie czarodziejskiej ręki, utworzyło się z czternastu profesorów Szkoły Głównej złożone grono, a przyjąwszy żywcem nasz program, ogłosiło wydawnictwo czwartego w kraju naszym, lekarskiego pisma pod nazwą: Gazeta Lekarska«.... »Wprawdzie przeciwko tak połączonym, potężnym siłom, będziemy nieco wyglądali, jak mały przeciwko Goljatowi Dawidek, pójdziemy mimo to w imię Boże naprzód«... Dalej zaś wyraża »Klinika« nadzieję, że »szanowni profesorowie, zaprawiwszy się na rozszerzaniu wiedzy po kraju, i o swych studentach łaskawie pomyśleć zechcą i książkami podręcznemi udarować ich raczą«[19]). Niesłuszny to był przytyk do założycieli »Gazety Lekarskiej«, których »Klinika« odsyła do pisania podręczników, uważając im za złe, że biorą się do krzewienia nauki w kraju za pośrednictwem czasopisma naukowego, jak gdyby jedna rzecz drugiej stała na przeszkodzie. Niesłusznem również było posądzenie założycieli »Gazety Lekarskiej«, iż przejęli w całości program »Kliniki«. A że tak nie było, najlepszym dowodem są roczniki obydwu tych czasopism, znacznie różniące się pod względem zasadniczego kierunku. »Klinika«, a później »Medycyna«, starały się przedewszystkiem być czasopismami dydaktycznemi dla lekarzy, »Gazeta Lekarska« zaś od samego początku swego istnienia za główne swoje zadanie poczytywała przyczynianie się do postępu nauki, stąd największy kładła nacisk na artykuły oryginalne. »Medycyna« nie zawsze doceniała ten kierunek. W numerze 51-ym z roku 1892, donosząc o zrzeszeniu się kilkudziesięciu lekarzy, którzy postanowili podtrzymać ją i podnieść, i zapowiadając nowy wskutek tego okres swego rozwoju, odzywa się z odcieniem ironii o pracach oryginalnych, pisząc: »Nie stawiamy sobie za najważniejsze zadanie gonienie za t. zw. artykułami oryginalnymi, a natomiast starać się będziemy o dokładne i umiejętnie dobrane streszczenia...« i t. d. Przeciwko temu poglądowi wystąpił Zygmunt Kramsztyk w artykule wstępnym »Gazety Lekarskiej« z r. 1893, broniąc zarazem jej programu[20]).

»Gazeta Lekarska« przechodziła w swoim rozwoju trzy okresy: pierwszy — od założenia do śmierci Girsztowta, który, jak Hoyer utrzymuje, był nawet właściwym jej twórcą[21]); drugi okres — od śmierci Girsztowta w r. 1877 do roku 1880 włącznie; trzeci — od r. 1881, w którym »Gazeta« zaczęła wychodzić, jako organ spółki lekarzy, którzy, nabywszy to czasopismo w końcu 1880 roku od spadkobierców Girsztowta, postanowili postawić je pod każdym względem na wysokości nauki.

W pierwszym okresie »Gazeta Lekarska« spełniała bardzo dobrze swoje zadanie, osobliwie z początku. Prac oryginalnych umieszczała dużo, których spora część wyszła z pod pióra profesorów Szkoły Głównej. Lecz nie tylko wewnętrzną wartością odznaczała się ona, ale i szatą zewnętrzną: ładnym drukiem, dobrym papierem, niezłymi drzeworytami. Zaraz w pierwszych latach jej istnienia grono 14 jej współredaktorów powiększył jeszcze Nawrocki. Atoli z tej gromadki redaktorów zaczęli powoli ubywać jeden za drugim, a nikt na ich miejsce nie przybywał. W latach od 1868 do 1876 ubyli z redakcyi: Le Brun, Nawrocki, Chojnowski, Werner, Narkiewicz-Jodko, Seifman i Hirschfeld, tak że w r. 1877 pozostało 8 członków redakcyi. W końcu pierwszego dziesięciolecia swego zaczęła »Gazeta« upadać. Do tego przyczyniały się dwie okoliczności: z jednej strony ubytek tylu sił z redakcyi, z drugiej zaś niekorzystny wpływ zamknięcia Szkoły Głównej na rozwój ruchu naukowego w Warszawie. O poczynającym się upadku »Gazety« zaczęła świadczyć nawet zewnętrzna jej strona. Najcięższym atoli ciosem była dla niej śmierć Girsztowta, który położył niespożyte zasługi dla naszego

---

[19]) »Klinika« T. I. Nr 2. z d. 15. VII. 1866 r.

[20]) Gazeta Lekarska 1893, Nr 1. Artykuł ten został przedrukowany w Z. Kramsztyka »Szkicach krytycznych z zakresu medycyny«. Warszawa 1899, str. 32.

[21]) Henryk Hoyer. Artykuł wstępny w numerze pierwszym »Gazety Lekarskiej z r. 1906«.

piśmiennictwa lekarskiego, redagując »Gazetę Lekarską« i wydając »Bibliotekę Umiejętności Lekarskich«, zawierającą dzieła tłumaczone i oryginalne. »Biblioteka« rzeczona wychodziła jako wydawnictwo »Gazety Lekarskiej«.

Drugi okres w dziejach »Gazety Lekarskiej«, datujący się od śmierci Girsztowta do końca r. 1880, nie zaznaczył się dążnością do jej podniesienia. Natomiast w trzecim okresie »Gazeta Lekarska« podniosła się w zupełności ze swego upadku, dając tem dowód, że nawet w bardzo niekorzystnych warunkach można u nas utrzymać czasopismo lekarskie na wysokim poziomie naukowym, jeżeli tylko nie brak dobrej woli jednostek. To odrodzenie »Gazety Lekarskiej« w r. 1881 zawdzięczamy 26 lekarzom, ożywionym tradycyą Szkoły Głównej, przystępującym z zapałem do wspólnej pracy. Oto ich poczet: Ludwik Anders, Teodor Anders, Bronisław Chrostowski, Teodor Dunin, Antoni Elsenberg, Władysław Gajkiewicz, Wiktor Grosstern, Teodor Heryng, Henryk Hoyer, Roman Jasiński, Franciszek Jawdyński, Edward Klink, Stanisław Kondratowicz, Edward Korniłowicz, Zygmunt Kramsztyk, Stanisław Kwietniewski, Władysław Matlakowski, Edmund Modrzejewski, Leon Nencki, Henryk Nussbaum, Józef Pawiński, Józef Peszke, Witold Placzkowski, Edward Przewóski, Alfred Sokołowski i Teofil Żera. Całe to grono współwłaścicieli »Gazety Lekarskiej« brało udział w redagowaniu jej. Redaktorem naczelnym został Władysław Gajkiewicz i pełnił ten urząd tak długo, jak żaden redaktor któregokolwiek z naszych czasopism lekarskich, bo przez całe 26 lat. Przez ten długi przeciąg czasu zbierali się u niego w każdy poniedziałek współwłaściciele »Gazety« w celu naradzenia się nad jej redagowaniem, odczytywali artykuły przeznaczone do drukowania w niej, poruszali rozmaite sprawy, związek z medycyną mające. Były to jakby posiedzenia stowarzyszenia naukowego, ożywionego nie tylko sprawami czysto naukowemi, lecz także i społecznemi. Stąd wywiązywała się przyjacielska atmosfera zebrań, które mile zapisały się w pamięci uczestników. Zygmunt Kramsztyk, poświęcając w r. 1899 swoje »Szkice krytyczne z zakresu medycyny« kolegom i przyjaciołom, założycielom, a raczej odnowicielom »Gazety Lekarskiej«, pisze: »Zdaje mi się czasem, moi drodzy, żeśmy wczoraj dopiero złączyli się i nabyli »Gazetę Lekarską«, aby ją na nowe pchnąć tory. Ach, myśleliśmy wtedy, że świat cały, a przynajmniej, że naukę w kraju, na nowe pchniemy tory. Dziś dojrzalszym umysłem, gdy rezultat naszej pracy, już w znacznej części ukończonej, oceniamy, widzimy wielkich zamiarów skutek niewielki. A jednak coś niecoś zaważyliśmy może w nauce naszej, może choć w ciężkich chwilach bezwładu jakiś ruch budziliśmy i utrzymywali, nie dopuszczając do śmiertelnej martwoty. Niech nas zresztą osądzi kto inny. Ale ilekolwiek zdziałaliśmy dla społeczeństwa, sobie kilka lat życia wypełniliśmy błogo, pożytecznie i z głębokiem zadowoleniem: wszak dla każdego z nas Gazeta była jednym z ważnych celów życia. A poza samą Gazetą, poza pismem i pracami w niej drukowanemi, jeszcze bardziej nas zajmowały i podniecały poredakcyjne przyjacielskie i swobodne zebrania. Wśród najrozmaitszych nieskończonych spraw, któreśmy tam poruszali i roztrząsali, dotykaliśmy i podstaw medycyny i nauki i pracy literackiej wogóle i jej znaczenia dla narodu«.



MAURYCY MADUROWICZ
red. 1867—1870
Według fotografii ze zbiorów Dr M. Cerchy.

Największą rolę w tych biesiadach redakcyjnych odgrywał Hoyer, który do końca życia, przez lat 27, brał żywy w nich udział. O nim jeden z uczestników tych zebrań, — Henryk Nusbaum, pisze, że nie tylko z zapałem pracował, ale i zapał młodszych towarzyszów podniecał[22]). Jako najbardziej dla rozwoju »Gazety Lekarskiej« zasłużonego należy obok Hoyera wymienić Gajkiewicza, który przez długie lata wytrwał na trudnem a mało wdzięcznem stanowisku redaktora naczelnego, odznaczając się niepospolitą obowiązkowością i pracowitością[23]). — Nie wyobrażam sobie niewdzięczniejszej pracy w dziedzinie naukowej, jak redagowanie tygodnika lekarskiego. Ileż to redaktor musi co tydzień włożyć w takie czasopismo pracy, której nawet śladów czytelnicy zazwyczaj nie dostrzegają! Ile namozolić się nad poprawianiem rękopismów! Ile nasłuchać się musi cierpkich słówek od współpracowników, z których jedni gniewają się na redaktora, że niedość spiesznie ich prace drukuje; drudzy mają mu za złe, że artykuły ich na szarym końcu umieścił; trzeci czują doń głęboki żal za odrzucenie ich prac, choć zwykle nie redaktor, lecz cała komisya redakcyjna rozstrzyga ostatecznie o przyjęciu lub odrzuceniu artykułu.

Nierównie wdzięczniejszą rolę miał Hoyer, który nadawał do pewnego stopnia ton »Gazecie«, bo nikt mu w gronie redakcyjnem nie dorównywał pod względem powagi. Był on ogniwem, łączącem dawne pokolenie profesorów Szkoły Głównej z ich uczniami. Wywarł on duży wpływ na rozwój »Gazety Lekarskiej«, gdyż ze szczerą ochotą imał się pracy około jej podniesienia. I on podobnie, jak Kramsztyk, wynosił miłe wspomnienia z zebrań

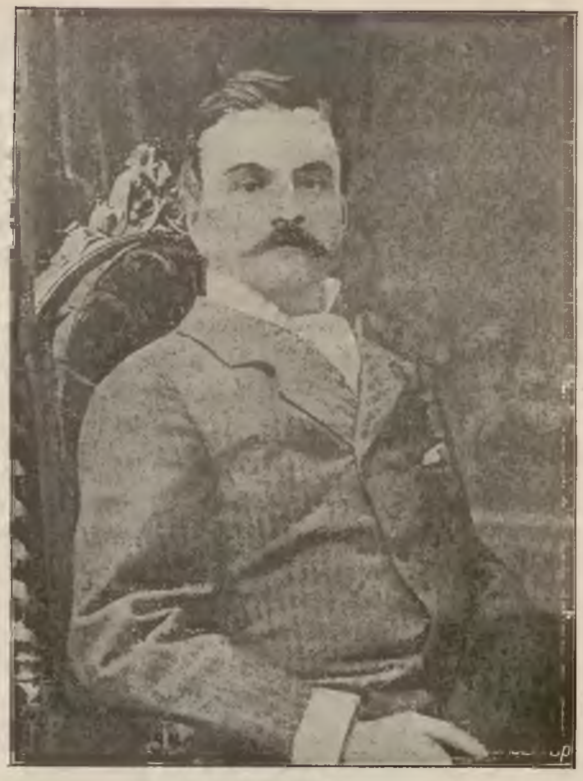
[22]) Henryk Nusbaum. Ś. p. Prof. Henryk Hoyer. (Wspomnienie pośmiertne). Gazeta Lekarska 1907, Nr 27.

[23]) Życiorys Wł. Gajkiewicza w Nr 1. »Gazety Lekarskiej« z r. 1907.

redakcyjnych. »Z góry oświadczam, — pisał on w r. 1883 we wstępnym artykule »Gazety Lekarskiej« — iż ani razu nie wyniosłem z naszych posiedzeń owego uczucia niesmaku, znużenia i świadomości bezużytecznie straconego czasu, jakie często pozostają po innych podobnych zgromadzeniach; owszem najprzyjemniejsze chwile w ciągu ostatnich dwóch lat przepędziłem przy pracy i zajęciach nad redakcyą Gazety«. Wpajał on na tych posiedzeniach współtowarzyszom pracy, a w licznych wstępnych artykułach czytelnikom »Gazety« to przekonanie, że istotną część składową czasopisma lekarskiego powinny stanowić dobrze opracowane artykuły oryginalne, a na drugim dopiero planie powinny być uwzględniane prace referatowe, choć nie przeczył, że »sprawozdania zbiorowe, krytyczne opracowanie kwestyi naukowych na podstawie gotowego materyału może mieć niepoślednią wartość, równającą się pracy oryginalnej, a może nawet niekiedy takową przewyższać« [24]. Rzucając okiem wstecz na dziesięcioletnią działalność »Gazety Lekarskiej« po nabyciu jej przez spółkę lekarzy, podnosi Hoyer znaczny jej rozwój w porównaniu z końcowym okresem pierwszego pietnastolecia jej istnienia, — rozwój, przejawiający się w krytycznym doborze artykułów i »starannem ich wygładzeniu pod względem stylowym i językowym«. Nie omija przytem sposobności, by oddać pochwały gorliwości jej współredaktorów, pisząc: »Nim się zwrócę do rozbioru zadań Gazety w przyszłości, poczuwam się do obowiązku wypowiedzenia kilku słów o wewnętrznych stosunkach grona redakcyjnego. Przedewszystkiem należy tu zaznaczyć rzadką zgodność i wytrwałość dość licznego grona współwłaścicieli pisma, którzy w tym samym komplecie, z tym samym zapałem gromadzili się na posiedzeniach redakcyjnych w przeciągu całych 10-ciu lat, jak przy rozpoczęciu swego wydawnictwa. Gorliwość ta godną jest tem większego uznania, iż prócz nader mozolnej, nader żmudnej i uciążliwej pracy, Gazeta nic więcej im nie dostarczała, jak tylko moralne zadowolenie i przestronniejszy widnokrąg naukowy« [25]. A gdy Hoyer po upływie dalszych 15 lat pisał o dwudziestopięcioletniej działalności »Gazety« pod nową redakcyą, nie bez zadowolenia zaznaczył, iż nie sprzeniewierzyła się ona nigdy naczelnej zasadzie, jaką sobie przed 25-ciu laty wytknęła, to jest, aby być organem istotnie naukowym. O sobie Hoyer pisze, że pozostawiając inicyatywę do polepszeń młodszym kolegom, sam ograniczał się tylko do podtrzymywania w redakcyi »ducha naukowo-krytycznego, postępowego i wytrwałej zgodności w tych dążeniach«. Zaznacza, że redakcya stawiała wysokie wymagania artykułom, które przeznaczała do szpalt swego pisma. Podnosi, że prawie wszystkie najnowsze zagadnienia medycyny zostały w »Gazecie« przedstawione w tak zwanych streszczeniach zbiorowych. Wspomina również z uznaniem o wydawaniu przez »Gazetę« podręczników zarówno oryginalnych, jak i tłumaczonych, oraz o pożytecznem wydawnictwie »Odczytów Klinicznych«, zawierających setki prac, w części tłumaczonych, w części oryginalnych. Nie tai jednak w końcu, że pismo

[24]) Wstępny artykuł w Nr 1. »Gazety Lekarskiej« z roku 1883.

[25]) H. Hoyer. Wstępny artykuł w Nr 1. »Gazety Lekarskiej« z r. 1891.



BOLESŁAW LUTOSTAŃSKI
red. 1870—1872
Według fotografii będącej własnością rodziny.

mimo niezaprzeczonego rozwoju posiada znaczne jeszcze braki i wady [26]).

Zważywszy trudne warunki, w jakich »Gazeta Lekarska" od szeregu lat się znajduje, zrozumiemy, że nie może się ona tak rozwijać, jak dawniej, kiedy istniała jeszcze Szkoła Główna, kiedy następnie w początkowym okresie dziejów Cesarskiego Uniwersytetu Warszawskiego wiele katedr na Wydziale Lekarskim zajmowali dawniejsi profesorowie Szkoły Głównej, kiedy wreszcie nie było tylu czasopism lekarskich polskich, co obecnie. Nie dziw wobec tego, że przy porównaniu dawnych jej roczników z późniejszymi, porównanie to nie zawsze wypadnie na korzyść drugich. Porównajmy n. p. dwa roczniki »Gazety Lekarskiej«, jeden z r. 1891, drugi z r. 1906. W pierwszym, mającym stronic 1057, znajdujemy artykułów oryginalnych aż 102, a wśród nich nie tylko prace takich wybitnych medyków warszawskich, jak Hoyera, Przewóskiego, Matlakowskiego, Dunina i innych, ale także prace nadsyłane redakcyi z dalekich nieraz stron, i to przez ludzi, mających już znane w piśmiennictwie naukowem imię, że wymienię tylko Marcelego Nenckiego, podówczas profesora w Bernie, Prof. J. Dogiela z Kazania, Prof. M. L. Jakubowskiego i Prof A. Obalińskiego z Krakowa, oraz Ernesta Fingera, wówczas jeszcze Docenta w Uniwersytecie Wiedeńskim. Wszystkie te prace wydane zostały starannie, a niektóre z nich ozdobione są litografowanemi tablicami. Inaczej wygląda rocznik »Gazety Lekarskiej«, wydany w 1906 roku. Wprawdzie większy jest od wydanego w r. 1891, zawiera bowiem stronic 1364, ale mimo to uboższy jest od niego w prace oryginalne, których liczba wynosi 62, a więc o 40 mniej, aniżeli w r. 1891. Liczba prac nadesłanych z prowincyi

[26]) H. Hoyer. Artykuł wstępny w Nr 1. »Gazety Lekarskiej« z r. 1906.

w Kongresówce, z innych dzielnic polskich i z zagranicy także w r. 1906 zmniejszyła się w porównaniu z liczbą ich w 1891 roku. Jest to dowodem, że czasopismo, w mowie będące, niema już w ostatnich czasach takiej przyciągającej siły dla współpracowników z poza Warszawy, jak dawniej. Do tego przyczynia się zapewne poniekąd zewnętrzna strona »Gazety Lekarskiej«, której roczniki późniejsze stoją w tym względzie niżej od dawniejszych, mając gorszy od nich druk i papier.

Również dział sprawozdań z piśmiennictwa lekarskiego pozostawia wiele do życzenia w »Gazecie Lekarskiej«, zarówno w ostatnich latach, jak i dawniej. Nosi on, jak to słusznie zaznaczył Józef Jaworski, najczęściej cechy pewnej przypadkowości [27]). Zaraz jednak muszę tutaj zaznaczyć, że nie jest to wada wyłączna »Gazety Lekarskiej«, gdyż mają ją w mniejszym lub większym stopniu wszystkie nasze tygodniki lekarskie.

Wyżej wymienione usterki »Gazety Lekarskiej« pochodzą, jeśli nie wyłącznie, to w każdym razie w znacznej bardzo części z niekorzystnych warunków, w jakich jest ona obecnie wydawana.

Natomiast należy podnieść z wielkiem uznaniem wprowadzenie do »Gazety Lekarskiej« działu tak zwanych streszczeń zbiorowych i dbałość »Gazety«, mimo istotnie trudnych warunków rozwoju, o utrzymanie jej stale na wysokości nauki, a to głównie przez dział prac oryginalnych. W tym duchu była ona redagowana i po ustąpieniu Gajkiewicza z urzędu redaktora i objęciu go przez Pruszyńskiego, a następnie przez A. Puławskiego i W. Starkiewicza. Ta chwalebna chęć »Gazety« do służenia jaknajbardziej nauce, a zarazem ciągła troska, aby rozwój nauk medycznych u nas nie poszedł drogą niewłaściwą, a więc pobudki najszlachetniejsze, przyczyniały się jednak do pewnej jednostronności w pojmowaniu środków, którymi dążyć należy do postępu medycyny. Jaskrawym tego przykładem była polemika »Gazety Lekarskiej« w sprawie zamierzonego wydawania przez Heliodora Święcickiego »Biblioteki«, która zawierać miała dawne dzieła znakomitych lekarzy i przyrodników polskich. Zadaniem tego wydawnictwa miało być »pogłębianie myśli naukowej współczesnego pokolenia i zachowanie ciągłości naszej tradycyi naukowej«. »Gazeta Lekarska« nie dość przychylnie przyjęła zapowiedziane wydawnictwo, wyrażając powątpiewanie, azali może ono w ten sposób spełnić zakreślone sobie zadanie; zarazem zaznaczyła, że inną drogą dążyć nam należy do pogłębienia naszego ruchu naukowego. Bardzo trafnie w odpowiedzi na to napisał Z. Kramsztyk: »Gazeta Lekarska wolałaby zamiast tej Biblioteki założyć wspólnemi siłami dobrze wyposażoną pracownię naukową. Któżby zamiarowi pracowni nie przyklasnął gorąco? — ale dlaczego jedna myśl, jeden kierunek mają wyłączać inne? dlaczego ma nauka w jakiejkolwiek zasklepiać się jednostronności?« [28]). Jakkolwiek zdanie »Gazety Lekarskiej« w sprawie zamierzonej Biblioteki mogło być przykrem dla tych, którzy myśl wydawania jej szczerze popierali, przyznać atoli trzeba, że sąd ten, acz jednostronny, miał w sobie jednak sympatyczne zabarwienie, był bowiem podyktowany jak najlepszemi chęciami dzierżenia wysoko sztandaru naukowego.

Jeżeli rozpisałem się o usterkach »Gazety Lekarskiej« dość obszernie, to głównie uczyniłem to z tego względu, iż zdaniem mojem, dałyby się one nawet w obecnych warunkach w znacznej mierze usunąć, gdyby udało się zreformować zasadniczo nasze czasopiśmiennictwo lekarskie, o czem niżej będzie mowa.

Nie mam zamiaru pisać historyi naszego czasopiśmiennictwa lekarskiego, gdyż to wymagałoby ogromu pracy, na którą należałoby bardzo dużo czasu poświęcić, a na to mię wobec innych zajęć żadną miarą nie stać. Nie mam również zamiaru pisać bibliografii naszych czasopism lekarskich [29]). Podjąwszy się na usilne życzenie Redakcyi »Przeglądu Lekarskiego« napisania niniejszego okolicznościowego szkicu do jubileuszowego numeru »Przeglądu«, z góry zastrzedz się muszę, że piszę tylko ogólny pogląd na rozwój naszego czasopiśmiennictwa lekarskiego, a nie wyczerpującą pracę. Lubo poświęciłem sporo czasu na poznanie naszych czasopism lekarskich, lubo starałem się przejrzeć wszystkie, znajdujące się w krakowskich księgozbiorach, jednak sam to dobrze czuję, że wobec wielkiej obfitości materyałów i wobec niemożności poznania dokładnego wszystkich czasopism lekarskich, jakie kiedykolwiek u nas wychodziły, szkic niniejszy może zawierać niejeden szczegół, który przy bliższem rozpatrzeniu sprawy należałoby uzupełnić lub zgoła zmienić. Rozumiem i to, że niejeden z redaktorów naszych czasopism lekarskich, który wiele pracy poświęcił, starając się o rozwój redagowanego przez siebie pisma, będzie się czuł może urażonym, że o nim, ani o piśmie przezeń redagowanem wzmianki nawet nie robię. Pochodzi to stąd, że ograniczyć się powinienem do rzeczy najważniejszych, w przeciwnym bowiem razie znaczniebym przekroczył ramy, w jakich szkic niniejszy zawarty być powinien. Chodzi mi bowiem o napisanie nie kroniki rozwoju naszego czasopiśmiennictwa lekarskiego, lecz tylko o uwydatnienie najgłówniejszych momentów w dziejach jego, oraz o poświęcenie kilku uwag »Przeglądowi Lekarskiemu«, który obchodzi właśnie pięćdziesięcioletni jubileusz, z okazyi którego rzecz niniejszą piszę.

W żadnem mieście naszem niema tylu czasopism lekarskich, co w Warszawie. Oprócz bowiem wspomnianych wyżej wychodziło i wychodzi tam wiele innych, z których wymienię najważniejsze. Do nich zaliczam dwutygodnik »Zdrowie«, który zaczął wychodzić od roku 1878. Redagowany był przez K. Dobrskiego i Znatowicza, a potem jeszcze i przez Dunina. Umieszczał on nie tylko artykuły z zakresu higieny, lecz i prace przyrodnicze. Do współpracowników jego między innymi należeli z lekarzy: Fabian, Klink, Zygmunt Kramsztyk, a z przyrodników: Edward Strasburger, wówczas profesor w Jenie, Boguski, Pawlewski i Ślósarski.

Po kilku latach dwutygodnik »Zdrowie« upadł, a na jego miejsce powstał w r. 1885 miesięcznik pod tą samą nazwą wychodzący. Redagowany z początku przez długi czas przez J. Polaka, zostawszy potem organem Warszaw-

[27]) Józef Jaworski. Przeszkody w rozwoju czasopiśmiennictwa lekarskiego polskiego — sposoby ich usunięcia — reformy potrzebne. »Gazeta Lekarska« 1907, Nr 37, str. 889.

[28]) Krytyka Lekarska 1904, str. 169.

[29]) Bibliografia naszych czasopism lekarskich, wychodzących w okresie czasu od 1831 do 1890 roku, podana jest w »Wykazie oryginalnych prac lekarskich polskich za czas od r. 1831 do 1890 włącznie«. Warszawa 1897, str. 943—8.

skiego Towarzystwa Higienicznego, niejednokrotnie zmieniał swoich redaktorów. Dla postępów higieny, zwłaszcza w Kongresówce, niemałe położył zasługi.—W ostatnich paru dziesiątkach lat zaczęły powstawać w Warszawie czasopisma archiwalne. Od roku 1893 wychodził tam »Przegląd Chirurgiczny, pismo poświęcone chirurgii, oftalmologii, otyatryi, laryngologii, akuszeryi, ginekologii, syfilidologii i dermatologii«. Istnienie swoje zawdzięczał prawie wyłącznie ofiarności przedwcześnie zmarłego Władysława Krajewskiego [30]). Chociaż wyszło tylko pięć tomów tego czasopisma, zajmuje ono wybitne miejsce w naszej literaturze lekarskiej, zawiera bowiem sporo wartościowych prac. »Przegląd Chirurgiczny« wydawany był niemal wytwornie. Po jego upadku zaczął wychodzić w Warszawie »Przegląd Chirurgiczny i Ginekologiczny«, którego obecnie wychodzi czwarty tom pod redakcyą A. Leśniowskiego. Wreszcie nadmienić należy, że Feliks Malinowski redaguje i wydaje w Warszawie już szósty rok »Przegląd Chorób Skórnych i Wenerycznych«, a Ludwik Dydyński »Neurologię Polską, dwumiesięcznik poświęcony neuropatologii, psychiatryi i psychologii eksperymentalnej«, którego wyszedł dopiero jeden tom. O tych, dobrze zapowiadających się czasopismach archiwalnych, które znajdują się dopiero w początkowym swego rozwoju okresie, nie czas jeszcze wypowiadać sąd krytyczny. Toż samo należy zaznaczyć odnośnie do »Przeglądu Pedyatrycznego«, od kilku lat wychodzącego z początku w Krakowie pod redakcyą zrazu St. Ciechanowskiego, później A. Kwaśnickiego, a teraz w Warszawie pod redakcyą L. Andersa i J. Brudzińskiego.

Kończąc uwagi o rozwoju czasopiśmiennictwa lekarskiego w Warszawie, nie można przemilczeć o »Gruźlicy, piśmie poświęconem walce z gruźlicą jako chorobą społeczną«, które zaczęło wychodzić pod redakcyą B. Dębińskiego i S. Sterlinga w 1909 roku i o »Krytyce Lekarskiej«, której wyszło 11 tomów. Pierwsze z tych czasopism upadło niemal w zarodku, bo w następnym zaraz roku po swojem założeniu, natomiast drugie wychodziło przez 11 lat do r. 1907 włącznie.

»Krytyka Lekarska«, miesięcznik założony i przez cały czas istnienia swego przez Zygmunta Kramsztyka redagowany, zajmuje odrębne miejsce od innych czasopism lekarskich, i to nie tylko naszych, lecz i obcych. W prospekcie jej czytamy: »Myśli samodzielnej, śmiałej a ścisłej, myśli swojskiej, służyć pragnie »Krytyka Lekarska«. Staraniem jej będzie: rozbierać i rozważać zasadnicze, ogólne pojęcia naukowe, przedstawiać historyę poglądów i metod, uwydatniać każdą pracę, mającą wartość naukową i chronić ją od zapomnienia, przedstawiać całą działalność wybitniejszych uczonych i lekarzy, wykazywać z całą względnością braki i wady dzieł i artykułów naukowych. — Obok nauki — i sprawy zawodowe stanowić będą zadanie pisma«. Program ten wypełniała »Krytyka Lekarska« bardzo sumiennie i nader umiejętnie. Potrafiła ona skupić w gronie swoich współpracowników poważny zastęp lekarzy, z których jedni pragnęli podtrzymać związek filozofii z medycyną, drudzy wzbogacić nasze piśmiennictwo z zakresu historyi medycyny, trzeci podnieść wysoko dział krytyki piśmiennictwa lekarskiego, inni omówić szeroko sprawy zawodu lekarskiego i t. d. Najwięcej do rozwoju »Krytyki« przyczynił się założyciel jej, a obok niego Wł. Biegański, Bieliński, Giedroyć, Hoyer, H. Nussbaum, Peszke, że ograniczę się do wyliczenia z licznego szeregu tych kilku tylko współpracowników. W »Krytyce« wysunęły się na naczelne miejsce dwa działy: jeden, zawierający rozbiór pojęć zasadniczych z zakresu medycyny i nauk przyrodniczych; drugi, poświęcony historyi medycyny. Natomiast dział, zawierający oceny dzieł i artykułów, zaczął szwankować w ostatnich latach istnienia »Krytyki«, w których upadek tego czasopisma stawał się widocznym. Czy zawieszenie »Krytyki« było konieczne? czy były robione próby podtrzymania zbiorowemi siłami tego czasopisma, które mogło mieć jeszcze, po okresie chylenia się do upadku, widoki znacznego w przyszłości powodzenia? — nie wiem. W każdym razie wielka szkoda, że »Krytyka« wychodzić przestała, gdyż programem swoim uzupełniała ona znakomicie inne nasze czasopisma lekarskie. W rocznikach »Krytyki« znajduje się bardzo wiele rzeczy, które mają wartość trwałą. Myślący lekarz i historyk medycyny nieraz i w przyszłości zaglądać będą do jej roczników, aby tam czerpać wątek do rozważania zasadniczych pojęć w dziedzinie nauk lekarskich i aby tam zbierać materyał do konstrukcyjnych prac historycznych.



LEON BLUMENSTOK-HALBAN
red. 1877 — 1892
Według fotografii będącej własnością rodziny.

Podnosząc w końcu wielką dbałość redaktora, a zarazem wydawcy o poprawność języka w »Krytyce« i wytworność jej wydania, jeszcze raz nie można wstrzymać się od wyrażenia żalu, że to ze wszechmiar oryginalne czasopismo upadło.

---

[30]) Zyciorys Władysława Krajewskiego. Gazeta Lek. 1907, Nr 13, str. 335.

ROZDZIAŁ II.

Kilka słów o czasopismach lekarskich polskich w Poznaniu, Lwowie, Łodzi i na obczyźnie. Rozwój czasopiśmiennictwa lekarskiego w Krakowie, ze szczególnem uwzględnieniem »Przeglądu Lekarskiego«. Myśli o potrzebie reformy naszego czasopiśmiennictwa lekarskiego.

Wydział Lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk Poznańskiego na wniosek trzech wybitnych lekarzy poznańskich: Święcickiego, Wicherkiewicza i Zielewicza powziął w roku 1888 zamiar wydawania czasopisma lekarskiego [31]). Śmiały ten zamiar, do wykonania w stosunkach poznańskich nader trudny, nie zraził jednak inicyatorów, którzy, uznając wielką doniosłość naukową i obywatelską zamierzonego przedsięwzięcia, doprowadzili je do skutku, znalazłszy poparcie ze strony zarządu Towarzystwa Przyjaciół Nauk, tudzież ze strony kolegów zarówno miejscowych, jak i zamiejscowych. Aby oprzeć przyszłe czasopismo lekarskie na trwałych, o ile możności, podstawach materyalnych, zakrzątnięto się około zbierania funduszu żelaznego. Niebawem zebrano na ten cel 1200 marek, które złożyli w udziałach po 50 marek: Batkowski, Buski, Chłapowski, Dembiński, Grodzki, B. Jagielski, Jerzykowski, Kaczorowski, Koehler, Kube, Niklewski, Preibisz, Stan, Święcicki, Szuman, Szyman, Wicherkiewicz, Zaremba, Zielewicz. Niektórzy z nich złożyli po dwa lub trzy udziały [32]).

Pierwszy numer nowego czasopisma, które otrzymało nazwę »Nowin Lekarskich«, wyszedł w styczniu 1889 roku. Zawiera on prace oryginalne następujących lekarzy: Zielewicza, Justyna Karlińskiego, Wł. Matlakowskiego, A. Obalińskiego i W. Jaworskiego, A Sokołowskiego, Święcickiego, Bol. Wicherkiewicza, oraz Alkiewicza. Niemniej obfity jest w pierwszym zeszycie »Nowin« dział ocen i sprawozdań, w którym znajdujemy referaty, napisane przez Święcickiego, Chłapowskiego, Wicherkiewicza, E. Biernackiego (z Warszawy), Zielewicza, Krysiewicza i Koehlera. Dalej następują działy zatytułowane: Ruch w Towarzystwach, Sprawy zawodowe, Zapiski lecznicze i Rozmaitości. Zaraz od pierwszego zeszytu stanęły »Nowiny« bardzo wysoko i przez długi okres czasu utrzymywały się na tym poziomie.

»Nowiny Lekarskie« są od samego początku organem Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk Poznańskiego. Wychodzą w zeszytach miesięcznych. Pierwsze dwa roczniki wydane były nakładem księgarni J. K. Żupańskiego, następnych pięć nakładem Fr. Chocieszyńskiego, dalsze dwa nakładem drukarni Tomaszewskiego, poczynając zaś od r. 1898 zaczęły »Nowiny« wychodzić nakładem komitetu redakcyjnego.

Pierwszy rocznik redagował komitet, składający się z Chłapowskiego, Koehlera, Świderskiego, Święcickiego, Wicherkiewicza, Zielewicza i Szumana. Przewodniczącym komitetu redakcyjnego był Bol. Wicherkiewicz, pozostając nim aż do wyjazdu z Poznania w początkach roku 1896, aby objąć katedrę okulistyki w Uniwersytecie Jagiellońskim. W tym pierwszym okresie »Nowiny« redagowane były świetnie i wychodziły w wytwornej szacie, której wartość podnosiły dobre ryciny w tekście i wyborne tablice litografowane. W uznaniu zasług przewodniczącego komitetu redakcyjnego Prof. Bol. Wicherkiewicza poświęciły mu »Nowiny« marcowy zeszyt w 1896 roku, zawierający prace najznakomitszych okulistów polskich z Krakowa, Warszawy, Wilna, Kijowa, a nawet jednego z głębi Rosyi.

Poczynając od zeszytu lutowego z r. 1896, przewodniczącym komitetu redakcyjnego został Heliodor Święcicki i był nim przez dwa lata, utrzymując »Nowiny« na tak wysokim poziomie, na jakim znajdowały się przedtem. W roku 1898 miejsce Święcickiego zajął Fr. Chłapowski, a od zeszytu czwartego z r. 1899 naczelne redaktorstwo objął ponownie Święcicki. Dla »Nowin« nastawały coraz cięższe czasy. Trzeba było zaiste wielkiego ze strony redaktora poświęcenia, aby nie dać upaść czasopismu, wydawanemu w coraz trudniejszych warunkach, w dzielnicy Polski, w której walka z narodowością naszą i ze wszystkiem, co polskie, coraz ostrzejsze formy przybiera. A że ta placówka nauki naszej, jaką są »Nowiny«, dotychczas istnieje, jest to w znacznej mierze zasługą Święcickiego, który obok zdolności organizatorskich odznaczał się niezwykłym taktem w stosunkach z współpracownikami »Nowin«, z którymi utrzymywał bardzo częstą i ożywioną korespondencyę, przywiązując ich do redagowanego przez siebie czasopisma. Kto za redaktorstwa Święcickiego został współpracownikiem »Nowin«, ten się już z niemi zwykle nie rozstawał. Mimo jednak talentu, wielkiej pracy i najlepszych chęci redaktora, »Nowiny« nie mogły się tak rozwijać, jak dawniej, kiedy warunki, w których wychodziły, były znacznie lepsze. Od roku 1901 zaczęły »Nowiny« wychodzić w skromniejszem wydaniu, aniżeli dawniej. Od tego roku największy nacisk położyły na dział referatowy, aczkolwiek i pracom oryginalnym sporo miejsca poświęcają. — W roku 1904 zaczął wychodzić staraniem Dra Święcickiego, jako bezpłatny dodatek do »Nowin«, »Album wybitnych lekarzy polskich«, wydawnictwo, posiadające rzetelną wartość. Album to dotychczas wychodzi, lubo po ustąpieniu z redaktorstwa H. Święcickiego oddzielne tablice Albumu ukazują się nierównie rzadziej, aniżeli przedtem. W roku 1905 wyszło w Poznaniu jubileuszowe wydanie »Teoryi jestestw organicznych« Jędrzeja Sniadeckiego, staraniem redakcyi »Nowin Lekarskich«, a więc znów staraniem H. Święcickiego. Z końcem następnego roku Święcicki ustąpił z redaktorstwa, a miejsce jego zajął Stanisław Łazarewicz, który dotychczas pozostaje naczelnym redaktorem »Nowin«, redagując je przy współudziale komitetu, w skład którego wchodzą: Fr. Chłapowski, Dziembowski, Kapuściński, Panieński, Fr. Zakrzewski, Mieczkowski, Pomorski, Niegolewski, Stasiński, Karwowski, Krysiewicz, Skoczyński, Dembiński i Gantkowski. W uznaniu zasług, jakie położył dla »Nowin« H. Święcicki, poświęciły mu one pierwszy zeszyt z 1907 roku, który wyszedł już pod nową redakcyą.

Nietrudno byłoby wytknąć niejedną wadę i usterkę w »Nowinach Lekarskich« w późniejszym ich okresie, w którym wychodzą w coraz trudniejszych warunkach. Lecz te wady i usterki są drobną rzeczą w porównaniu do zasługi istotnie wielkiej podtrzymywania z dużem poświęceniem tego czasopisma, które jest posterunkiem pracy kulturalnej, a zarazem łącznikiem między lekarzami wielkopolskimi

---

[31]) T. Dembiński. Ogólne sprawozdanie z czynności Wydz. Lek. Tow. Przyj. Nauk za rok 1888. Nowiny Lekarskie 1889, Nr 1.

[32]) Nowiny Lekarskie 1889, Nr 1, str. 48.

i ich kolegami w innych dzielnicach dawnej Rzeczypospolitej.

We Lwowie robiono niejednokrotnie próby wydawania czasopism lekarskich, atoli z wynikiem nie świetnym, gdyż zakładane tam czasopisma zwykle po krótkim czasie żywot swój kończyły. Po upadku »Rocznika Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich«, którego wyszły tylko dwa tomy, pierwszy w r. 1869, a drugi w roku następnym, — zakłada tam Zygmunt Dobieszewski miesięcznik p. t. »Służba Zdrowia Publicznego. Czasopismo poświęcone wszystkim gałęziom umiejętności lekarskiej ze szczególnym względem na medycynę publiczną«. Po wyjściu dwóch tomów tego czasopisma w r. 1872, przestało ono wychodzić. Znajdują się w niem prace Blumenstoka, Domańskiego, E. Korczyńskiego i innych. W końcu drugiego tomu robi redaktor gorzkie wyrzuty lekarzom, zwłaszcza lwowskim szpitalnym, za to, że nie poparli wydawnictwa przez niego zapoczątkowanego: »Rozpoczynając takowe w początku b. r. — pisze tam Dobieszewski — mniemałem, że mam obowiązek wziąć na siebie te trudy, jakkolwiek nie taiłem przed sobą, iż spotkać mogę rozliczne trudności i przeszkody tak moralne, jak i materyalne. Zawieszone jednak wydawnictwo »Kliniki« w r. 1870, niemożność otworzenia na jej miejsce nowego czasopisma w Warszawie, brak wszelkiego, choćby najmniejszego objawu naukowego ruchu na polu medycyny we Lwowie, wkładał na mnie niejako moralny obowiązek przedłużenia wydawnictwa, które w Królestwie Polskiem przez sześć lat z niemałem powodzeniem prowadziłem. Trudności, jakie w ciągu pierwszego roku swej pracy spotkałem, przeszły wszystko, czego się w ucywilizowanych towarzystwach obawiać można było. Z całej Galicyi znalazło się stu prenumeratorów.....« —Niedługo, bo tylko cztery lata, wychodził również drugi miesięcznik lwowski p. t. »Wiadomości Lekarskie«, redagowany przez J. K. Wiktora. Pierwszy numer tego miesięcznika wyszedł 15. lipca 1886 r. Chociaż wydawany on był nieźle i miał takich współpracowników, jak n. p. Adamkiewicza, Blumenstoka, E. Fingera, W. A. Gluzińskiego, W. Jaworskiego, Obalińskiego, Święcickiego, Szpilmana i B. Wicherkiewicza, upadł jednak już w r. 1890.

Wymienione czasopisma, przeznaczone dla szerokich kół lekarzy praktyków, utrzymać się we Lwowie nie mogły, gdyż po pierwsze, z powodu braku Wydziału Lekarskiego w Uniwersytecie Lwowskim nie mógł tam powstać żywszy ruch naukowy wśród lekarzy; powtóre zaś, »Przegląd Lekarski«, wydawany w Krakowie, zupełnie wystarczał dla wszystkich lekarzy w Galicyi, wobec czego inne czasopisma o podobnym, jak »Przegląd« programie były tam całkiem zbyteczne i nie tylko nie pożyteczne, ale nawet szkodliwe, albowiem same rozwijać się należycie nie mogły i tamowały poniekąd rozwój »Przeglądu Lekarskiego«. — Gdy został założony w r. 1894 Wydział Lekarski we Lwowie, ruch naukowy medyczny znacznie tam wzrósł, czego dowodem powstanie w tem mieście »Polskiego archiwum nauk biologicznych i lekarskich«, oraz założenie »Lwowskiego Tygodnika Lekarskiego«. Pierwsze z tych czasopism, którego redaktorem jest H. Kadyi, wychodzi w ozdobnem niemal wydaniu, w zeszytach, ukazujących się w nieregularnych odstępach czasu. Pierwszy tom wyszedł w r. 1902, drugi w r. 1905, a trzeci zaczął wychodzić w r. 1907 i dotychczas, o ile mi wiadomo, nie został ukończony. Czasopismo to drukuje prace ściśle naukowe, podając tekst ich w języku polskim i jednocześnie w języku niemieckim lub francuskim. — Co się tyczy »Lwowskiego Tygodnika Lekarskiego«, będącego organem Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego i od półtora roku także Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich, to zaznaczyć należy, że programem nie różni się on zasadniczo od »Przeglądu Lekarskiego«. Dopiero w r. 1910 wprowadził »Tygodnik« dział, który, jeżeli się z czasem rozwinie, nada mu odrębne stanowisko od innych naszych czasopism lekarskich tygodniowych. Mam na myśli dział p. t. »Krytyka Lekarska«, będący niejako dalszym ciągiem miesięcznika warszawskiego, który pod tą nazwą wydawał Zygmunt Kramsztyk. Byłoby rzeczą pożądaną, aby wspomniany dział »Tygodnika« mógł tak się rozwinąć, aby dorównał dawnej »Krytyce Lekarskiej«, a nawet stanął wyżej od niej, podobnie, jak się to stało z wydawanym w »Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego« działem »Przeglądu piśmiennictwa lekarskiego polskiego«, będącego dalszym ciągiem »Rocznika Medycyny Polskiej«, wydawanego przez Rogowicza w ciągu 10 lat, poczynając od r. 1879. — Z czasopism lekarskich, wychodzących we Lwowie, nie godzi się pominąć milczeniem dwóch jeszcze, które tam od kilku lat wychodzą. Są to: 1) »Przegląd Higieniczny«, organ Towarzystwa Higienicznego i Towarzystwa »Ochrona Młodzieży«, który wychodzi już dziesiąty rok; 2) »Głos Lekarzy, dwutygodnik, poświęcony sprawom zawodowym lekarskim, deontologii i zagadnieniom z zakresu medycyny społecznej, subwencyonowany przez Izbę Lekarską Wschodnio-Galicyjską«. Tytuły tych czasopism dokładnie wskazują, jakie mają one zadania. »Przegląd Higieniczny« ma podobne zadanie, jak miesięcznik warszawski »Zdrowie«; ustępuje mu jednak pod względem obfitości treści. Natomiast »Głos Lekarzy«, wychodzący już dziewiąty rok, ma całkiem odrębny program od innych naszych czasopism lekarskich. Przez 8 lat był on jedynem tego rodzaju pismem peryodycznem u nas. W roku bieżącym powstało podobne czasopismo także w Krakowie pod nazwą: »Słowo Lekarskie«. Nawiasem dodam, że redaktor »Głosu Lekarzy« już czwarty rok redaguje i wydaje we Lwowie miesięcznik lekarski w języku esperanckim p. t. »Voĉo de kuracistoj«.

Inny charakter, aniżeli wszystkie czasopisma, o których wyżej była mowa, posiadał miesięcznik, który powstał był w Łodzi z inicyatywy lekarzy Józefa Kolińskiego i Seweryna Sterlinga. Wychodził on p. t. »Czasopismo Lekarskie« samoistnie przez dziesięć lat (1899—1908). Przez cały ten czas redaktorem jego był S. Sterling. W artykule wstępnym ostatniego wydanego w Łodzi zeszytu (z grudnia 1908) podany jest krótki obraz dziesięcioletnich dziejów czasopisma. Z artykułu rzeczonego zaczerpnąłem tych kilka wiadomości, które niżej podaję.

»Czasopismo lekarskie« było organem Towarzystw Lekarskich prowincyonalnych w Królestwie Polskiem. Dążyło ono stale do tego, aby być łącznikiem lekarzy, »którzy w swej działalności wznosili się ponad poziom wyłącznie zarobkowy«; aby wzmacniać poczucie łączności zawodowej lekarzy prowincyonalnych; aby ułatwiać wymianę ich myśli, podnosić poczucie godności osobistej, oraz »poczucie wartości roli lekarza prowincyonalnego jako zawo-



STANISŁAW DOMAŃSKI
red. 1893 — 1896
Według fotografii ze zbiorów Muzeum histor. medyc. polsk.

dowca i obywatela«. »Czasopismo« drukowało obok prac z dziedziny medycyny praktycznej, również »prace z zakresu antropologii, szpitalnictwa, epidemiologii, demografii, higieny społecznej«, a nadto umieszczało na swych szpaltach artykuły i wiadomości »o organizacyi medycyny wiejskiej, o medycynie fabrycznej, o chorobach zawodowych, o żywieniu się mas, o sanatoryach i przytułkach, o rzeczoznawstwie, o pielęgniarstwie i t. p. i t. p. sprawach dalekich od farmacyi i receptury«. W r. 1909 »Czasopismo« połączyło się z »Przeglądem Lekarskim«. Do zawieszenia jego, jako samoistnego pisma peryodycznego, przyczyniły się głównie wypadki polityczne, których widownią przed kilku laty było całe państwo rosyjskie, nie wyłączając Królestwa Polskiego. »A gdy burza przeszła, gdy nadzieje, jak błyskawice, zgasły — ręce opadły, by już tylko powoli i z wysiłkiem znów do pracy ogólnej powrócić«. »Czasopismu« zabrakło wówczas współpracowników, gdyż prawie we wszystkich prowincyonalnych Towarzystwach Lekarskich Królestwa, które przedtem obficie zasilały ten miesięcznik pracami, odczytywanemi na swoich posiedzeniach, zapanował zastój. »Nawet w swem najbliższem otoczeniu — pisze »Czasopismo Lekarskie« w ostatnim w Łodzi wydanym zeszycie — wyschły nam trzy źródła prac naukowych, zawsze dla nas otwarte. Kol. Serkowski przeniósł swoją pracownię naukową do Warszawy; szpital Anny Maryi kieruje cały swój dorobek do nowego organu specyalnego, a z wyjazdem kol. J. Mazurkiewicza zmalała produkcya naukowa Kochanówki«. Wskutek wszystkich tych okoliczności »Czasopismo Lekarskie« znalazło się w trudnem położeniu, aż wreszcie z końcem 1908 roku połączyło się z »Przeglądem Lekarskim«.

Zanim przejdę do omówienia rozwoju czasopiśmiennictwa lekarskiego w Krakowie, wspomnieć mi wypada, że i na obczyźnie robione były próby wydawania polskich czasopism lekarskich. I tak w Petersburgu wyszedł w roku 1862 tom pierwszy, a zarazem ostatni »Rozmaitości Lekarskich«[33]), a w Paryżu wychodził »Rocznik Towarzystwa Paryskiego Lekarzy Polskich«, którego tom pierwszy wyszedł w r. 1859, drugi w 1860, a trzeci i ostatni w 1868. Współpracownikami wspomnianego »Rocznika« byli Ksawery Gałęzowski, Hirschfeld, Raciborski i inni. — Nie potrzeba chyba rozwodzić się nad tem, że wszelkie próby zakładania czasopism lekarskich zagranicą muszą chybiać celu, gdyż długo się tam one utrzymać nie mogą.

Pierwszem czasopismem lekarskiem w Krakowie był wydawany nakładem Ludwika Bierkowskiego »Rocznik obejmujący zdanie sprawy z czynności Kliniki Chirurgicznej i Położniczej Uniwersytetu Jagiellońskiego«. Wyszły tylko trzy tomy, a raczej zeszyty tego »Rocznika«. Wszystkie one zawierają sprawozdania z działalności Kliniki Chirurgicznej, a nadto dwa pierwsze również z działalności Kliniki Położniczej. Obok sprawozdań w każdym zeszycie znajdują się artykuły treści lekarskiej, w których opisane są głównie ważniejsze przypadki, leczone w Klinice Chirurgicznej. Wszystkie artykuły, prócz jednego, zostały napisane przez Bierkowskiego. Pierwszy zeszyt »Rocznika« wyszedł w 1832, trzeci, a zarazem ostatni w r. 1834. Rocznik Bierkowskiego upadł z powodu zbyt małej liczby prenumeratorów. Miał wprawdzie Bierkowski zamiar wznowić po kilku latach swoje wydawnictwo, lecz zaniechał tego zamiaru z chwilą, gdy zaczął wychodzić w Krakowie »Rocznik Wydziału Lekarskiego w Uniwersytecie Jagiellońskim«. — Czasopismo to stanowi ładną kartę w dziejach Krakowskiego Wydziału Lekarskiego. Powstało ono w następujących okolicznościach. Po reorganizacyi Uniwersytetu Jagiellońskiego w r. 1833 nastąpiło prawdziwe odnowienie Wydziału Lekarskiego, gdyż znaczna część profesorów ustąpiła, a ich miejsca zajęli nowi profesorowie, ludzie przeważnie bardzo młodzi, z których niektórzy dopiero przed kilku laty opuścili ławy studenckie. Dość powiedzieć, że w r. 1835, gdy wszystkie dziewięć katedr na Wydziale Lekarskim były już obsadzone profesorami zwyczajnymi, nie było wśród nich ani jednego, któryby dosięgnął pięćdziesięciu lat, a natomiast było sporo młodszych, jak n. p. Skobel, mający 29 lat, Kozubowski, mający 30 lat, Majer, mający 32 lata, Bierkowski, mający 34 lata i t. d. Zawrzało nowe życie w Wydziale Lekarskim, którego wszyscy członkowie ożywieni byli gorącą chęcią służenia dobru publicznemu. Postanowiwszy zaprowadzić ład na Wydziale, zaczęli od porządkowania archiwum Wydziału, które znajdowało się w wielkim nieładzie i, niestety, w znacznej części uległo już było zniszczeniu. Dziekan Wydziału Lekarskiego Brodowicz w sprawozdaniu z czynności Wydziału w r. 1833/4 i 1834/5 pisze o tem archiwum: »Profesorowie czynni, ratując te resztki historyi swojego Wydziału od zupełnej zagłady i zapobiegając na przyszłość podobnemu bezrządowi kazali na swój koszt obszerną i mocną sporządzić szafę zamykaną, w sali lekarskiej umieszczoną i takową na stałe mieszkanie archiwum lekarskiego ofiarowali, gdzie w r. 1833/4 przeniesione i pod klucz Sekretarzowi Wydziału oddane zostało«.... »Nakoniec Wydział

[33]) Wykaz oryginalnych prac lekarskich polskich za czas od r. 1831 do 1890 włącznie. Warszawa 1897, str. 947.

Lekarski, wskutek zapadłych odmian w większej połowie swojej odrodzony i w całym komplecie na ostatniej sesyi zebrany, pragnąc ażeby wskrzeszony raz duch porządku i rzetelnego dobra zawsze już odtąd w nim przemieszkiwał, ażeby nadto stan jego każdoczesny i ciągłe działanie całej publiczności były wiadome, dla zachowania onych w pamięci i przysparzania połączonemi siłami pożytków z nauki i sztuki lekarskiej wynikających, które krzewić i pielęgnować jego szczególnem jest powołaniem, postanowił jednozgodnie wydawać odtąd Roczniki według ułożonego przez siebie planu i takowe drukiem ogłaszać« [34]). Brodowicz podaje, że to na jego właśnie wniosek Wydział Lekarski postanowił wydawać »Rocznik« [35]). Atoli uchwała rzeczona nie odrazu została w życie wprowadzona. Dopiero na posiedzeniu Wydziału w dniu 17. stycznia 1838 został przyjęty projekt zamierzonego wydawnictwa, ułożony przez F. Skobla. Według projektu tego, znajdującego się w Archiwum Uniwersytetu Jagiellońskiego w księdze sprawozdań z posiedzeń Wydziału w r. szk. 1837/8, »Rocznik Wydziału Lekarskiego« ma się składać z dwóch działów: historyczno-statystycznego i lekarsko-naukowego. Pierwszy obejmować będzie szczegółową kronikę Wydziału, tudzież wiadomości z dziejów jego; drugi zawierać będzie rozprawy naukowe. W końcu projekt podaje, że szczególnem staraniem redakcyi ma być czystość języka. Wszystkie ważniejsze rzeczy, w projekcie zawarte, zostały uwzględnione w »Roczniku«, którego tom pierwszy wyszedł w r. 1838, a ostatni w r. 1846 z datą r. 1845. Wszystkich tomów wyszło osiem. Redaktorami »Rocznika« byli Majer i Skobel [36]) Wydawany on był pod każdym względem wzorowo. Na czele prawie każdego tomu znajduje się portret jednego z dawnych profesorów Wydziału. Dział pierwszy we wszystkich tomach zawiera bardzo szczegółowe sprawozdania roczne, zarówno z czynności całego Wydziału, jak i każdego z profesorów w szczególności, a prócz tego w dziale tym znajdują się niezwykle ciekawe i ważne wiadomości, dotyczące dziejów Wydziału; w dziale drugim ukazało się sporo rozpraw naukowych, napisanych przeważnie przez profesorów Wydziału Lekarskiego. »Rocznik« posiada nieocenioną wprost wartość dla przyszłego historyka Wydziału Lekarskiego w Uniwersytecie Jagiellońskim. Prawdziwa szkoda, że tylko przez kilka lat wychodził. Brodowicz, wspominając w r. 1871 z żalem o upadku tego czasopisma, nadmienia, iż nie wie, dlaczego w r. 1846 zaniechano dalszego jego wydawania [37]). Pisząc w ćwierć wieku o upadku »Rocznika«, widocznie zapomniał, jakie były przyczyny zawieszenia wydawnictwa, boć musiał o nich swego czasu wiedzieć, skoro w r. 1846 należał jeszcze do czynnych profesorów Wydziału Lekarskiego, a więc i do współwydawców »Rocznika«. Przyczyny te łatwo odgadnąć. »Rocznik« wychodził nakładem wszystkich profesorów Wydziału Lekarskiego, których liczba nie przekraczała dziesięciu. Postanowili oni opłat egzaminacyjnych nie brać dla siebie, lecz obracać je w całości na pokrycie kosztów swego czasopisma. Na ten sam cel poświęcali również dochód z rozsprzedaży »Rocznika«. Ale dochody, z obydwu tych źródeł pochodzące, żadną miarą wystarczyć nie mogły na pokrycie kosztów papieru i druku tego na swój czas, rzec można, wytwornego wydawnictwa. Musiał więc w kasie powstać niedobór. W sprawozdaniach kasowych, dotyczących kosztów wydawania »Rocznika«, złożonych Wydziałowi Lekarskiemu przez Majera, podano, że n. p. w końcu roku 1845 niedobór wynosił 771 złp. i 14 gr. Oczywiście deficyt ten pokrywali profesorowie z własnej kieszeni. Wydawanie »Rocznika« pochłaniało spore sumy: koszta n. p. wydania szóstego tomu, który odbito tylko w 150 egzemplarzach, wyniosły 1339 złp. 25 gr., koszta zaś wydania siódmego tomu, także tylko w 150 egzemplarzach odbitego, wyniosły 1099 złp. 28 gr. [38]). Dopóki istniała Rzeczpospolita Krakowska, mogli profesorowie Wydziału Lekarskiego, pobierający wówczas po 6000 złp. rocznie, nie tylko zrzec się pobierania opłat za egzamina na rzecz wydawania »Rocznika«, lecz nawet pewne kwoty dawać na pokrycie deficytu wydawnictwa, gdyż w tych czasach Kraków należał do bardzo tanich miast, z płacy więc 6000 złp. rocznie wynoszącej, mogli nawet część zaoszczędzać. Po przyłączeniu Krakowa do Austryi w r. 1846, drożyzna w tem mieście bardzo wzrosła, natomiast płace profesorów nie tylko nie zostały powiększone, lecz nawet o 300 złp. zmniejszone [39]). Wobec tego położenie materyalne ich w wysokim stopniu pogorszyło się. Prawdopodobnie ta, a nie inna okoliczność miała decydujący wpływ na zawieszenie »Rocznika Wydziału Lekarskiego w Uniwersytecie Jagiellońskim«, który był bądź co bądź kosztownem wydawnictwem, w każdym razie zbyt kosztownem dla nielicznego wówczas grona profesorów Wydziału Lekarskiego.

Po upadku »Rocznika« Kraków przez długie lata był pozbawiony czasopisma lekarskiego, bo aż do roku 1862, w którym zaczął wychodzić »Przegląd Lekarski«.

Nowe to czasopismo powstanie swoje zawdzięcza niemal wyłącznie profesorom Wydziału Lekarskiego w Uniwersytecie Jagiellońskim, ówczesnym członkom Towarzystwa Naukowego Krakowskiego. Na posiedzeniu Komitetu rzeczonego Towarzystwa dnia 21. stycznia 1862 została zatwierdzona uchwała Oddziału nauk przyrodniczo-lekarskich, dotycząca wydawania peryodycznego pisma lekarskiego [40]). W kilka dni potem wysłało Towarzystwo naukowe podanie w tej sprawie do namiestnictwa. Brulion tego podania, podpisany przez prezesa Majera, znajduje się w Archiwum Akademii Umiejętności, która, jak wiadomo, jest dalszym ciągiem Towarzystwa Naukowego. Na tym brulionie, który zapewne służył zarazem jako odpis podania, zanotowano, iż wysłano je 24. stycznia 1862. Ponieważ został w niem wyłuszczony program zamierzonego tygodnika lekarskiego, przeto je tutaj w całości podaję, jako ważny dokument odnoszący się do założenia »Przeglądu Lekarskiego«:

»Do Wysokiego c. k. Namiestnictwa Galicyi.

C. K. Towarzystwo naukowe krakowskie, pragnąc ażeby w duchu obowiązującej je ustawy działalność jego

34) Maciej Józef Brodowicz. Ważniejsze dokumenta odnoszące się do swojego udziału w sprawach i losach Zakładów naukowych b. W. M. Krakowa i jego Okręgu. Zebrał i objaśnił.... Kraków 1874, str. 94.

35) Tamże, str. XXXIV.

36) Tamże, str. XXXIV.

37) Maciej Józef Brodowicz. Przegląd ogólny swojego zawodu lekarskiego i nauczycielskiego. Kraków 1871, str. 84.

38) Archiwum Uniwersytetu Jagiell. Akta Wydziału Lekarskiego z r. 1844/5 i z r. 1845/6.

39) M. J. Brodowicz. Przegląd ogólny l. c. str. 114.

40) Akademia Umiejętności. Archiwum Towarzystwa Naukowego Krakowskiego.

skuteczniej dla dobra nauki i pożytku kraju rozwijać się mogła, postanowiło wydawać pismo tygodniowe pod tytułem: Przegląd lekarski, wydawany staraniem Oddziału nauk przyrodniczo-lekarskich c. k. Towarzystwa naukowego krakowskiego.

Donosząc o tem Wys. Namiestnictwu, Towarzystwo naukowe w duchu ustawy drukowej z d. 27. maja 1852 r. Nr 122 ma zaszczyt załączyć następujące wyjaśnienia:

1) Treść pisma stanowić będą: a) Prace oryginalne, mianowicie treść rozbiorów lekarskich, na posiedzeniach Towarzystwa odczytywanych; opisy szczegółowych przypadków chorób leczonych w klinikach krakowskich lub...... [41]) nadesłanych; ważniejsze ustępy z wykładów uniwersyteckich; b) Pogląd na postęp nauk w ogólności, mianowicie rychła wiadomość o ważniejszych spostrzeżeniach i systematyczny przegląd postępu z roku poprzedniego; c) Część literacka, obejmująca kronikę bibliograficzną i krytykę; d) Rozmaitości ze statystyki lekarskiej, hygieny publicznej, nekrologii, meteorologii i t. d.

2) Wydawcą i nakładcą będzie oczywiście Towarzystwo naukowe, zastępowane redakcyą złożoną z Prof. Bryka, Dietla, Majera i Skobla i członka Towarzystwa Dra Zieleniewskiego, do którego należeć będzie zarząd bióra i wszelka administracya.

3) Pismo ma się drukować w Drukarni Uniwersyteckiej.

4) Wychodzić będzie tygodniowo.

Gdy jakby sądzić wypadało, kwalifikacya wydawcy zamierzonego pisma, ile że nim jest Towarzystwo naukowe, wątpliwości ulegać nie może; gdy owszem wynika ze statutu Towarzystwa, aby takowe wszelką możebną drogą przyczyniało się do postępu i rozszerzenia umiejętności; gdy wreszcie i treść pisma żadnej ze strony władz krajowych nie może nasuwać trudności; — upraszając więc Wysokie Namiestnictwo, krajowe w duchu ustawy wyżej powołanej, o udzielenie potrzebnego w tej mierze upoważnienia, Towarzystwo naukowe tuszy sobie, że przychylną odpowiedzią rychło zaszczyconem zostanie, ile że przyspieszenie wydawnictwa, jak z jednej strony dla Towarzystwa, tak z drugiej dla lekarzy krajowych nader jest pożądanem.

Kraków, d. 24. stycznia 1862.

Dr Majer«.

Przychylna odpowiedź namiestnictwa rychło nadeszła, i »Przegląd Lekarski« zaczął niebawem wychodzić pod redakcyą Bryka, Dietla, Majera, Skobla i Zieleniewskiego. Wkrótce grono redakcyjne powiększył Oettinger.

W pierwszych dziesięciu latach (1862—1871) »Przegląd« wydawany był staraniem Oddziału nauk przyrodniczych i lekarskich C. K. Towarzystwa Naukowego Krakowskiego. Oddział rzeczony, na którego czele stał w r. 1862 Fr. Skobel, przystępując do wydawania »Przeglądu«, nie potrzebował troszczyć się zbytnio o jego byt materyalny, albowiem Dietl przyrzekł przyjść z pomocą pieniężną zamierzonemu czasopismu, jeżeli zajdzie tego potrzeba. W aktach, pozostałych po Towarzystwie Naukowem Krakowskiem, znajduje się pismo urzędowe z d. 15 stycznia 1862 r., wystosowane do Komitetu Towarzystwa przez Oddział nauk przyrodniczych i ścisłych, w którem jest mowa o obietnicy Dietla. W piśmie tem, podpisanem przez Skobla, jako przewodniczącego Oddziału, i przez Oettingera, jako sekretarza, w końcowym ustępie zaznaczono, że »mające wejść w życie nowe przedsiębiorstwo naukowe nie wymaga ze strony Towarzystwa żadnych ofiar materyalnych, albowiem niepłonna jest nadzieja, że się pismo o swoich siłach utrzyma, a nawet w razie niedoboru, o ile Towarzystwo pokryćby go nie mogło, Szanowny Rektor Uniw. Jagiell. a członek Towarzystwa Dietl pokryć go z własnych funduszów wspaniałomyślnie przyobiecał« [42]).

W temże piśmie Oddział nauk przyrodniczych i ścisłych podaje do wiadomości Komitetu Towarzystwa, iż postanowił powierzyć redakcyę przyszłego tygodnika lekarskiego »komisyi, złożonej z pięciu członków a w szczególności: 1) z Prezesa Tow. Nauk. Majera, 2) z Przewodniczącego Oddziału Skobla, 3) z kolegi Bryka, 4) z kolegi Dietla i 5) z kolegi Zieleniewskiego, poruczając temu ostatniemu obowiązki zarządcy biura. Zastępcą zaś tegoż wyznaczył Sekretarza Oddziału kol. Oettingera«.

Główna zasługa założenia »Przeglądu« przypada w udziale Dietlowi, który pragnął obudzić ruch naukowy wśród lekarzy naszych zwłaszcza w Galicyi, oraz Majerowi i Skoblowi, którzy podzielali to dążenie Dietla. Oettinger, który sam należał do współzałożycieli »Przeglądu«, pisze, że Dietl miał przeważny, a zarazem stanowczy wpływ na założenie tego czasopisma. »Wykazywał on dobitnie potrzebę czasopisma lekarskiego, wychodzić mającego w krótkich odstępach czasu dla podania prac bieżących i ożywienia ruchu naukowego, nalegał natarczywie na rychłe jego założenie, gdyż inaczej spostrzeżenia i poszukiwania, nie znajdując pomieszczenia w kraju, albo zmarnieją, albo zasilać będą dzienniki obce«... [43]). Za jego to inicyatywą i staraniem powstała w Towarzystwie Naukowem Komisya redakcyjna, której zadaniem było wydawanie »Przeglądu« [44]).

Dietl był to człowiek niesłychanej energii, inicyator jakich mało, a przytem w całem tego słowa znaczeniu człowiek mądry. Dzielnością nie dorównał mu żaden z naszych lekarzy. Do czego się brał, zawsze niemal osiągał zamierzony skutek.

Prócz Dietla przyczynili się do zawiązania Komisyi redakcyjnej »Przeglądu« także Majer i Skobel [45]).

Nie mam zamiaru w szkicu niniejszym pisać życiorysów redaktorów »Przeglądu Lekarskiego«, a więc i życiorysu Dietla. Chodzi mi tylko o skreślenie bardzo zwięzłych charakterystyk najwybitniejszych redaktorów i o uwydatnienie najgłówniejszych zasług, położonych przez nich dla rozwoju »Przeglądu«. Niestety, i to zadanie, a mianowicie druga część jego jest bardzo trudna do rozwiązania, prawie nawet niemożliwa, gdy chcemy dokładnie ocenić zasługi każdego z wybitniejszych redaktorów, którzy kierowali »Przeglądem« w pierwszem jego dziesięcioleciu, albowiem wtedy po pięciu, sześciu, a nawet siedmiu redaktorów jednocześnie prowadziło pismo, przyczem nie wiadomo, jaki był udział każdego z nich w pracy redakcyjnej. Mogłyby na tę rzecz rzucić światło sprawozdania z posiedzeń komisyi redakcyjnej, gdyby sprawozdania te przechowały się do tego czasu. Nie mogłem ich atoli nigdzie znaleźć; zresztą nie wiadomo, czy były one wogóle spisywane. Wiemy tylko z nagłówków »Przeglądu«, kto go redagował. Reszty trzeba

[41]) Wyraz nieczytelny.

[42]) Akademia Umiejętności. Archiwum Tow. Nauk. Krak.

[43]) J. Oettinger. Józef Dietl. Rys biograficzny. Przegląd Lekarski 1878.

[44]) Tamże.

[45]) W. Ściborowski. Wspomnienie o ś. p. Drze Józefie Dietlu. Odbitka z Rocznika Towarz. Dobroczynności. Kraków 1878.

się domyślać z artykułów redakcyjnych, umieszczanych w tem czasopiśmie, oraz z przeglądania poszczególnych jego roczników.

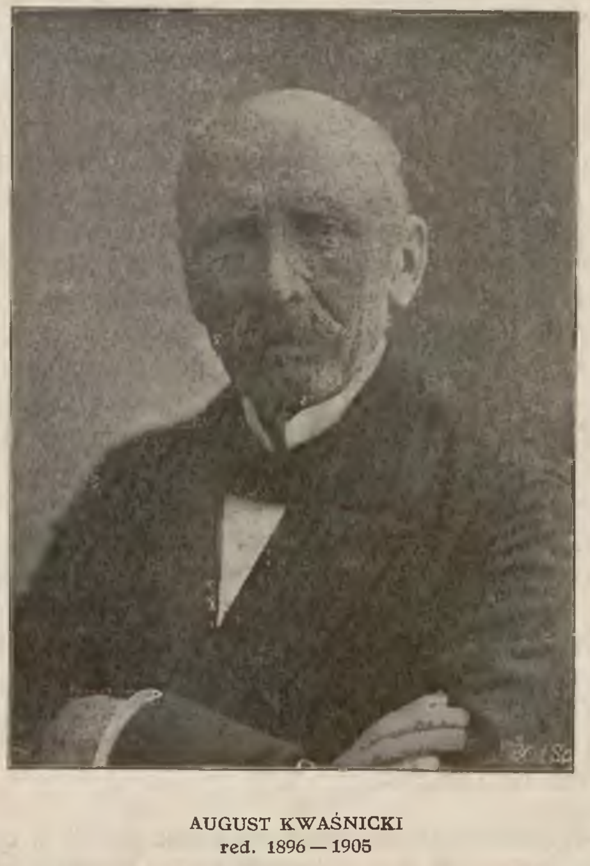
Dotychczasową historyę »Przeglądu Lekarskiego« należy podzielić na dwa okresy: pierwszy obejmuje dziesięciolecie, w którem »Przegląd« wydawany był staraniem Oddziału nauk przyrodniczych i lekarskich Towarzystwa Naukowego Krakowskiego; drugi zaczyna się od dwunastego rocznika, od którego stał się on organem Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego i Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich we Lwowie. Między wymienionymi okresami był jeden rok przejściowy, w którym »Przegląd«, stawszy się własnością St. Janikowskiego i Lutostańskiego [46]), był przez nich, a poczynając od numeru drugiego, także przez K. Grabowskiego redagowany i wydawany.

Poczet redaktorów »Przeglądu« w pierwszem dziesięcioleciu był następujący. Pierwszy rocznik zaczął wychodzić pod redakcyą Bryka, Dietla, Majera, Skobla i Zieleniewskiego. Poczynając zaś od numeru 28-go do składu Komisyi redakcyjnej wszedł Oettinger, który do tego czasu brał tylko zastępczo udział w pracach Komisyi. Z tych sześciu redaktorów trzej: Majer, Oettinger i Skobel, byli redaktorami przez całe dziesięć lat, inni zaś usunęli się z redakcyi wcześniej: Bryk po 2 latach, Dietl po 5, a Zieleniewski po 8. Prócz wymienionych redaktorów byli nadto nimi w pierwszem dziesięcioleciu »Przeglądu«: Madurowicz (1867—1870), Rydel (1867—1871), Janikowski (1867—1871 i dalej do 1876) i Lutostański (1870—1872).

Pierwszy numer »Przeglądu Lekarskiego« wyszedł 5 kwietnia 1862, mając na czele początek sławnej pracy Dietla p. t. »Aforyzmy kliniczne na ścisłem badaniu osnute«. Dalej następuje artykuł Oettingera, zatytułowany »Róg na głowie niewiasty«; potem wiadomość o badaniach Czyrniańskiego, wykonanych w pracowni chemicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, a mianowicie o »wykryciu w żołądku koniinu«. Po tych artykułach oryginalnych Majer podaje szczegółową ocenę podręcznika histologii, napisanego przez Hoyera. Zamykają zaś numer: sprawozdanie z posiedzenia Oddziału nauk przyrodniczych i lekarskich Towarzystwa Naukowego Krakowskiego, nekrologia, wiadomości bibliograficzne i wreszcie korespondencya redakcyi. Całość numeru czyni wrażenie dodatnie. Toż samo można rzec o następnych numerach, których treść urozmaicona jest nadto wyciągami z pism lekarskich zagranicznych. Pierwszy tom »Przeglądu Lekarskiego«, składający się z 39 numerów, zawiera prace i spostrzeżenia oryginalne następujących współpracowników: Dietla, Falęckiego, Szewczyka, Oettingera, Czyrniańskiego, G. Piotrowskiego, Warschauera, Bryka, Zieleniewskiego, Sławikowskiego, Webera, Wierzchowskiego, Molędzińskiego, Majera, Steuermarka. L. Blumenstoka, M. L. Jakubowskiego, Jasińskiego, Riegera, Długołęckiego, Krydy i Bergera. W dziale rozbiorów dzieł lekarskich zamieścili prace swoje Majer i Skobel. Z wymienionych współpracowników »Przeglądu« znakomita większość była z Krakowa.

Pierwszy rocznik »Przeglądu« wygląda raczej na skromny tygodnik, niż na imponujące swoją treścią i rozmiarami czasopismo. Prócz działów zatytułowanych: 1) prace i spostrzeżenia oryginalne, 2) rozbiory dzieł lekarskich, 3) wyciągi z pism zagranicznych, — zawiera on nadto dział rozmaitości, w którym podane są: 1) sprawozdania z posiedzeń Oddziału nauk przyrodniczych i lekarskich Towarzystwa Naukowego Krakowskiego, tudzież sprawozdania z posiedzeń Komisyi balneologicznej tegoż Towarzystwa, 2) wiadomości o ruchu chorych w szpitalach krakowskich, 3) wzmianki o zakładach i towarzystwach naukowych, 4) wiadomości statystyczno-lekarskie, 5) wiadomości o lekarzach, 6) szczegóły policyjno-lekarskie, 7) bibliografia i 8) wiadomości o wynikach spostrzeżeń meteorologicznych, robionych i obliczanych w Obserwatoryum Krakowskiem.

Prawdziwą ozdobą pierwszego rocznika »Przeglądu« są prace Dietla. Wzbogacił on pracami swemi i następne dwa roczniki. Niemało również prac z kliniki Dietla, napisanych przez asystentów jego: Falęckiego, Gawlika i Szewczyka, zostało umieszczonych w pierwszych rocznikach »Przeglądu«. Od roku 1865, lubo Dietl pozostawał jeszcze przez dwa lata z górą członkiem Komisyi redakcyjnej, nie ogłaszał już w »Przeglądzie« prac żadnych. Rok bowiem 1865 był w życiu jego przełomowym; od tego czasu, usunięty z katedry uniwersyteckiej, zaczął powoli porzucać naukę, aby oddać się całą duszą innym pożytecznym dla kraju sprawom. — Nie minę się zapewne z prawdą, jeśli wypowiem przypuszczenie, że Dietl nie tylko był głównym założycielem »Przeglądu«, lecz że także nadał mu kierunek, w jakim rozwija się on od samego początku po dziś dzień. Dietl bowiem na każdej niemal pracy, do której się wziął, wyciskał piętno swej niezwykłej indywidualności. — Zyskawszy sobie już w Wiedniu imię znakomitego lekarza i wybitnego uczonego, zostaje powołany do Uniwersytetu Jagiellońskiego na katedrę kliniki lekarskiej, opróżnioną po ustąpieniu z niej Brodowicza. Posłuszny wezwaniu do służby publicznej w kraju, przyjeżdża niebawem do Krakowa i w dniu



AUGUST KWAŚNICKI
red. 1896—1905
Według fotografii ze zbiorów Muzeum histor. medyc. polskiej.

[46]) Przegląd Lekarski 1871. str. 386.

12 maja 1851 r.[47]) staje na czele powierzonej mu kliniki, którą odrazu na tak wysoki poziom podnosi, na jakim się przedtem nigdy nie znajdowała. Jego to staraniem liczba łóżek w klinice lekarskiej została powiększona z 18 do 24. W Krakowie pracuje wytrwale i owocnie zarówno na polu nauczycielskiem, jak i naukowem. Uwielbiany przez uczniów, staje się dla nich niemal wyrocznią. Działalność naukową, świetnie w Wiedniu rozpoczętą, rozwija dalej. Gdy chodzi o zbadanie jakiegokolwiek zagadnienia naukowego, nie szczędzi pracy, aby je jak najgruntowniej wyświetlić. Poświęcając się przez pewien czas studyom nad zimnicą, wybiera się dla zbadania tej choroby w r. 1858 w czasie wakacyi w podróż do Węgier, Multan, Wołoszczyzny, Turcyi, Grecyi, a nawet dociera do Wysp Jońskich i Małej Azyi. Zasługi Dietla na polu podniesienia zdrojowisk krajowych są niespożyte. Potrafił on poruszyć do współdziałania w celu podniesienia zdrojowisk naszych zarówno władze rządowe, jak i właścicieli ich, przemysłowców, oraz i publiczność. Za jego inicyatywą powstała w Towarzystwie Naukowem Krakowskiem Komisya Balneologiczna, która wybitną działalność rozwijała. Jako członek Komisyi powołanej do Wiednia przez ministra Gołuchowskiego w celu narad nad językiem wykładowym w Uniwersytecie Jagiellońskim, staje dzielnie wraz z Majerem w obronie języka ojczystego, przyczyniając się do przywrócenia go, jako urzędowego, w najstarszej Wszechnicy naszej. Pracuje gorliwie nad podniesieniem świetności tej Wszechnicy, wyszukując dobrze rokujących młodych uczonych i zachęcając ich do ubiegania się o docentury prywatne w Uniwersytecie. Obrany rektorem w r. 1861, dąży do spełnienia swych marzeń, aby tak wysoko podnieść Wszechnicę Jagiellońską, iżby mogła stanąć w jednym rzędzie z celniejszemi zagranicznemi. Na przeszkodzie do rozwinięcia szerokich planów reformatorskich w Uniwersytecie staje krótkość czasu urzędowania rektora. Gdy skończył się roczny okres rektorstwa Dietla, Wszechnica, pragnąc przedłużyć nader pożyteczną jego działalność, składa ponownie najwyższy urząd uniwersytecki w jego ręce. Rząd atoli nie zatwierdza tego wyboru. A gdy w r. 1865 Dietl znowu zostaje obrany rektorem, rząd nie tylko nie zatwierdza go na tym urzędzie, lecz pozbawia go katedry. Cios został zadany nie tylko Dietlowi, lecz i Uniwersytetowi, a nawet całemu społeczeństwu. Kogoż to rząd i za co usunął z katedry? Znamienitego uczonego, prawego człowieka, dzielnego obywatela za to chyba tak ciężko ukarano, że, całą duszą oddany dobru publicznemu — »totus in illo«, — występował gorąco w obronie języka polskiego i autonomii kraju, i jako poseł sejmowy, i jako członek Rady państwa, przez Sejm do niej delegowany. Głęboko odczuł Dietl krzywdę, jaką mu wyrządzono, i nigdy jej przeboleć nie mógł. Usunięty z Uniwersytetu, oderwany od ulubionej kliniki, odsuwa się rychło potem od pracy naukowej w dziedzinie medycyny, a natomiast całą energię wkłada w inne zajęcia. W r. 1865 wydaje pierwszą część, a w roku następnym drugą dzieła »O reformie szkół krajowych«. W r. 1866 po wprowadzeniu w Krakowie samorządu gminnego zostaje pierwszym autonomicznym prezydentem tego miasta.

[47]) Materyał do charakterystyki Dietla czerpię z cytowanych już życiorysów jego, napisanych przez Oettingera i Sciborowskiego.

Popularność jego dochodzi wówczas do szczytu. Był wprawdzie i dawniej popularnym, atoli popularność jego jeszcze bardziej wzrastać zaczęła w tym właśnie czasie, w którym rząd usunął go z katedry uniwersyteckiej. O niezwykłej popularności jego świadczy między innemi rzeczami pomnik w Szczawnicy na cześć jego w r. 1865 postawiony [48]) oraz wiersz w tym roku przez Józefa Szujskiego napisany [49]). Końcowy ustęp tego wiersza, sławiącego zasługi Dietla, brzmi:

»Cześć Ci! urocza głosi gór kraina,
Skały i hale, krynice i lasy —
Z dumą spoziera na swojego Syna
Ojczysta Ziemia, Bożej pełna krasy
Cześć Ci! współbracia wołają, rodacy —
Mężu nauki, wytrwania i pracy!«

Dietl, zostawszy prezydentem Krakowa, złożył mandaty do Sejmu i do Rady Państwa, pragnąc cały czas i zdolności poświęcić nowemu swojemu urzędowi. Z tego również powodu usunął się w początku 1867 roku z Komisyi redakcyjnej »Przeglądu», acz nie bez żalu. W piśmie, wystosowanem 15 stycznia 1867 r. na ręce prezesa Tow. Nauk. Krak., tak Dietl pisze: »Nie mogąc w obecnych stosunkach czynny brać udział w pracach redakcyi »Przeglądu Lekarskiego«, oświadczam z ubolewaniem, iż od współredakcyi tego dziennika zupełnie usunąć się muszę, otwierając drogę młodszym talentom, które z większą korzyścią wypełnić potrafią moje miejsce« [50]). Jako prezydent oddał Dietl nieocenione usługi miastu. Dużo sam dokonał i dalszą drogę następcom swoim wytknął. Za rządu Dietla zaczęło się miasto podnosić. Powstawały nowe ulice, a nawet nowe dzielnice na przedmieściach, zabrano się do restauracyi Sukiennic, otwarto przy pomocy ofiarności prywatnej przytułek dla starców i kalek, wzięto się do wystawienia nowej rzeźni i t. d. Dietl zwrócił uwagę na konieczną potrzebę polepszenia bruków, zaprowadzenia kanalizacyi, urządzenia wodociągów, wybudowania nowych gmachów szkolnych i wielu innych rzeczy. Nie wszystkie oczywiście zamiary swoje mógł wprowadzić w czyn, bo to było rzeczą niemożliwą w ciągu kilkoletniego piastowania urzędu gospodarza miasta; nie mniej jednakże to, czego dokonał, stawia go w pierwszym rzędzie ludzi, najbardziej dla Krakowa zasłużonych.

Człowiek takiej inicyatywy i takiej głowy, jak Dietl, nie mógł odgrywać roli biernej w żadnem przedsięwzięciu, do którego należał. Nie mógł zatem odgrywać takiej roli i w Komisyi redakcyjnej »Przeglądu Lekarskiego«. Wśród założycieli i pierwszego grona redaktorskiego »Przeglądu« był on niewątpliwie jednostką, przewyższającą swoich współtowarzyszów pracy i rozumem, i energią. Na zebraniach Komisyi redakcyjnej, na których omawiano program czasopisma, zapewne głos jego najwięcej zaważył. O programie tym można wyrobić sobie sąd na zasadzie pierwszych roczników »Przeglądu« i odezw od redakcyi, w końcu tych roczników umieszczonych. Owóż, zadania »Przeglądu« można streścić w trzech zdaniach: 1) rzetelne służenie nauce, 2) rozbudzanie ruchu naukowego wśród lekarzy i 3) dąże-

[48]) »Przegląd Lekarski« 1865 Nr. 35 str. 280.
[49]) Tamże. 1865. Nr. 36 str. 288.
[50]) Przegląd Lek. 1867. Nr. 8. str. 57.

nie do tego, aby »Przegląd« był czasopismem lekarskiem polskiem, raczej ogólno-polskiem, a nie krakowskiem tylko. Jak Dietl marzył, aby Wszechnica Jagiellońska stała się ogniskiem wyższego wykształcenia dla młodzieży z całej Polski, tak samo »Przegląd«, zawdzięczający swoje powstanie w znacznej mierze Dietlowi, zaraz w początkach swojej działalności marzył o tem, aby stać się czasopismem, służącem nie jednej dzielnicy naszej, lecz wszystkim. Dietl w mowie rektorskiej powiedział: »Nie traćmy, Panowie, nadziei, iż nam z czasem wolno będzie powitać w naszych murach braci z tamtych części kraju. Niech nas wtenczas garnąca się do nauk młodzież znajdzie gotowych i tak usposobionych, iżby jej nic do życzenia nie pozostało. Niech nasz Uniwersytet będzie jasną pochodnią dla wszystkich ziomków wyższego oświecenia pragnących, niech będzie wielkim sztandarem, pod którym wszyscy zwolennicy nauki ze wszystkich ziem Polski snadnie gromadzić się mogą«. — »Przegląd Lekarski« w odezwie od redakcyi, zamieszczonej w końcu pierwszego rocznika, pisał, iż liczy »na wszechstronną pomoc od lekarzów wszystkich ziem polskich«, gdyż cele jego nie są osobiste, lecz obliczone ku rzeczywistemu pożytkowi nauki i lekarzy, jak niemniej ku powszechnej pomyślności. »Przegląd« pragnie stać się »objawem rodzimym tętniącego po całym kraju pomiędzy lekarzami życia naukowego, z którego i dla ogółu błogie spłynąć muszą korzyści«[51]).

Bardzo ciężkiem było pierwsze dziesięciolecie dla »Przeglądu«, musiał on bowiem walczyć z obojętnością ogółu lekarzy. W takich warunkach, mimo najszczerszych chęci jego redaktorów, rozwijać się należycie nie mógł. Wielką jest przeto zasługa tych, którzy mimo ciężkich warunków nie dali czasopismu upaść, ufni, że z czasem przełamie ono trudności i przyczyni się do ożywienia ruchu naukowego wśród lekarzy polskich wogóle, a galicyjskich w szczególności, wśród których panowało dziwne jakieś otrętwienie umysłowe. Najwięcej pracy w redagowanie »Przeglądu« w pierwszym jego okresie włożyli zapewne Majer, Skobel, Oettinger i Zieleniewski, gdyż oni najdłużej w Komisyi redakcyjnej pozostawali. Starali się oni dobierać do swego grona kolegów młodszych, którzyby do wspólnej pracy świeży zapał wnosili. I tak po ustąpieniu Dietla w lutym r. 1867 do Komisyi redakcyjnej powołani zostali St. Janikowski, Madurowicz i Rydel, a po ustąpieniu Zieleniewskiego w listopadzie 1870 roku, miejsce jego zajął Lutostański. Wszyscy oni zasilali »Przegląd« swojemi pracami oryginalnemi, a jakie nadto zasługi dla »Przeglądu« położył w tym okresie każdy z nich, tego nie da się dokładnie ocenić.

Taki np. Bryk, jeden z współzałożycieli »Przeglądu«, siła bardzo pożądana w Komisyi redakcyjnej ze względu na swoją wiedzę i zdolności, położył prawdopodobnie jednak niewielkie zasługi dla »Przeglądu«, gdyż już w połowie r. 1864 ustąpił z redakcyi z powodu jakiegoś nieporozumienia[52]). Zresztą przeszło na rok przed swojem ustąpieniem z redakcyi przestał już do »Przeglądu« pisywać. Był to dość dziwny człowiek: »choć z rodu polskiej narodowości, przez swe wykształcenie, uzyskane w Wiedniu, przez służbę wojskową i stosunki domowe czuł się raczej Niemcem«[53]), mimo że przez długie lata był profesorem w Uniwersytecie Jagiellońskim, najpierw medycyny sądowej, a po śmierci Bierkowskiego profesorem chirurgii.

Nierównie większą zasługę od Bryka położył Michał Zieleniewski, pisarz bardzo płodny. Wiele ze swoich prac wydrukował w »Przeglądzie«, którego był współredaktorem od założenia aż niemal do końca r. 1870. Potem redagował »Krynicę, czasopismo poświęcone ojczystym zakładom zdrojowo-kąpielowym«, które wychodziło w Krakowie przez pięć lat (1873—1877).

Większą niewątpliwie zasługę, aniżeli dwaj poprzedni redaktorowie, położyli w redagowaniu i podtrzymywaniu »Przeglądu« w pierwszem dziesięcioleciu Majer, Skobel i Oettinger. Łączyło ich wielkie poczucie obowiązku, gorąca chęć krzewienia nauki i niepospolite znawstwo języka. Im to głównie zawdzięcza »Przegląd« swoją wzorową polszczyznę i staranne pod każdym względem wydanie, nie mówiąc już o tem, że i oni, podobnie jak i inni redaktorzy, zasilali »Przegląd« pokaźną liczbą prac swoich.

Majer, człowiek dużych zdolności, mąż o charakterze nieugiętym, położył wielkie zasługi dla rozwoju nauki w Polsce i jako nauczyciel uniwersytecki, i jako pisarz naukowy, i jako długoletni prezes Towarzystwa Naukowego, a potem pierwszy prezes Akademii Umiejętności. Wraz z Dietlem należał do najdzielniejszych obrońców języka polskiego w Uniwersytecie. Gdy w r. 1854 rząd wprowadził do Uniwersytetu Jagiellońskiego język niemiecki, Majer nie zgodził się w tym języku wykładać, wobec czego musiał wkrótce z katedry fizyologii ustąpić i wykładać antropologię, jako przedmiot studyów nieobowiązkowy. W kilka lat potem, gdy język polski w Uniwersytecie został przywrócony, Majer ponownie zajął katedrę fizyologii. Położył on wraz ze Skoblem wielkie zasługi również na polu słownictwa lekarskiego polskiego. Wogóle Majer wraz ze Skoblem niejedną wspólną pracę wykonali: wspólnie swego czasu redagowali »Rocznik Wydziału Lekarskiego w Uniwersytecie Jagiellońskim«, wspólnie układali słownik anatomiczno-fizyologiczny, wspólnie wreszcie i »Przegląd« redagowali.

Skobel, podobnie jak Majer, należał do nader sumiennych i pracowitych profesorów. W piśmiennictwie naukowem pozostawił liczny poczet prac. Purytańskich obyczajów w życiu prywatnem, surowych zasad, nieposzlakowanej prawości, był wzorem zacnego obywatela. Znawca wyborny języka ojczystego dbał bardzo o jego czystość i usilnie przykładał się do ochronienia go od skażenia[54]).

Znakomicie nadawał się do pracy redakcyjnej wraz ze Skoblem Józef Oettinger, również gorący języka polskiego miłośnik, człowiek charakterem swoim i postępowaniem z ludźmi zjednywający sobie ogólną życzliwość, czego dowodem był uroczysty obchód 70-ej rocznicy jego urodzin, w którym brał udział i Wydział Lekarski Uniw. Jagiell. i Towarzystwo Lekarskie Krakowskie, i inne podobne instytucye[55]). Znawca historyi medycyny, dzielił zami-

[51]) Przegląd Lekarski. 1862. Nr. 38.

[52]) Przegląd Lekarski 1864. Nr. 25, str. 190.

[53]) L. Wachholz. Sto lat istnienia katedry medycyny sądowej w Uniw. Jag. Przegl. Lek. 1905.

[54]) St. Janikowski. S. p. Fryderyk Kazimierz Skobel. Przegląd Lek. 1876. Nr. 49, str. 511.

[55]) Uroczystość jubileuszowa prof. Józefa Oettingera. Przegląd Lek. 1888. Nr. 19 str. 267.

łowanie do tego przedmiotu ze Skoblem, a zwłaszcza z Majerem. Przez długie lata wykładał w Uniwersytecie Jagiellońskim historyę medycyny. Brał czynny udział w redagowaniu »Przeglądu« od samego jego założenia, z początku jako zastępca »zarządcy bióra« redakcyjnego, Zieleniewskiego, potem od października 1862 r. jako członek redakcyi, a wreszcie jako redaktor główny [56]). On to prawdopodobnie napisał w imieniu redakcyi wszystkie odezwy, drukowane w jednym z końcowych numerów każdego niemal rocznika »Przeglądu« w pierwszem jego dziesięcioleciu. Niektóre z odezw są podpisane początkową literą jego nazwiska, a w spisach rzeczy podane jako jego; inne, całkiem bezimienne, kwiecistością stylu naprowadzają na domysł, że i ich autorem był Oettinger. Odezwy rzeczone są wymownym dowodem wielkich trudności, jakie redakcya »Przeglądu« przełamywać musiała w rozwijaniu swego programu. W odezwie, wydrukowanej w końcu pierwszego rocznika, redakcya, zapraszając gorąco lekarzy do współpracownictwa, wspomina o niepomyślnych warunkach, w których pismo wychodzi [57]). — W rok potem redakcya pisze: »Z pociechą wspominamy, że w Przeglądzie lekarskim spotykały się prace naukowe ze wszystkich ziemi polskiej zakątków«. Utyskuje jednak, że spodziewany zasiłek naukowy od kolegów galicyjskich najmniej dopisał [58]). W końcu trzeciego rocznika ponawiają się żale na brak poparcia »Przeglądu« ze strony lekarzy galicyjskich. »Wśród znojnej naszej wędrówki, — pisze redakcya — zdawało się niekiedy, iż po bezludnej stąpamy pustyni, zblizka nie dochodził nas najmniejszy pojaw życia, najlżejsze drgnięcie obcego głosu, tylko głuchy oddźwięk własnych samotnych kroków odbijał się jednostajnie o wytężone ucho nasze. Zdala jedynie, od Warszawy lub Podola dolatywały niekiedy oznaki żywego spółudziału«... »Ciekawym zaś zawsze dla badacza dziejów piśmiennictwa ojczystego pozostanie ten fakt szczególny, że w kraju tak rozległym jak Galicya, w którym niemało jest lekarzów, nieszczupła liczba szpitalów a dość rozgałęziona służba zdrowia, w kraju bliższym i przystępniejszym silnemu prądowi cywilizacyi zachodniej, niż ziemie polskie, zostające pod panowaniem rosyjskiem, daleko mniej niż w tych ostatnich objawia się ruchu naukowego«. Po tych słowach zwraca się redakcya z usilną prośbą do lekarzy w Galicyi, aby zasilali »Przegląd« wiadomościami, jeśli już nie naukowemi, to przynajmniej treści potocznej, takiemi, jak wykazy ruchu chorych, wiadomości o panujących chorobach, o stosunkach lekarzy do publiczności, o odznaczeniach ich, o wypadkach śmierci kolegów i t. p. rzeczach. »Rzeczy to drobne, — pisze redakcya — nie wymagające ani trudu ani zachodu, a przecież nader byłyby pożądane, jako ogniwa wzajemnego zbliżenia i zaznajamiania się« [59]). Słuszność nakazuje przyznać, że redakcya dużo robiła, aby wytworzyć pewną spójnię między »Przeglądem« a tymi, dla których był przeznaczony. Żeby zaś zachęcić autorów do pisywania artykułów oryginalnych, mimo iż nie obiecywała im w pierwszym roku istnienia »Przeglądu« żadnych honoraryów, postanowiła w drugim roku ze szczupłych funduszów swoich płacić honorarya, a nawet zapłacić je autorom, których prace w pierwszym roczniku umieszczone zostały [60]). — Lecz próżne zrazu były te nawoływania do wspólnej pracy. W końcu czwartego rocznika z goryczą pisze redakcya: »Taż sama dokoła spiekota powszechnej niemal obojętności, taż sama sucha jałowość umysłowego otrętwienia, z tą tylko różnicą, żeśmy się z tym brakiem życia nieco więcej oswoili«. Mimo tego »Przegląd« nie cofa się z obranej drogi. »Cóż nas do tego zniewala? — zapytuje redakcya — jestże ta wytrwałość usprawiedliwiona? wartoż ponosić trudy, z których nikt lub mało kto chce korzystać«? Na to odpowiada, że, wierząc w lepszą przyszłość, będzie jak sygnaturka dopóty dzwonić a dzwonić, »aż się kochani koledzy poruszają«. Swój długi, piękny, bezimiennie napisany artykuł kończy redakcya satyrycznym ustępem, w którym pisze, że wielka liczba lekarzy »miałaby zresztą najlepsze chęci wspierania naszego czasopisma i piśmiennictwa w ogólności, ale trzebaby tylko nie żądać od nich naprzód współpracownictwa, 2-gie przedpłaty, 3-cie czytania dziennika choćby ofiarowanego i przesłanego darmo; bo jakoś niczego im się nie chce, jako wygodnisie, jako fruges consumere nati pragnęliby, aby im słodkiego snu nie przerywano. Aleź właśnie sen ten jest trucizną umysłową, wyrwać się z niego powinni koniecznie, potrzeba tylko chcieć, ale chcieć stanowczo, bo silna wola jest już połową wykonania« [61]). — Wreszcie zaczęły się spełniać marzenia redakcyi »Przeglądu«. W grudniu 1866 roku, kończąc piąty rok pracy, pisze ona z radością, że »ruch naukowo-lekarski ożywił się na całej rozległej przestrzeni ziemi polskiej« [62]). Jako pomyślną wróżbę dla »Przeglądu« pozdrawia redakcya świeżo zawiązane Towarzystwo Lekarskie Krakowskie. W końcu szóstego rocznika z pociechą wyznaje, że liczba współpracowników »Przeglądu« wzrasta i że się podnosi wartość nadsyłanych prac [63]). Zdawałoby się, że się już skończył dla »Przeglądu« okres zmagania się z trudnościami, wynikającemi z obojętności ogółu lekarzy w Galicyi. Tak jednak nie było, bo oto w końcu siódmego roku znów redakcya wynurza żal, pisząc: »Miałażby rozległa Galicya z blizko 5-milionową swą ludnością nie módz utrzymać jednego czasopisma lekarskiego?«. Skarży się »Przegląd« nie tylko na brak zainteresowania się nim ze strony lekarzy galicyjskich, lecz i na surowe i bezwzględne krytyki, jakie go spotykają. Przyznaje, że czuje aż nadto dobrze, czego mu niedostaje: »Otóż szerszego rozwoju i większej obfitości; aleź to rozszerzenie zawisło jedynie od większego spółudziału i większej liczby czytelników«. »Daj Boże, — pisze w końcu redakcya, — aby dla Przeglądu Lekarskiego skończyły się lata próby! aby jego wojna z obojętnością nie była dłuższą niż siedmioletnia« [64]). Niestety, nie spełniły się te pobożne życzenia. Obojętność trwała dalej, bezwzględne krytyki nie ustawały. W r. 1868 jeden z młodych wówczas autorów, dziś wielce zasłużony dla społeczeństwa lekarz, pisał tak o »Przeglądzie«: »O całości redakcyi Przeglądu nie wiele da się powiedzieć, a raczej powiedzieć można, że niema w nim żadnej całości, żadnego planu. Dla kogo to pismo

[56]) Przegl. Lek. 1867. Nr. 8. str. 57.
[57]) Przegl. Lek. 1862 Nr. 38.
[58]) Przegl. Lek. 1863. Nr. 52, str. 409.
[59]) Przegl. Lek. 1864. Nr. 52, str. 410.

[60]) Przegl. Lek. 1863. Nr. 9, str. 72.
[61]) Przegl. Lek. 1865. Nr. 52, str. 409.
[62]) Przegl. Lek. 1866. Nr. 52, str. 409.
[63]) Przegl. Lek. 1867. Nr. 52, str. 409.
[64]) Przegl. Lek. 1868. Nr. 52, str. 429—430.

jest wydawanem« ?[65]) W roku zaś następnym jeden z lekarzy nadesłał »Przeglądowi« »artykulik«, w którym zarzuca redakcyi: »usypiającą jednostajność w poglądzie na przysposobienie materyału«, »wieczną tożsamość w wnętrznym ustroju« i »zastarzałą obojętność na czas teraźniejszy« [66]). Takie oto słowa »zachęty« i »uznania« spotykały redakcyę za jej szerokie dążenia do rozwoju »Przeglądu« i za skrzętną pracę redaktorską, »począwszy od ogólnego układu i przysposobienia artykułów, ich ogłady, poprawności loicznej i językowej, aż do nudnej korekty drukarskiej i mozolnego wygotowania spisu rzeczy rocznego« [67]). Tem większa zasługa redaktorów »Przeglądu«, których praca była całkiem bezinteresowną, że wytrwali w takich warunkach w pracy, nie dając upaść czasopismu.

W drugiej połowie pierwszego dziesięciolecia założycielom i pierwszym redaktorom »Przeglądu«: Majerowi, Oettingerowi, Skoblowi i Zieleniewskiemu dzielnie pomagali nowi współredaktorowie: Madurowicz, Rydel, St. Janikowski i Lutostański.

Maurycy Madurowicz, profesor położnictwa w Krakowie, zasilał obficie »Przegląd« sprawozdaniami z piśmiennictwa lekarskiego obcego; drukował w nim także prace oryginalne. Był to niepospolicie utalentowany, a zarazem nader sumienny pedagog. Aby nie opuszczać wykładów, jeździł na narady lekarskie poza Kraków tylko w dnie wolne od wykładów, w święta lub nocami. Wykształcił z pośród asystentów swoich cały szereg wybitnych położników i ginekologów, z których niektórzy pozajmowali potem katedry uniwersyteckie. Napozór szorstki, w gruncie rzeczy uczuciowy, dbał bardzo o powodzenie swoich uczniów, sam usuwając się na dalszy plan. Mówiono swego czasu, że lepiej być uczniem Madurowicza, niż samym Madurowiczem [68]). W pełnieniu przyjętych na siebie obowiązków nadzwyczaj skrupulatny, był bardzo pożytecznym członkiem redakcyi »Przeglądu« [69]).

Do podobnie pilnych współpracowników »Przeglądu« jak Madurowicz, należał L. Rydel, wybitny okulista, wyborny pedagog [70]), docent, a potem profesor chorób ocznych w Un. Jag. Zamieścił on w »Przeglądzie« niemało prac oryginalnych; należał również do pilnych współpracowników jego w dziale sprawozdawczym.

Jednym z najzasłużeńszych redaktorów »Przeglądu«, a zarazem jednym z najbardziej płodnych jego współpracowników był Stanisław Janikowski. Powołany z Warszawy na katedrę medycyny sądowej w Uniwersytecie Jagiellońskim, w r. 1866 przyjeżdża do Krakowa, jako znany już pisarz naukowy i jako zasłużony redaktor »Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warsz.«, który aż do opuszczenia Warszawy znakomicie przeszło przez trzy lata redagował. Zanim jeszcze myślano o powołaniu Janikowskiego do Uniwersytetu Jagiellońskiego, imię jego znane już było dobrze w naukowym świecie krakowskim. W r. 1863 »Przegląd Lekarski« pisząc w dziale »Rozmaitości« o »Tygodniku Lekarskim«, redagowanym przez Natansona, wspomina temi słowy o Janikowskim: »Obok głównego redaktora, znakomitego jeszcze na tej samej niwie napotykamy spółpracownika, któregobyśmy Tygodnikowi pozazdrościć mogli, gdybyśmy go temuż z całego serca nie winszowali. Mówimy o Drze Stanisławie Janikowskim. Prace jego celują głęboką i wielostronną nauką, tudzież jasnym i pięknym wykładem. Stanowią one niepoślednią ozdobę dziennika« [71]). Nie dziw wobec tego, że, skoro Janikowski objął katedrę w Krakowie, wita go »Przegląd« serdecznie, rokując sobie wielką pomoc z jego współpracownictwa [72]). W lutym r. 1867 zostaje Janikowski zaproszony do Komisyi redakcyjnej i od tego czasu przez 10 lat przyczynia się wielce do rozwoju »Przeglądu«. Przez lata 1870 i 1871 był razem z Oettingerem głównym redaktorem. Gdy Towarzystwo Naukowe Krakowskie przeobrażało się w Akademię Umiejętności, Oddział nauk przyrodniczych i lekarskich oddał »Przegląd« na własność Janikowskiemu i Lutostańskiemu [73]), którzy, dobrawszy do swego grona Grabowskiego, wydawali go przez 1872 rok. Wtedy »Przegląd« znacznie się podniósł, rozmiary jego zostały zwiększone, a nadto wymienieni trzej redaktorowie wydawali osobny dodatek do »Przeglądu« p. t. »Dwutygodnik higieny publicznej krajowej«, którego szpalty przez cały rok wypełniali głównie swojemi pracami. Po roku, doznawszy strat materyalnych, wydawcy ustąpili »Przegląd« Towarzystwu Lekarskiemu Krakowskiemu, którego stał się on organem a zarazem organem Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich we Lwowie. Na-



NAPOLEON CYBULSKI
adm. 1889—1895
Według fotografii ze zbrorów Muzeum histor. medyc. polskiej.

[65]) Klinika. 1868. Nr. 23, str. 388.
[66]) Przegl. Lek. 1869. Nr. 6, str. 48.
[67]) Przegl. Lek. 1870. Nr. 53, str. 419.
[68]) Mars. Prof. Maurycy Jelita Madurowicz. Przegl. Lekarski 1894. Nr. 3, str. 29—31.
[69]) Dosadną charakterystykę Madurowicza skreślił Blumenstok w Przegl. Lek. 1888. Nr. 2, str. 28—30.
[70]) Fr. Sroczyński. L. Rydel (Wspomnienie pośmiertne). Przegl. Lek. 1895. Nr. 18, str. 261—3.
[71]) Przegl. Lek. 1863. Nr. 1, str. 8.
[72]) Przegl. Lek. 1866. Nr. 52, str. 410.
[73]) Przegl. Lek. 1871. Nr. 49, str. 386.

czelnym redaktorem został Janikowski i był nim do końca r. 1876. »Przegląd«, redagowany bardzo umiejętnie, zaczął się rozwijać coraz lepiej. W parze z tem szedł przyrost prenumeratorów. Już w r. 1874 nie tylko »Przegląd« spłacił pożyczkę w ubiegłym roku zaciągniętą, ale nadto mógł z własnych funduszów wyznaczyć nagrodę w kwocie 50 złr. za najlepszy artykuł, który się ukaże w pierwszem półroczu 1875 r. [74]).

Janikowski znakomicie nadawał się na kierownika tygodnika lekarskiego. Człowiek zdolny i niezwykle pracowity, uczony, umysłem bystrym obdarzony, znawca języka ojczystego i słownictwa lekarskiego polskiego, którego był jednym z twórców, wniósł on niemałe ożywienie do »Przeglądu«. Sam pisywał bardzo wiele prac, zwłaszcza z medycyny sądowej, z higieny publicznej i z dziejów medycyny w Polsce. Hasłem życia jego było mało mówić, a wiele robić. To też, mimo że śmierć zabrała go w pełni sił twórczych (umarł na dur wysypkowy, mając lat 48), pozostawił po sobie duży dorobek naukowy. Taktem i dobrocią potrafił on zjednywać sobie życzliwość ludzi, a »Przeglądowi« oddanych mu współpracowników, z którymi serdecznie się żegna, ustępując z redaktorskiego urzędu, na którym niejednej doznał przykrości, zwłaszcza pod koniec pełnienia tego urzędu [75]). O Janikowskim mówi Oettinger, że był on jednym z najzacniejszych, najmilszych i najbardziej zasłużonych towarzyszów pracy [76]). Prócz »Przeglądu« redagował wspólnie z Grabowskim w r. 1876 »Dwutygodnik hygieniczny«, wychodzący jako dodatek do »Przeglądu«. Po ustąpieniu zaś z redakcyi tego ostatniego czasopisma, założył wspólnie z Grabowskim »Dwutygodnik medycyny publicznej«, jako organ Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich. »Dwutygodnik« rzeczony wychodził od r. 1877 pod redakcyą Janikowskiego, Grabowskiego, Różańskiego, od 1878 pod redakcyą Janikowskiego, Grabowskiego i L. Feigla, a od r. 1880 pod wyłączną Janikowskiego redakcyą. W połowie 1880 r. pismo to przestało wychodzić [77]).

Do ożywienia treści »Przeglądu« niemało przyczynił się także Bolesław Lutostański, który w końcu roku 1870 wszedł do Komisyi redakcyjnej w miejsce Zieleniewskiego. Zaraz potem pojawiły się w »Przeglądzie« wstępne artykuły jego pióra, czyli tak zwane artykuły redakcyjne, których zwłaszcza dużo zawiera tom z r. 1871. Lutostański porusza w nich i omawia takie sprawy, jak reformę szpitali krajowych, warunki zdrowotne miast, miasteczek i wsi, rozporządzenie ministeryalne w sprawie higienicznej reformy szkół publicznych i t. p. sprawy. Przez cały czas, w którym był współredaktorem »Przeglądu«, a więc do końca 1872 r., brał bardzo gorliwy udział w jego redagowaniu. Położył również spore zasługi na polu higieny. Był on pierwszym redaktorem »Przewodnika Higienicznego«, miesięcznika popularnego, który wychodził w Krakowie przez kilka lat, poczynając od r. 1889. Miesięcznik ten zaraz w pierwszym roku przeszedł pod redakcyę Henryka Jordana i był przezeń w ciągu lat sześciu świetnie redagowany. Znajdujemy

[74]) K. Grabowski. Spis prac zawartych w 25 rocznikach Przeglądu Lek. (1862—1886). Kraków 1887. str. VI.

[75]) Przegl. Lek. 1876. Nr. 53, str. 568.

[76]) J. Oettinger. Stanisław Janikowski. (Wspomnienie pośmiertne). Przegl. Lek. 1881. Nr. 20, str. 271—3.

[77]) J. Oettinger. St. Janikowski l. c.

tam między innymi artykuły takich współpracowników, jak Browicza, Buszka, Cybulskiego, Gluzińskiego, Grabowskiego, Krokiewicza, Kwaśnickiego, Obalińskiego, Pieniążka, Schaittra i in. — Lutostański położył niemałe zasługi nie tylko na niwie czasopiśmiennictwa lekarskiego, lecz i około prac przygotowawczych do założenia wodociągów w Krakowie. Nie mógł on jednak rozwinąć wszechstronnie swej działalności, bo nie pozwoliły mu na to okoliczności. Jordan charakteryzuje go jako »jednego z najdzielniejszych higienistów ostatnich dziesiątków lat, człowieka wyjątkowej inteligencyi i kolosalnej wiedzy, które zawsze dla dobra kraju zużytkować usiłował« [78]). Niestety, dotknęła go zła wola kolegów, która mu złamała przyszłość [79]). A gdy i później doznał krzywd od ludzi, zgorzkniał, przerzucił się na pole dziennikarskie, pracując kilka lat, jako członek redakcyi »Nowej Reformy«. Przestawszy być współredaktorem »Przeglądu« z końcem kwietnia r. 1872, nie zerwał jednak z nim stosunków, a nawet należał do Komisyi redakcyjnej w r. 1877, a więc już za redaktorstwa Blumenstoka-Halbana, który właśnie z początkiem tego roku objął redakcyę »Przeglądu« i kierował nim aż do końca 1892 r.

Okres, w którym Leon Blumenstok-Halban redagował »Przegląd«, należy do świetnego okresu jego rozwoju. Podniósł on jego wartość zarówno wewnętrzną, jak i zewnętrzną. Co prawda, miał on zadanie ułatwione przez poprzedników, którzy wytrwałą pracą potrafili w końcu przełamać, przynajmniej do pewnego stopnia, obojętność lekarzy galicyjskich względem »Przeglądu«. Do spopularyzowania tego czasopisma przyczynił się zwłaszcza Janikowski, za którego czasów treść »Przeglądu« była bardziej, niżeli dawniej urozmaicona, mianowicie artykułami redakcyjnymi i tak zwanemi wspominkami historycznymi, umieszczanymi w końcu każdego numeru [80]). A lubo Blumenstok zadanie miał niewątpliwie łatwiejsze, aniżeli poprzednicy jego, położył nie mniejsze od nich zasługi, bo w ciągu 16-letniej pracy redaktorskiej rozbudził ruch naukowy wśród lekarzy galicyjskich w takim stopniu, w jakim go nigdy przedtem nie było. »Przegląd«, redagowany wybornie, zjednywał sobie coraz więcej zwolenników, przez co byt jego materyalny stał się zapewniony [81]). Niewykłe zdolności, obszerna wiedza, duża pracowitość, sumienność, wielka energia, grun-

[78]) H. Jordan. Dr Bolesław Lutostański. (Wspomnienie pośmiertne). Przewodnik Higieniczny 1890 Nr 3 str. 84—6.

[79]) W wspomnieniu pośmiertnem o Lutostańskiem (Przewod. Hig. 1890, str. 84) tak pisze o tem Jordan: »W roku 1875 powołano go do Iwonicza jako dyrektora i lekarza kąpielowego zakładu; tu jednak znalazł zawistnych rywali, którzy, korzystając z tego, iż Lutostański dyplomu swego heidelbergskiego w Austryi nie nostryfikował, postarali się o to, że mu praktyka lekarska przez władze wzbronioną została. To dotknęło go bardzo i — śmiało rzec można — złamało przyszłość jego, która dotąd zdawała się jak najświetniejsze rokować mu widoki«.

[80]) Wspominki te zawierały lapidarne wiadomości z dziejów historyi medycyny, np. »17 stycznia 1611 r. Walenty Fontanus, Dr medycyny, odbył dysputę w Akademii krakowskiej na stopień profesora. Był biegłym matematykiem, jakoteż urzędowym astrologiem magistratu krakowskiego«; lub »Dnia 4 marca 1594 r. uzyskał stopień Dr med. w Krakowie Sebastyan Petrycy z Pilzna, profesor w Wydziale lekarskim, lekarz przyboczny Bern. Maciejowskiego, bisk. krakowskiego, ubogich i szkół wielki dobrodziej« i t. p.

[81]) A. Kwaśnicki. Sprawozdanie z dwudziestopięcioletniej działalności Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego (1866—1881) Kraków 1891, str. 13.

towna znajomość nie tylko piśmiennictwa lekarskiego, lecz i literatury pięknej, i to zarówno rodzimej jak i obcej, nieposledni talent pisarski, subtelne poczucie czystości języka — wszystko to były przymioty, które pozwalały Halbanowi znakomicie prowadzić »Przegląd« i które mu zjednały zaszczytne imię w dziejach nauki i w dziejach Wszechnicy Jagiellońskiej, w której był profesorem medycyny sądowej. Pracom redaktorskim poświęcał tyle czasu, że z tego powodu zaniechał nawet napisania podręcznika[82]), zamówionego, co prawda, przez obcą firmę wydawniczą. Aby się przekonać o tem, jak wysoko podniósł się »Przegląd« za czasów Halbana[83]), dość porównać pierwszy tom, który wyszedł pod jego redakcyą, z jednym z późniejszych również przezeń redagowanych: we wszystkiem znać postęp duży, a nawet strona zewnętrzna wiele zyskała; ze skromnego tygodnika stał się »Przegląd« obszernem czasopismem, najlepiej redagowanem ze wszystkich tygodników lekarskich polskich. Oczywiście, i wtedy miał »Przegląd« jeszcze niedostatki, jak je ma i dzisiaj, ale zapominać nie trzeba o tem, że nie wszystko zależy od redaktora, że mimo najszczerszych chęci nie zawsze okoliczności zewnętrzne pozwalają mu tak pod każdym względem prowadzić czasopismo, jakby sobie tego życzył. Aczkolwiek z drugiej strony zaprzeczyć się nie da, że redaktor naczelny w dużym stopniu wpływać może na rozwój czasopisma. — Z przytoczonych wyżej krótkich wiadomości o redaktorach »Przeglądu« czytelnik mógł zapewne nabrać niejakiego wyobrażenia o tem, że byli to przeważnie ludzie niepospolitych zdolności, dużej wiedzy i ogromnych zasług. Nie dziw, że »Przegląd« przez nich dzielnie kierowany, już przed kilku dziesiątkami lat zaczął się wysuwać na czoło naszych czasopism lekarskich. Lubo »Przegląd« za czasów Halbana był na ogół wybornie redagowany, należy mu jednak poczytać za wadę zbyt mały związek jego z Warszawą, tem najżywszem wówczas, obok Krakowa, ogniskiem ruchu naukowego wśród naszych lekarzy; np. w roczniku »Przeglądu« z 1879 r. znajduje się tylko jedna praca z Warszawy nadesłana. Później, jeszcze za redaktorstwa Halbana, wada ta znacznie się zmniejszyła, usunięta wszakże została zupełnie dopiero za czasów następnych redaktorów.

Halban ustąpił z urzędu redaktora z końcem r. 1892, kiedy już w jego organizmie nurtowała choroba, która w kilka lat potem położyła kres jego życiu. Następcą jego został Stanisław Domański, od r. 1871 docent, a od r. 1879 profesor patologii i terapii układu nerwowego w Uniw. Jagiell., współautor »Słownika terminologii lekarskiej polskiej«, wydanego w r. 1881. Od r. 1873 z małemi przerwami przez 20 lat zasiadał w Komisyi redakcyjnej »Przeglądu«, zanim objął urząd naczelnego redaktora. Będąc jeszcze członkiem Komisyi redakcyjnej, przyczynił się w znacznej części do tego, że »Przegląd«, który przestał w r. 1877 być organem Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich, stał się nim z powrotem w r. 1880[84]). Wskutek tego liczba prenumeratorów odrazu znacznie się powiększyła, a przeto »Przegląd« pod względem materyalnym niemało zyskał i mógł się lepiej rozwijać. W okresie czasu, w którym Domański redagował »Przegląd«, czasopismo to szło naprzód wypróbowanym już torem. — W r. 1896 w maju Prof. Domański zrzekł się redaktorstwa; przeszło ono wówczas w ręce Augusta Kwaśnickiego, który już od lat wielu przedtem brał czynny udział w redagowaniu »Przeglądu«, będąc członkiem Komisyi redakcyjnej. Wychowaniec Uniwersytetu Kijowskiego, dokończywszy studyów w Szkole Lekarskiej Stambulskiej, był przez kilka lat lekarzem pułku dragonów ottomańskich gwardyi sułtańskiej. Osiadłszy w r. 1874 w Krakowie, rozpoczął tutaj swoją działalność pisarską i jednocześnie zaczął brać nader żywy udział w sprawach Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego. Nie było prawie sprawy, w którejby przeprowadzeniu nie uczestniczył; brał udział w najrozmaitszych komisyach i w komitecie Towarzystwa. Redagował »Przegląd« do końca r. 1905. Żegnając Kwaśnickiego, ustępującego ze stanowiska, dotąd zajmowanego, nowa redakcya tak o jego zasługach napisała: »Po dziesięcioletniej wytrwałej pracy kierowniczej ustąpił ze stanowiska naczelnego redaktora ten, który swym trudem i zabiegami zachował i wzmocnił poważne stanowisko Przeglądu Lekarskiego wśród pism lekarskich polskich«... Zasługi jego, położone dla Towarzystwa i dla »Przeglądu«, uczciło Towarzystwo Lekarskie uroczystym obchodem w r. 1902, uchwalając portret jego, zrobiony przez Jacka Malczewskiego, zawiesić w sali posiedzeń[85]).

Od początku roku 1906 naczelnym redaktorem »Prze-



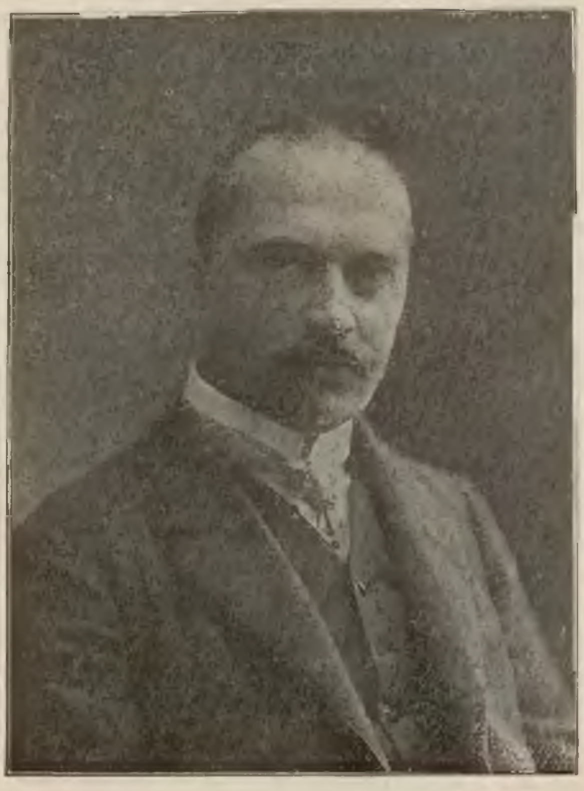
JAN RACZYŃSKI
adm. 1895—1904
Według fotografii ze zbiorów Muzeum histor. medyc. polskiej.

[82]) L. Wachholz. Leon Halban (życiorys). »Przeg. Lek.« 1897 Nr. 11 str. 129—132.

[83]) Blumenstok zmienił w r. 1892 nazwiskoswoje na szlachecki przydomek rodzinny — »Halban«.

[84]) K. Grabowski. Spis prac zawartych w 25 rocznikach »Przeglądu Lekarskiego« (1862—1888). Kraków 1887. str. VII i VIII.

[85]) W czasie tego uroczystego obchodu Prof. M. L. Jakubowski i Prof. K. Kostanecki wygłosili przemówienia, w których podnieśli w serdecznych słowach zasługi Dra Kwaśnickiego. (»Nowiny Lekarskie« 1902, str. 420—423).



BRUNO WOJCIECHOWSKI
adm. od 1906

glądu Lekarskiego« jest Stanisław Ciechanowski, od r. 1897 docent, a od r. 1900 profesor anatomii patologicznej w Uniwersytecie Jagiellońskim. Nowy redaktor, podobnie jak dwaj poprzedni, zanim objął naczelne kierownictwo »Przeglądu«, pracował już przedtem długo, bo przeszło 10 lat, w Komisyi redakcyjnej, zastępując przytem corocznie redaktora naczelnego w czasie feryi letnich. Gdy Ciechanowski obejmował redakcyę, tygodnik ten nosił tytuł: »Przegląd Lekarski, organ Towarzystw Lekarskich Krakowskiego, Lwowskiego i Galicyjskiego«, teraz zaś wychodzi pod nazwą: »Przegląd Lekarski, organ Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego i Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich, organ Polskiego Związku Lekarzy i Przyrodników w Petersburgu, Towarzystw Lekarskich Polskich w Kijowie i Chicago, oraz Czasopismo Lekarskie, organ Towarzystw Lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego«. W zestawieniu tych tytułów odzwierciedlają się poniekąd dzieje »Przeglądu« w ostatnich kilku latach. »Przegląd« przestał być organem Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego, gdyż Towarzystwo to ma obecnie swój własny organ. Dla »Przeglądu« atoli z tą chwilą nastały cięższe czasy. Mimo tego nie obniża swego poziomu, natomiast nawiązuje stosunki z licznemi Towarzystwami Lekarskiemi polskiemi, rozproszonemi nie tylko na naszej ziemi, ale i daleko na obczyźnie. Podtrzymuje łączność z niemi, ogłaszając sprawozdania z ich posiedzeń. Połączywszy się z »Czasopismem Lekarskiem«, które przedtem w Łodzi wychodziło, nawiązuje stałe stosunki z prowincyonalnemi Towarzystwami Lekarskiemi w Kongresówce.

Już przestał być »Przegląd« czasopismem jednej tylko dzielnicy. Powiązany nićmi sympatyi z lekarzami całej Polski, ma wszędzie swoich współpracowników. Terazby się już nie powtórzyły takie rzeczy, jakie się dawniej zdarzały, n. p. że w roku 1879 nie było komu napisać w »Przeglądzie« życiorysu Józefa Mianowskiego, choć w tym samym roczniku, w którym tylko w wiadomościach bieżących i w korespondencyi z Warszawy podano kilka dat z życia zasłużonego rektora Szkoły Głównej, umieszczono obszerny, bo aż w dwóch numerach, życiorys Ambrożego Tardieu; albo że w r. 1889, gdy umarł Tytus Chałubiński, śmierć jego, prócz wzmianki w wiadomościach bieżących, nie wywołała żadnego echa w »Przeglądzie«. Teraz dopiero »Przegląd« staje się tem, czem chcieli go mieć pierwsi jego redaktorzy, a zarazem założyciele Dietl, Majer, Skobel, Oettinger, Zieleniewski; idea ich urzeczywistnia się; »Przegląd« staje się czasopismem lekarskiem ogólno-polskiem. W r. 1862 redaktorowie »Przeglądu«, wspominając o swej pracy i o swych zamiarach na przyszłość, pisali: »Sądzimy, iż licząc w tem na wszechstronną pomoc od lekarzów wszystkich ziem polskich, nie doznamy zawodu, bo cele czasopisma nie są osobiste«. Niestety, spotkał ich zawód. Lecz praca ich nie poszła na marne, gdyż »Przegląd« rozwinął się w tym kierunku, w jakim go rozwijać pragnęli. Pięćdziesięcioletni jubileusz »Przeglądu« jest przedewszystkiem uczczeniem pamięci tych, którzy kładli podwaliny jego, którzy plan budowy zakreślili, którzy wreszcie w bardzo ciężkich warunkach budowy tej początki przedsiębrali. Oceniając półwiekowy plon »Przeglądu«, sprawiedliwość przyznać nam każe, że lubo miał on i ma jeszcze niejedną wadę, zawsze służył rzetelnie nauce naszej i lekarzom naszym, a przeto pełnił uczciwą służbę społeczną. Dobrze jest rzucić czasem okiem wstecz na minioną pracę; należy to nawet czynić, aby zdać przed sobą i społeczeństwem rachunek z czynów, których się podjęło wykonać. Jubileusze instytucyi społecznych są chwilami, w których nawiązują się nici z przeszłością, z tem, co tam dobrego było, w których pielęgnuje się tradycyę pięknych myśli i szczytnych haseł. Praca społeczna wtedy największe owoce przynosi, jeśli jej przyświecają szlachetne ideały i jeśli łączy się z pracą poprzednich pokoleń. Wśród gwiazd przewodnich »Przeglądu« i w przyszłości najjaśniej świecić mu powinny te, które przyświecały Dietlom, Majerom, Skoblom, Oettingerom, Janikowskim.....

»Przegląd« nie jest obecnie jedynem czasopismem lekarskiem w Krakowie. Trzynasty już rok wychodzi tam miesięcznik p. t. »Postęp okulistyczny«, redagowany i wydawany przez Bolesława Wicherkiewicza, a od lat kilku »Rocznik Lekarski«, wydawany przez Wydział Lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego i Towarzystwo Lekarskie Krakowskie. »Rocznik Lekarski«, redagowany od samego początku przez Stanisława Ciechanowskiego, poświęcony jest głównie pracom archiwalnym ze wszystkich działów medycyny, nie wyłączając i dziejów jej. Pomijam inne czasopisma lekarskie, które w Krakowie wychodziły lub wychodzą; mają one nierównie mniejsze znaczenie od wyżej wymienionych.

Pół wieku, to kawał naszej historyi. Cząsteczka jej odzwierciedliła się i w »Przeglądzie«. Tam nieraz zasłużeni później pisarze naukowi pierwsze kroki stawiali; tam rozpoczynający swój zawód nauczycielski docenci i profesorowie Wszechnicy Jagiellońskiej drukowali swe wstępne wykłady, w których nieraz nie tylko o jakimś ściśle naukowym przedmiocie mówili, lecz także swym marzeniom wyraz dawali, a czasem i wyznanie publiczne czynili, jak to zrobił Miku-

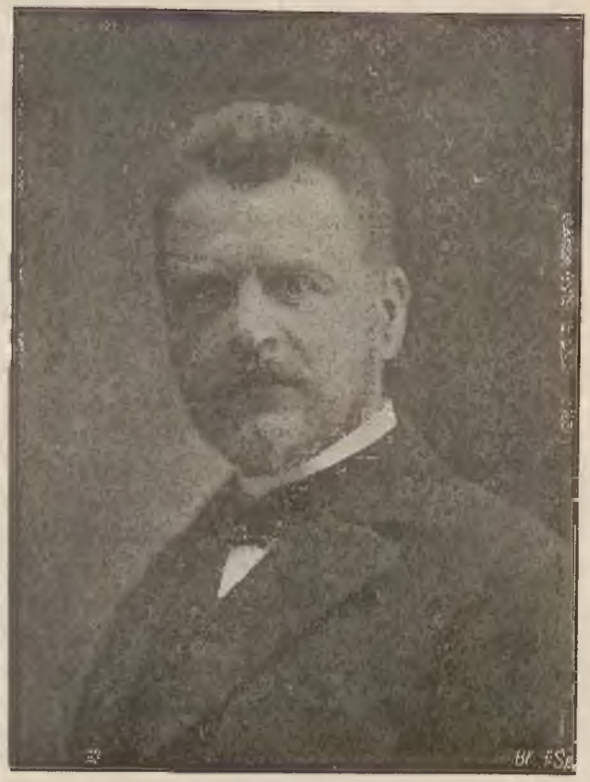
licz, który do polskości się przyznał, język polski za swój ojczysty poczytując; tam odźwierciedlał się ruch naukowy w naszych Towarzystwach Lekarskich przejawiający się; tam setki prac znajdziesz, w polskich zakładach naukowych i szpitalach wykonanych; tam spotykają się imiona współpracowników z najrozmaitszych naszej ziemi krańców i z najrozmaitszych miejsc zagranicą, gdzie tylko polscy lekarze dla nauki pracują.

Pomyślny rozwój czasopisma nie tylko od warunków politycznych oraz społecznych i nie tylko od redaktorów, oraz współpracowników zależy. Jak można być znakomitym rolnikiem i mieć ziemię urodzajną, a jednak być w biedzie, jeśli się źle administruje majątkiem, tak i czasopismo może mieć dobrego redaktora i dobrych współpracowników, a jednak nie rozwijać się należycie, jeżeli złą ma administracyę, boć przecież zaprzeczyć się nie da, że od materyalnego stanu pisma w znacznej mierze rozwój jego zawisł. Dlatego do rozwoju czasopism przyczyniają się niemało również dobrzy administratorowie, choć ani dla czytelników, ani dla tych, którzy stoją zdala od redakcyi i administracyi czasopisma, praca ich nie jest widoczna.

O rozmiarach tej pracy daje pewne wyobrażenie fakt, że »Przegląd« dziś, górując w tem nad wszystkiemi pismami lekarskiemi polskiemi, wychodzi w 1500 przeszło egzemplarzach.

W pierwszych dziesiątkach lat istnienia »Przeglądu» administracya przy niewielkich rozmiarach pisma i niewielkiej liczbie prenumeratorów nie była zapewne zadaniem zbyt trudnem, ani wymagającem wiele pracy. Z rozwojem »Przeglądu« zadania te i praca wzrastały, tak że nawet próbowano oddać administracyę fachowemu przedsiębiorcy, księgarzowi Tomaszewiczowi. Próba ta, podjęta w r. 1873 [86]), nie skończyła się jednak pomyślnie, wobec czego Towarzystwo Lekarskie odebrało »Przegląd« we własny zarząd, powierzając administracyę swemu skarbnikowi. Połączenie czynności skarbnika Towarzystwa z czynnościami administratora »Przeglądu« trwało lat kilka, poczem znowu wybierała Komisya redakcyjna osobnego administratora z grona lekarzy, członków Towarzystwa. Mimo pozostawienia jednak tego wybieralnego urzędu przez szereg lat w jednych rękach, nie była administracya dobrze prowadzona aż do r. 1889, kiedy objął ją i zreorganizował prof. Napoleon Cybulski i prowadził aż do r. 1895.— Zawsze stałem zdala od redakcyi »Przeglądu«, dlatego nie mogę wyrobić sobie dokładnego zdania, którzy z administratorów jego największe zasługi położyli. Z miarodajnego źródła dowiedziałem się jednak, że następcy prof. Cybulskiego, idąc w wytkniętym przez niego kierunku, dział sobie powierzony doskonale rozwijali. Najwięcej pracy miał prof. Jan Raczyński, prowadząc administracyę przez całe lat 10 (1895—1904), po nim objął ją prof. Stanisław Ciechanowski (1904—1905), a po jego ustąpieniu prowadzi ją dotychczas dr Bruno Wojciechowski.

Pisząc o naszych czasopismach lekarskich i wskazując wady niejednego z nich, trudno powstrzymać się od kilku przynajmniej uwag o przyczynach tych niedostatków. Tutaj powtórzyć mi wypadnie zdanie, które przed kilku laty



STANISŁAW CIECHANOWSKI
red. od 1906, adm. 1904—1905.

napisałem, udzielając obcym wiadomości o naszych czasopismach, że najwalniejszą przeszkodą do rozwoju naszych czasopism lekarskich jest zbyt wielka ich liczba [87]). Żadne pismo nasze wskutek takiego rozproszenia sił naukowych i środków materyalnych rozwijać się nie może tak, jakby mogły niektóre z nich w innych warunkach. Jedne mają mało artykułów oryginalnych, inne zaniedbany dział sprawozdawczy, a niemal wszystkie coraz gorszą szatę: druk gorszy, papier cieńszy, ilustracye lichsze. Wszystkie wymienione okoliczności przemawiają za tem, że nas nie stać na tyle czasopism lekarskich, ile ich obecnie posiadamy, że wiele z nich musi walczyć z niemałemi trudnościami materyalnemi i nie tylko materyalnemi. Dawniej nie były rzadką rzeczą w czasopismach naszych lekarskich dobre drzeworyty i ładne litografie. Teraz posługujemy się prawie wyłącznie cynkotypami, które zresztą nieźle wychodzą, lecz na odpowiednim papierze drukowane, na lichym zaś nierzadko chybiają całkiem celu. Rozwój czasopism naukowych niewątpliwie w wielkiej mierze zależy od ich wydania. Bo jeżeli autor ma do wyboru albo umieścić swoją pracę w czasopiśmie starannie i ładnie wydawanem, albo w takiem, w którem papier, druk, a często i korekta wiele pozostawiają do życzenia, to woli często drukować ją tam, gdzie będzie staranniej wydana.

Stanowczo za dużo mamy czasopism lekarskich. Namby zupełnie wystarczyły: 1) ze dwa tygodniki, umieszczające: a) krótkie artykuły, któreby można było wydrukować w jednym numerze, b) kronikę ruchu naukowego w naszych oraz w ważniejszych zagranicznych Towarzystwach Lekarskich, c) dział ocen dzieł lekarskich polskich i d) dział wiadomości bieżących, w którychby koniecznie unikać nale-

[86]) Przedmowa do Spisu prac zawartych w 25 rocznikach Przeglądu lek. (1862—1886). Kraków 1887.

[87]) A. Wrzosek. Polské lékařské publikace periodické. Časopis lékařů českých 1903.

żało wszystkiego, co nosi cechę reklamy, choćby w najlepszej wierze robionej, np. aby popierać młode talenta, bo czasopismo nie powinno się wysługiwać osobom, inaczej łatwo można niejedną niewłaściwość popełnić; 2) jedno czasopismo wyłącznie sprawozdawcze z piśmiennictwa obcego i naszego, byle miało stałych, dobrze płatnych, odpowiednich współpracowników; 3) jedno czasopismo np. miesięczne, poświęcone wyłącznie sprawozdaniom poglądowym, czyli tak zwanym referatom zbiorowym; 4) jedno czasopismo poświęcone sprawom zawodowym lekarzy i 5) jedno duże czasopismo archiwalne dla prac z wszystkich gałęzi medycyny. Myśli te rozwijać i szeroko uzasadniać na tem miejscu uważam za rzeczą zbyteczną. Powstawanie raz wraz nowych czasopism, nie wyłączając archiwalnych, które, acz zapowiadają się z początku dobrze, zwykle długo utrzymać się nie mogą, bo są oparte na ofiarności jednostek, nie tylko jest wyrazem wzmożonego ruchu naukowego u nas, ale poniekąd i nieskoordynowanego rozwoju naszego czasopiśmiennictwa lekarskiego. Powinniśmy dążyć do tego, aby w rozwoju jego hasłem było »non multa, sed multum«.

Z Zakładu fizyologicznego Uniwersytetu lwowskiego.

Przebieg zmian elektrycznych w układzie nerwowym środkowym.

(Praca przedstawiona na posiedzeniu Wydz. matem.-przyr. Akad. Umiej. 5. czerwca 1911).

Podał

A. Beck.

Badania zjawisk elektrycznych, towarzyszących stanom czynnym układu nerwowego środkowego, rozpoczęte przezemnie w r. 1890 w zakładzie fizyologicznym Uniwersytetu Jagiellońskiego [1]), prowadzone następnie przez szereg lat, wymagały uzupełnienia jeszcze w jednym kierunku. Posługując się mianowicie przy tych badaniach galwanometrem lusterkowym Wiedemanna, nie mogłem wobec bezwładności tegu przyrządu studyować, jaki jest dokładny przebieg otrzymanej zmiany elektrycznej, albowiem nawet wtedy, gdy ona jest dwukierunkową, albo składa się z większej ilości faz dwukierunkowych, galwanometr, o ile fazy te przebiegają szybko, zakrywa je, dając tylko wychylenie wypadkowe. A już zgoła niemożebną jest rzeczą przedstawić sobie o b r a z j e j c z a s o w e g o p r z e b i e g u; nawet fotografowanie wychyleń galwanometru nie mogło dać wyników pod tym wzgiędem zadowalniających.

A skoro elektrofizyologię nerwów i mięśni (mięśnia sercowego) tak znacznie wzbogaciło wprowadzenie do fizyologii galwanometru strunowego, należało się spodziewać, że przez zastosowanie tego galwanometru w badaniu prądów czynnościowych układu nerwowego ośrodkowego uda się nam również pogłębić i rozszerzyć nasze wiadomości o tych prądach i poznać ich przebieg.

Z szeregu doświadczeń, wykonanych zapomocą galwanometru Einthovena nad układem nerwowym żab, chcę tu pokrótce zdać sprawę.

Do doświadczeń posługiwałem się preparatem, złożonym z starannie wypreparowanej całej osi mózgowordzeniowej żab silnie oziębionych, przy której pozostały albo nienaruszone tylne łapki (gdy miało się drażnić skórę łapek mechanicznie lub chemicznie), albo też tylko również wypreparowany jeden lub obydwa nerwy kulszowe (nn. ischiadici). W tym drugim przypadku badałem zawsze przed samem preparowaniem nerwów, czy na podrażnienie mechaniczne skóry preparat odpowiada ruchem i tylko wtedy posługiwałem się nim do doświadczeń, gdy ruchy takie z drażnienia łapki występowały wyraźnie. Oczywiście, że gdy do doświadczeń miał być użyty preparat z nienaruszonemi kończynami, wtedy również baczono na to, czy ruch z drażnienia skóry występuje. Preparat umieszczano w komorze wilgotnej (w licznych doświadczeniach oziębiobionej), do której doprowadzano tlen. W komorze tej umieszczone były zarówno elektrody niepolaryzujące, których końce przykładano do wybranych miejsc układu nerwowego, jakoteż i elektrody platynowe, służące do drażnienia nerwu. Komora sama składała się z tacki cynkowej na nóżkach, przez którą prowadziły trzy pary otworów, zajętych przez rurki szklane dla przepuszczenia drutów do elektrod, a która posiadała na całym obwodzie rowek 1 cm. szeroki i tyleż głęboki. Rowek ten wypełniano wodą i wstawiano weń wolny brzeg kwadratowego klosza, przez którego boczne ściany przechodziła rurka dowodząca tlen, manometr wodny, oraz otwór dla termometru.

Łącząc dwa różne punkty osi mózgowo-rdzeniowej o ile możności zupełnie nienaruszonej z galwanometrem, zauważamy prawie zawsze mniejsze lub większe wychylenie, wykazujące istnienie różnicy potencyałów; izopotencyalność należy do rzadkich wyjątków. Kierunek prądu bywał w znacznie większej liczbie (81·3%) doświadczeń wstępujący, t. j. wyższa część układu nerwowego była wobec niższej dodatnią tak, że prąd płynął w łączniku i galwanometrze od części wyższej układu nerwowego ku niższej, w samym zaś preparacie od dołu ku górze. Kierunek odwrotny t. j. prąd zstępujący, zjawiał się o wiele rzadziej (16%), jakkolwiek nie należał do wyjątków. Wypadki, w których kierunek był zstępujący, tyczyły się połączeń takich, w których jedna elektroda dotykała zgrubienia lędźwiowego, druga umieszczona była na wyższej części układu nerwowego, np. na półkuli mózgu lub na rdzeniu przedłużonym. Jeżeli jedna z tych wyższych części układu nerwowego połączona była z inną częścią rdzenia kręgowego, to prąd zawsze był zstępujący. Wynikałoby z tego, że kierunek prądu jest do pewnego stopnia zależny od tego, czy z galwanometrem połączone jest miejsce, w którem nagromadzone są w większej liczbie komórki nerwowe i że obecność tych komórek warunkuje podwyższenie potencyału dodatniego.

Stałość, z jaką kierunek prądu zależy od tego, od których miejsc układu nerwowego go odprowadzamy, obja-

[1]) Beck. Oznaczenie lokalizacyi w mózgu i rdzeniu zapom. zjawisk elektrycznych. Rozpr. wydz. mat. przyr. Akad. umiej. tom 21. 1890 oraz Centralblatt f. Physiol. tom IV. 1891.

Beck i Cybulski: Weitere Untersuchungen etc. Centralbl. f. Phys. tom V. 1892. i Rozpr. akad. umiej. Tom 32. 1896.

Beck. Zjawiska elektryczne w rdzeniu pacierzowym. Rozp. Wydz. mat. przyr. Akad. Umiej. tom 41. 1901.

wia się także w tem, że nawet po dokonaniu przekroju poprzecznego (np. rdzenia przedłużonego), a odprowadzeniu prądu od tego przekroju i od powierzchni naturalnej, niezawsze prąd otrzymany jest — jakby się spodziewać należało — zstępujący, lecz często właśnie ma też kierunek taki, jak w układzie nerwowym nienaruszonym.

Widzimy tu zatem wyraźną zgodność z wynikami badań Cybulskiego na mięśniach. Gdy jednak badania Cybulskiego znaleść mogą łatwo wyjaśnienie w swoistej strukturze włókna mięsnego, nie możemy tu wobec skomplikowanej budowy i składu układu nerwowego tak łatwo kusić się o znalezienie przyczyny tego zachowania się.

Co do siły elektrobodźczej, jakiej dostarcza połączenie dwóch miejsc układu nerwowego środkowego żaby zapomocą przewodnika, to, jak wykazuje umieszczone tu zestawienie, największą jest ona przy odprowadzeniu prądu od półkul mózgowych i zgrubienia lędźwiowego, mniejszą przy odprowadzeniu od rdzenia przedłużonego i części lędźwiowej rdzenia, jeszcze słabszy jest prąd przy odprowadzeniu od półkul lub rdzenia przedłużonego i od innego miejsca rdzenia kręgowego.

Odprowadzono prąd od	Siła elektrobodźcza w miliwoltach		
	minim.	maxim.	średnie
półkul i zgrubienia lędźwiowego	6	34	18·5
rdzenia przedłuż. i zgrub. lędźw.	2·5	27	10
półkul mózgowych i środkowej części rdzenia	7	8	7·5

Kombinacye inne dawały wogóle prądy o wiele słabsze.

Dodajmy jeszcze, że prąd »spoczynkowy« nie słabnie wyraźnie w miarę trwania, że słabnie pod wpływem chloroformu i braku tlenu, a natomiast zwiększa się pod wpływem pędzlowania rdzenia rozczynem strychniny.

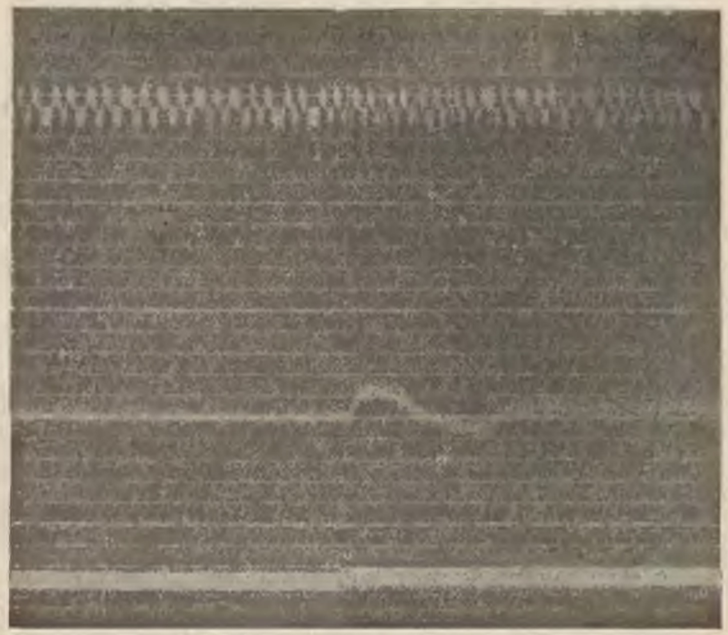
Prądy czynnościowe.

Celem wywołania stanów czynnych w rdzeniu, drażniono bądź skórę łapki mechanicznie lub chemicznie, bądź też po wypreparowaniu nerwu kulszowego działano na jego koniec dośrodkowy prądem indukcyjnym. Drażnienie to prądem indukcyjnym odbywało się albo zapomocą jednorazowego uderzenia tego prądu (otwarcie lub zamknięcie koła pierwszorzędnego), albo też zapomocą całego szeregu działań prądu indukcyjnego przy wprawieniu w ruch młotka Neefa lub przerywacza widełkowego.

A. Podniety elektryczne.

Rozpoczniemy od rozpatrywania wyników drażnienia pojedynczemi uderzeniami prądu indukcyjnego. Obraz, jaki się tu otrzymuje, nie jest stale jednaki. Krzywa przedstawiająca przebieg zmian elektrycznych przy drażnieniu bywa wprawdzie najczęściej podobną do wychylenia dwufazowego prądów nerwowych lub mięśniowych, ale przebieg taki nie jest regułą.

Krzywą taką mamy w ryc. 1. Prąd odprowadzono tu od rdzenia przedłużonego i zgrubienia lędźwiowego. Widzimy, że przebieg całej zmiany elektrycznej odbywa się w rdzeniu o wiele wolniej, niż w nerwach obwodowych. I tak po krótkim okresie utajonego podrażnienia, którego trwanie zależy oczywiście od długości przebytej przez stan czynny drogi po nerwie i w rdzeniu, rozwija się zmiana elektryczna, wskazująca, że część lędźwiowa rdzenia kręgowego staje się ujemnie elektryczną, zmiana ta dochodzi do maximum po 0·0098″, utrzymuje się na tem maximum przez 0·0126″, poczem zaczyna opadać; — w 0·0141″ osiąga linię zero, aby znowu dać miejsce zmianie odwrotnej (drugiej fazie), której maximum następuje po 0·028″, a kończy się zupełnie po dalszych 0·0123. Cała zmiana trwała 0·0768″.



Ryc. 1.

Zmieniając kierunek prądu indukcyjnego, zapisując zmiany elektryczne, powstające przy zamykaniu i otwarciu prądu, wreszcie stosując także prąd stały o kierunku naprzemian wstępującym i zstępującym, przekonałem się, że przebieg dwufazowy zmian elektrycznych właściwy jest samym procesom czynnym układu nerwowego i nie jest sztucznym produktem.

Opisany przebieg zmiany elektrycznej, wywołanej jednorazową szybko działającą podnietą, może mieć dwie przyczyny: jedną z nich będzie okoliczność, że stan czynny w układzie nerwowym środkowym przenosi się z szybkością znacznie mniejszą, niż w nerwach obwodowych, i jakkolwiek nawet może być chwila, w której obejmuje równocześnie oba połączone z galwanometrem miejsca układu nerwowego, to zależnie od tego, w którem z tych miejsc ten stan czynny przeważa, przeważa też i zmiana potencyału tego punktu nad drugim. Drugą przyczyną jest niewątpliwie to, że pod wpływem podniety pojawia się w rdzeniu — podobnie jak to dla mięśni i nerwów wykazał Cybulski — proces kataboliczny, po którym bezpośrednio następuje anaboliczny, czyli proces odbudowy. Że ten proces jeden i drugi trwa dłużej, niż w mięśniach, jest rzeczą, która zgadza się też z istniejącemi dotąd wiadomościami o czynności układu nerwowego środkowego. Skoro bowiem zmiana elektryczna jest wyrazem stanów czynnych samych ośrodków nerwowych, to zrozumiałą jest rzeczą, że wobec znanego faktu, iż stany czynne w ośrodkach nerwowych roz-

wijają się wolniej niż w nerwach obwodowych i pozostawiają w nich ślad dłużej trwający (zdolność sumowania), że i same zmiany elektryczne rozwijają się powolniej i trwają dłużej.

Gdy następstwem jednorazowego podrażnienia bywa najczęściej wychylenie dwufazowe, to drażnienie wielokrotne szybko po sobie następujące, t. j. całym szeregiem uderzeń prądu indukcyjnego, dawało wychylenie tylko w jednym kierunku. Krzywa, której przykład daje nam fig. 2., wznosi się dość nagle, utrzymuje się na stałym prawie poziomie, nietylko przez cały czas drażnienia, ale jeszcze po ustaniu drażnienia trwa wychylenie galwanometru czas jakiś, poczem bardzo pomału opada. Kierunek wychylenia był zawsze — gdy jedna elektroda dotykała zgrubienia lędźwiowego lub jego okolicy — tego rodzaju, iż wskazywał, że to zgrubienie stawało się elektroujemne, kierunek prądu zatem był też wstępujący. To długotrwałe wychylenie, utrzymujące się na jednakim prawie poziomie, wskazuje, że podczas drażnienia proces dyssymilacyi bierze górę nad procesem anabolicznym i że proces ten trwa przez czas dłuższy, t. j. rdzeń kręgowy odpowiada wyładowaniem czynności jeszcze długo po ustaniu działania podniety.

Na krzywej fig. 2. widać jeszcze drobne fale, odpowiadające przerwom prądu indukującego, a powstałe wskutek udzielenia się galwanometrowi gałązek prądu do drażnienia użytego. Mimo to jednak samo wychylenie główne, na którem owe fale się rozwijają, najniewątpliwiej jest wynikiem tylko prądu czynnościowego, wywołanego stanem czynnym żywej tkanki nerwowej. Albowiem te fale drugorzędne nie zawsze występowały, a nadto dowieść tego mogłem niezbicie przez doświadczenia kontrolujące, w których: a) zmieniałem kierunek prądu drażniącego, b) stosowałem środki narkotyczne, c) podwiązywałem nerw powyżej miejsca drażnienia.

0'2''



Ryc. 2.

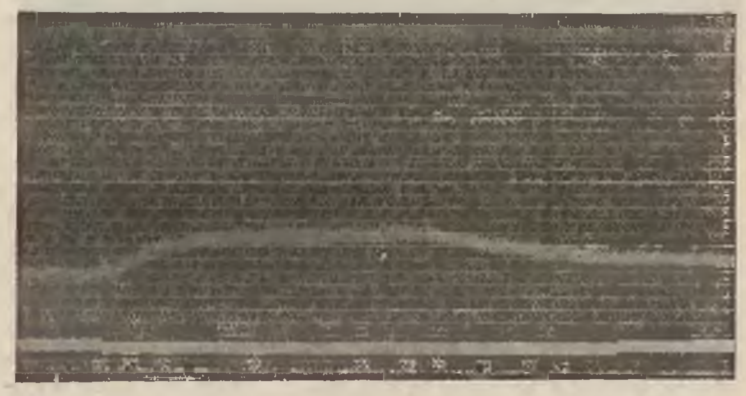
Zmiana kierunku prądu nie wywołuje też wcale zmiany w kierunku głównego wychylenia wywołanego drażnieniem »tetanicznem«, i to nietylko podczas drażnienia prądem indukcyjnym, ale nawet także i wtedy, gdy stosowano przerywany prąd galwaniczny. To ostatnie może służyć za dowód niezbity, iż wychylenie, o którem mowa, nie jest wyrazem odgałęzień prądu użytego do drażnienia lub spowodowanych nim prądów elektrotonicznych. — Po podwiązaniu nerwu powyżej miejsca drażnienia znika wychylenie to natychmiast, zatrucie zaś rdzenia chloroformem powoduje zmniejszenie się wychylenia, w czasie zaś całkowitej narkozy zupełne jego ustanie. W tym ostatnim razie podczas drażnienia pozostają owe fale, wahania wywołane przez gałązki prądu drażniącego, — wychylenia zaś stałego w jednym kierunku niema wcale.

Nie we wszystkich jednak doświadczeniach przebieg wychylenia był taki, jak dopiero co opisano. W nieznacznej ich liczbie obserwować można było prócz wychylenia, wskazującego na obniżenie potencyału elektrycznego w części lędźwiowej rdzenia kręgowego, na początku chwilową krótkotrwałą zmianę odwrotną.

Zmiana ta może mieć swe źródło albo w tem, że drażnienie początkowe powoduje chwilowe zahamowanie, któremu może towarzyszy asymilacya, albo też drażnienie powoduje stan czynny, przeważający najpierw w innej części układu, której dotykała się druga elektroda (mózg, rdzeń przedł.), a potem dopiero zjawia się przewaga stanu czynnego w ośrodkach niższych rdzenia kręgowego.

Podniety mechaniczne i chemiczne.

Szereg doświadczeń wykonano celem stwierdzenia, jakie zmiany elektryczne występują w układzie nerwowym środkowym, gdy dochodzą do niego impulsy, spowodowane podnietami t. zw. odpowiedniemi, t. j. takiemi mniej lub więcej fizyologicznemi podnietami, które działają wprost na niezmienioną powierzchnię czuciową.



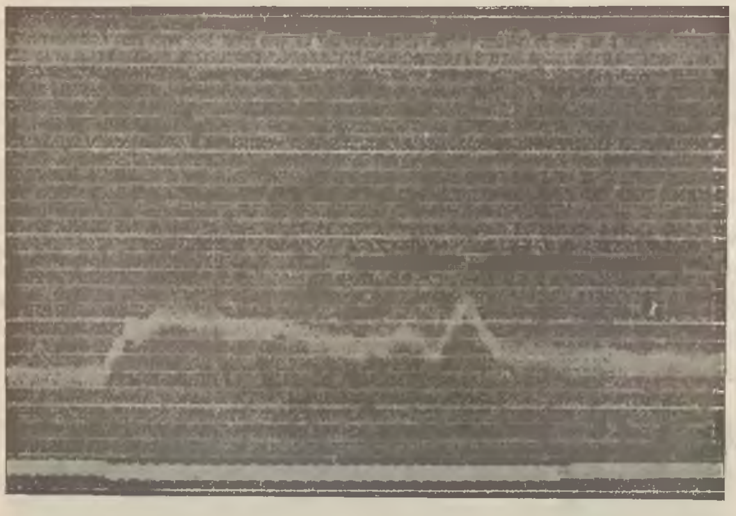
0'01''

Ryc. 3.

Na nienaruszoną zatem skórę łapki stosowano podniety mechaniczne lub chemiczne i obserwowano wpływ ich na wychylenie nitki galwanometru. Drażnienie mechaniczne odbywało się przez szczypanie skóry łapki szczypczykami (pincetą) lub kłucie jej kolcem jeża (celem uniknięcia zetknięcia skóry z metalem), chemicznie zaś drażniono również skórę łapki rozcieńczonym kwasem siarkowym.

Drażnienie mechaniczne, — zależnie od jego trwania, wywołuje bądź jednorazowe wychylenie podobne do wychylenia, wywołanego drażnieniem zapomocą prądu faradycznego (ryc. 3.), albo też kilka wychyleń po sobie następujących w tym samym kierunku. Te wychylenia kilkakrotnie powtarzane występują mianowicie wtedy, gdy wskutek podrażnienia następuje szereg ruchów łapki, są one przeto wyrazem zmian elektrycznych, towarzyszących impulsom rytmicznym, które wychodzą z ośrodków nerwowych i wywołują owe ruchy. Oczywiście należy jednak wykluczyć, czy te rytmiczne wychylenia galwanometru, towarzyszące ruchom łapki, nie są wywołane zmianami elektrycznemi samych mięśni kurczących się, które to zmiany mogłyby udzielić się galwanometrowi. Wątpliwości pod tym względem usunąłem zapomocą doświadczenia, w którem przeciąłem korzonki przednie, wychodzące ze zgrubie-

nia lędźwiowego rdzenia kręgowego. W doświadczeniu tem przed przecięciem tych korzonków drażnienie mechaniczne wywoływało zmianę elektryczną, przebiegającą w postaci krzywej podobnej do ryc. 4. Po przecięciu korzonków przednich, gdy już oczywiście odruchu przez drażnienie łapki się nie otrzymywało, zmiana elektryczna pod wpływem takiego drażnienia miała przebieg również podobny do tej samej krzywej. Była ona nieco tylko niższa, co zresztą tłumaczy się łatwo nieznacznem uszkodzeniem rdzenia przy przecinaniu korzonków.



Ryc. 4.

Analogiczne zjawiska przedstawia wynik drażnienia chemicznego. Różnica w przebiegu zależy od właściwości samej podniety, rozwijającej swe działanie powoli, a utrzymującej się przez dłuższy czas, gdyż wpływ kwasu nie da się tak w jednej chwili usunąć, jak podnieta mechaniczna. Toteż widzimy tu na krzywej ryc. 5. że po okresie utajonego podrażnienia, trwającym 0·78″, a wyrażającym właściwie czas, potrzebny do zesumowania się słabych podniet chemicznych, następuje wychylenie, które utrzymuje się czas dłuższy, zależny także od czasu drażnienia. Wychylenie to przebiega bądź w formie linii jednostajnie poziomej, bądź też okazuje szereg wahań.

Nie chcąc mnożyć zbytnio liczby rycin, wybrałem właśnie taką krzywą z licznemi falami. Że wahania te, które występują szczególnie wtedy, gdy odruch sam pod wpływem drażnienia jest żywy, są wyrazem zmian elektrycznych, zachodzących w układzie nerwowym, a nie są tylko następstwem udzielenia się galwanometrowi prądów mięśniowych, przekonały nas doświadczenia takie, w których mimo żywych nieraz odruchów wychylenie było jednolite, a nie przerywane rytmicznie, i odwrotnie występowanie czasem wychyleń w postaci znacznych nieraz wahań rytmicznych przy niewidocznych wcale ruchach mięśniowych. Nadto doświadczenie z przecięciem korzonków przednich dało wynik taki sam, jak analogiczne doświadczenie z drażnieniem mechanicznem.

Cechą wszystkich zmian elektrycznych układu nerwowego środkowego, wywołanych podnietą działającą na nerw dośrodkowy, jest mniejsza lub większa różnorodność ich przebiegu. Nie spotykamy się tu z jednolitym obrazem przebiegu zmian elektrycznych, jaki przedstawia się nam w badaniu mięśni i nerwów obwodowych. Różnorodność ta występuje nietylko w różnych doświadczeniach, ale spotykamy ją także czasem — jakkolwiek rzadziej — i w przebiegu jednego i tego samego doświadczenia, nawet przy połączeniu z galwanometrem tych samych miejsc układu nerwowego.

Różnica ta między nerwami obwodowymi, a układem nerwowym środkowym leży w tem, że podczas gdy w nerwach obwodowych stan czynny, wprowadzony do włókien nerwowych przez podnietę zewnętrzną, przebiega zawsze z jednaką prawidłowością całą drogę włókien z pewną tylko różnicą w szybkości, zależną od ciepłoty otoczenia lub innych czynników, to w układzie nerwowym środkowym nie możemy się spodziewać, aby przebieg stanu czynnego był także zawsze jednolity. Jeżeli bowiem przyjmiemy, że zmiany elektryczne, obserwowane w układzie nerwowym



Ryc. 5.

środkowym, są wyrazem stanów czynnych nietylko włókien, ale także i ośrodków nerwowych, a takie przypuszczenie jest, jak to przedstawiłem w pracy swej dawniejszej[1]), zupełnie uzasadnione, to łatwo zrozumieć, że przebieg zmian elektrycznych w układzie nerwowym środkowym zależeć będzie od stanu tych ośrodków i od tego, w której okolicy układu nerwowego zajdzie wybitniejszy stan czynny. Zawsze bowiem łączymy dwa miejsca układu nerwowego z galwanometrem, w obu tych miejscach są nietylko włókna nerwowe, w których zmiany elektryczne przebiegać mogą podobnie do zmian w nerwach obwodowych, ale są i ośrodki, których czynność w wysokim stopniu wpływać musi na ten przebieg. Raz może stan czynny przeważać w jednych ośrodkach, innym razem w drugich, innym znowu razem obejmuje może tylko jedne ośrodki, gdy drugie są zupełnie nieczynne, w innym wreszcie wypadku mogą oba ośrodki jednocześnie lub kolejno wejść w stan czynny jednakiego nasilenia. Kombinacyi jest tu wiele, to też i wynik bywa różny.

Skoro więc już przy badaniu preparatu tak względnie prostego, jakim jest układ nerwowy żaby, spotykamy się ze stosunkami tak zawiłymi, nie możemy się dziwić, że badanie zjawisk elektrycznych układu nerwowego środkowego u zwierząt wyższych napotyka na tak znaczne trudności i że musimy wyniki tych badań analizować z jak największą skrupulatnością.

[1]) Rozpr. Wydz. mat. przyrod. Ak. Um. w Krakowie tom XLI. 1901. Serya B. str. 25 i 26.

Nowsze zapatrywania na sprawę zapalenia i nieżytu błony śluzowej jamy macicy (endometritis corporis uteri).

Podał

Wł. Bylicki.

Sprawy zapalne błony śluzowej jamy macicy dzielimy na takie, które są pochodzenia zakaźnego i na takie, w których dotychczas działanie drobnoustrojów nie dało się udowodnić. Tamte przebiegają zawsze z okresem ostrym, zanim się zupełnie skończą lub przejdą w stan przewlekły, gdy te od początku przewlekle występują. W odróżnieniu zatem od tamtych nazywamy je prostym nieżytem i do tej to postaci ograniczamy się jedynie jako tej, która w ostatnich czterech latach stawała się przedmiotem skrzętnych badań i ostrych sporów.

Jako przyczyny tego nieżytu podnoszono głównie: zaburzenia w krążeniu macicznem, głównie skutkiem zmian położenia (retroflexio uteri) i nawykowego zaparcia stolca, nieprawidłowy układ krwi (niedokrwistość, blednica, białaczka), urazy porodowe (przedarcia szyi macicznej) i t. d.

Swoisto na błonę śluzową macicy działają: rozległe oparzenia ciała, zatrucia fosforem i choroby zakaźne, jak cholera, ospa, odra, płonica, dur brzuszny, grypa i zapalenie płuc. Brennecke i Czempin pierwsi zwrócili uwagę na to, że obraz nieżytowego przerostu powstaje bez zadziałania jakiegokolwiek wpływu szkodliwego na błonę śluzową lub na macicę, lecz może być pochodzenia czysto jajnikowego (oophorogene Endometritis), zatem jako zmiana czynnościowa. Myśl tę szerzej rozwinął Święcicki na Zjeździe ginekologów niemieckich w Wiedniu w r. 1895, proponując podział zapalenia błony śluzowej macicy (endometritis) ze względu na pochodzenie jej, na jajnikową i zakaźną. I powstawanie włókniaków przypisuje on bodźcom naczynioruchowym, wychodzącym z jajników, w których to zapatrywaniach wtórował mu Olshausen, podnosząc częstą bezskuteczność zeskrobania błony śluzowej macicy i nawroty cierpienia.

Doléris i Peraire każdy nieżyt odnoszą do drobnoustrojów, których udowodnienie ma być tylko kwestyą czasu.

Anatomiczną podstawę dla nieżytu jamy macicy ugruntował Ruge swemi badaniami, które do niedawna za jedyne i klasyczne uchodziły. Rozróżnił on dwie postacie nieżytowe, mianowicie: gruczołową (przerost i pomnożenie gruczołów, endometritis glandularis hypertrophica et hyperplastica), i międzygruczołową (endometritis interstitialis), którąto postać należy zaliczyć do istotnie zapalnych, z powodu znacznego pomnożenia komórek okrągłych (limfocytów) w podścielisku (stroma).

Cechy kliniczne nieżytu są głównie dwie: obfite i długie krwawienie miesięczne i pozamiesięczne (menorrhagiae et metrorrhagiae) i wydzielina z jamy macicy. Jako trzeci, mniej stały objaw, pojawia się miesiączkowanie bolesne (dysmenorrhoea) i inne bóle od miesiączkowania niezależne.

Jako leczenie najskuteczniejsze uchodzi zeskrobanie »schorzałej« czyli »przerosłej błony śluzowej«, z leczeniem następowem dla uniknięcia nawrotów i z leczeniem ogólnem, gdzie tego zachodzi potrzeba.

Tak się ma sprawa nieżytu błony śluzowej jamy macicy w najkrótszym zarysie.

Zdawało się do niedawna, że stoi ona niewzruszenie, oparta o swoją podstawę anatomiczną, chociaż każdemu nasuwały się niemałe wątpliwości, mianowicie w tych wcale nierzadkich przypadkach, w których dla klinicznie rozpoznanego nieżytu nie znajdowano żadnej podstawy anatomicznej. Wieleż to bowiem razy wydarza się, że wobec bardzo wybitnych objawów spodziewamy się obfitego plonu wyskrobków zgrubiałej błony śluzowej, a otrzymujemy ledwo dostrzegalne cienkie płateczki całkiem prawidłowej błony śluzowej.

Ta okoliczność skłoniła też Veita do wypowiedzenia zdania, że z objawów klinicznych nie można nigdy rozpoznawać zapalenia błony śluzowej macicy (endometritis), lecz jedynie z obrazu drobnowidowego.

Zawsześmy też byli przekonani, że obfite krwawienia pochodzą z przerosłej błony śluzowej i że kres im położy jej zeskrobanie, pomimo, że i w tym kierunku doznawaliśmy często zawodów, gdyż ono nie zawsze bywało środkiem skutecznym.

Wiedzieliśmy też bardzo dobrze, że budowa błony śluzowej jamy macicy podlega znacznym wahaniom i znaliśmy ją w okresie poprzedzającym pojawienie się krwawienia miesięcznego i w czasie samego krwawienia tak, że nie powinno się było uważać za coś niezwykłego różnych obrazów drobnowidowych z rozmaitych okresów otrzymywanych. A gdy wiedzieliśmy o tem, że te zmiany, ta falistość życia błony śluzowej zależy od jajników, więc łatwo było wnosić, że stany błony śluzowej przedmiesiączkowe mogą się nieprawidłowo przedstawiać lub nieokresowo następować bez żadnych innych bodźców, jak pochodzące od jajników. Pomimo to wyobrażaliśmy sobie błonę śluzową jako stale, niezmiennie przerosłą, w czem doznawaliśmy zawodów. Gdy zaś objawy nieżytowi przypisywane, szczególnie krwawienia, często ustawały po zeskrobaniu błony śluzowej, byliśmy najgłębszego przekonania, że ona jedynie może być źródłem krwawień z powodu owego przerostu, któregośmy często nie znajdowali.

Umieliśmy też rozróżniać przerost fizyologiczny, przedmiesiączkowy, od patologicznego. Więc za stan patologiczny uważaliśmy gęsto tuż przy sobie stojące gruczoły rozszerzone, pokręcone falisto, na przecięciu zębate jak piła, sięgające głębiej w tkankę mięsną i tam się rozgałęziające, tworzące wypustki brodawkowe ku wewnątrz i ku zewnątrz, a przedewszystkiem znacznie pomnożone. Tym wymaganiom zapewne nie wszystkie obrazy dopisywały, lecz gdy dopisały, uchodziły za cechujące dla stanu niewątpliwie chorobowego.

Tak jakby dawno oczekiwani zjawili się też Theilhaber, a głównie Hitschman i Adler przed 3 laty ze swojemi gruntownemi pracami i potężnie wstrząsnęli budową, chyba już przed nimi mocno zachwianą i wymagającą innej niż dotychczas podpory.

Theilhaber [1]) poddał badaniu bardzo wiele błon ślu-

[1]) Verhandlungen der deutschen Gesellsch. f. Gynaekologie. XII. Versamlung 1908.

zowych zupełnie zdrowych, jakoteż i takich, które z objawów klinicznych uznano za chore. Badania te wykazały, że wiele z tych zmian, które uznawano jako cechujące nieżyt, odnieść należy do odmian fizyologicznych w budowie błony śluzowej; że u kobiet, które się na nic nie skarżyły, całkiem zdrowych, znajdował drobnowidowe obrazy cechujące t. zw. »endometritis glandularis hypertr. i hyperpl«; że błona śluzowa jednej i tej samej macicy w różnych miejscach odmiennie się zachowuje. Podaje on zatem w wątpliwość istnienie »endometritis glandularis«, a za źródło krwotoków wrzekomo jej towarzyszących uważa »myofibrosis uteri«, niesprawność jej mięśni, zaburzenia w krążeniu macicznem i t. p.

Hitschmann i Adler[1]) poszli dalej i sprawę opracowali wszechstronniej, zrobiwszy tem znaczny krok naprzód, że skrzętnie zapisywali, z jakiego okresu czterotygodniowego, czyli z jakiej jego fazy badana błona śluzowa pochodziła.

Według tych autorów błona śluzowa w poszczególnych fazach okazuje tak cechujące tę fazę zachowanie się, że z obrazu drobnowidowego dają się one, czyli czas jaki minął od 1-go dnia minionej regularności, ściśle określić. — Tych faz rozróżniają oni cztery, a mianowicie: a) pomiesiączkową, b) międzymiesiączkową, c) przedmiesiączkową i d) fazę miesiączkową. Dla oznaczenia poszczególnych faz używać będziemy liter a, b, c i d, któremiśmy je oznaczyli. Zachowanie się poszczególnych części składowych w tych fazach jest następujące:

Gruczoły w fazie *a* znajdujemy wązkie i proste; w fazie *b* pokręcone, w fazie *c* szerokie, okazujące wgłębienia i wypuklenia oraz wypustki brodaweczkowe ku wewnątrz, a nabłonki ich wydzielają; w fazie *d* na szczyeie krwawienia znajdujemy gruczoły częściowo całkiem już opróżnione i opadłe, a częściowo jeszcze będące w fazie *c*, czyli przedmiesiączkowej.

Nabłonek. Od niego zawisła postać gruczołów, ich szerokość i długość, oraz kształt. Jest on w fazie *a* nizki, ubogi w protoplazmę, jądrem przy jądrze ustawiony; w fazie *b* staje się wyższy i obfitszy w protoplazmę; w fazie *c* komórki wydzielają, są bardzo nizkie, szerokie z blademi jądrami, szeroko rozstawionemi.

Wydzielina istnieje jedynie w fazie *c*, czyli przedmiesiączkowej.

Tkanka łączna pomiędzy gruczołami zawiera w fazie *a* komórki wrzecionowate, w *b* okrąglejsze, w *c* obfitujące w protoplazmę, bardzo podobne do młodych komórek doczesnej; w fazie *d* napęcznienie komórek jeszcze większe.

Po nakreśleniu wyczerpującego obrazu cech fizyologicznych poszczególnych faz przystępują Hitschmann i Adler do ocenienia, jakie zmiany patologiczne odpowiadałyby rozpoznaniu »endometritis«, i jako odpowiedź na to dają zupełne zaprzeczenie istnieniu gruczołowej postaci zapalenia błony śluzowej. Ani przerost gruczołów, ani ich pomnożenie, nie są zjawiskiem patologicznem, lecz są zjawiskiem, właściwem okresowi przedmiesiączkowemu. Błąd zaś dotychczas panujący pochodził z nieznajomości anatomii prawidłowej błony śluzowej jamy macicy i z braku zestawienia obrazów drobnowidowych z datą początku minionej regularności. Inaczej bowiem wiedzianoby, że zmiany, uważane za patologiczne, odpowiadają pewnej fazie okresów międzymiesiączkowych.

Co do istoty zapalnej drugiej postaci, mianowicie międzygruczołowej (endom. interstitialis), są Hitschmann i Adler w zgodzie z innymi. Podnoszą jednak jeden ważny szczegół. Jak wiadomo bowiem, rozpoznanie tej postaci polega na stwierdzeniu pomnożenia się komórek okrągłych śród utkania. Ocenienie jednak tego rodzaju pomnożenia się może być niepewne. Do niezawodnego zatem rozpoznania uważają Hitschman i Adler za konieczną obecność komórek plazmatycznych (Plasmazellen), jedynie w stanach zapalnych znajdowanych.

Jako odpowiedź na te wywody, zawrzała na całej linii praca nad sprawdzeniem twierdzeń tych obu nowatorów, której wyniki niżej zestawiamy.

Schwab[1]) twierdzi, że ani dla prawidłowej, ani dla chorej błony śluzowej nie istnieje obraz szkolny, gdyż tak gruczoły, jak i utkanie międzygruczołowe okazują fizyologiczne odmiany, chylące się silnie ku poszczególnym postaciom »endometritis«. Dlatego też nie istnieje żaden związek pomiędzy zmianami histologicznemi, a objawami chorobowymi, które zmuszają do klinicznego rozpoznania. Co do komórek plazmatycznych, to brak ich nie przemawia przeciw zapaleniu międzygruczołowemu, a ich obecność dowodzi jedynie pewnej świeżości sprawy lub zaostrzenia jej. — Jakkolwiek Schwab zgadza się z twierdzeniami Hitschmanna i Adlera, to jednak za nieprawidłowe uważać musi pewne postacie krańcowe gruczołów bardzo rozszerzonych, na przecięciu zębatych, stojących tuż obok siebie — »dos à dos« — obok bardzo zgrubiałej błony śluzowej.

Henkel[2]) nie potwierdza wcale tego, aby cechy faz poszczególnych były tak wybitne, jak to Hitschmann i Adler opisują. Zawsze bowiem znajdował stan wahający się pomiędzy jedną a drugą fazą i wszystkie fazy nawet obok siebie, w jednej i tej samej błonie zawsze istniejące. Podtrzymuje on też dawne pojęcie anatomiczne »endometritis«, i to głównie z jednego objawu, na jaki Hitschman i Adler nie zwrócili uwagi, a tym jest rozwój naczyń stojących w grupach. Również stany znajdowane u kobiet starszych zmuszają do uznania stanów nieżytowych. Henkel zgadza się jednak na to, że do rozpoznania zapalenia błony śluzowej macicy (endometritis) konieczna jest znajomość terminu ostatniej regularności.

E. Freund[3]) uważa za objaw patologiczny torbielowate rozszerzenie gruczołów i wgłębienia ich, które w żadnej ze znanych faz nie znajdują analogii. W przypadkach, w których na kliniczne rozpoznanie nie znajdujemy dowodu anatomicznego, szukać należy przyczyny w jajnikach.

Ellerbroeck[4]) podnosi, że znajdował najdalej idące zmiany w fazie *b*, czyli w przerwie międzymiesiączkowej u kobiet z wybitnymi objawami klinicznymi.

---

[1]) Verhandl. der deutschen Ges. f. Gynaekol. XII. Versamml. 1908.

[1]) Centralbl. f. Gyn. 1907 Nr. 29.

[2]) Klinische und anatomische Untersuchungen über Endometritis. Centralbl. f. Gyn. 1909 str. 201.

[3]) Praktische Folgerungen aus der modernen Lehre der Endometritis. Centr. f. Gyn. 1909 str. 688.

[4]) Die Lehre von der chr. Endometr. Centralbl. f. Gyn. 1909 str. 682.

Büttner[1]) badał 71 razy błonę śluzową macic, leżących stale w odgięciu (retroflexio), który to stan w etyologii »endometritis glandularis« odgrywał dotychczas pierwszorzędną rolę, i nie znalazł ani razu zmian nieżytowi właściwych.

Theilhaber w późniejszej pracy z Meierem[2]) zaznaczył, że budowa błony śluzowej bywa indywidualnie bardzo rozmaita. W osobnym zaś artykule o krwotokach podnosi, że ich przyczyną bywają bardzo często zmiany w budowie i czynności warstwy macicy, których odmian fizyologicznych w różnym wieku za mało poznano. Daje on takim zboczeniom nazwę »insufficientia uteri«, oraz »myofibrosis uteri« w okresie zwrotu płciowego i wobec blednicy i gruźlicy i »hyperplasia muscularis« wobec samogwałtu. Hitschmann zaś w dyskusyi z Pankowem zauważył, że przyczyny krwotoków wówczas dojdziemy, gdy poznamy przyczynę krwawień miesięcznych.

Himmelheber[3]) jako cechę patologiczną podnosi postępujące zmiany w gruczołach i gdy zmiany te nie odpowiadają fazie.

Pankow[4]) nie uznaje żadnej podstawy anatomicznej, jednolitej dla krwotoków. Niema ani »metritis«, ani »endometritis«, któreby przebiegały z cechującymi je objawami klinicznymi. Proponuje on też dawne te nazwy zastąpić nazwą ogólną: »metropathia haemorrhagica idiopathica«.

Thorn[5]) jest przeciwnikiem przesadnego leczenia zapomocą środków miejscowych na samą błonę śluzową działających, jak skrobanie i t. d.

K. Hegar[6]) o tyle skłania się ku wywodom Hitschmanna i Adlera, że o jakości zmian poleca przekonać się z uwzględnienia fazy okresu miesiączkowego. W obrazach zmian patologicznych podnosi to, co i inni autorzy, dla postaci gruczołowych. Dla międzygruczołowych rozstrzygające są komórki okrągłe, prążkowato ułożone wzdłuż naczyń i obficie nieregularnie rozłożone małe naczynia.

Albrecht[7]) twierdzi, że prócz prawidłowego, przedmiesiączkowego pomnożenia utkania istnieje i pomnożenie go — »hyperplasia« — stałe we wszystkich fazach, połączone z dzieleniem się komórek, bujaniem brodawkowem, silnymi skrętami gruczołów, ich rozgałęzieniem i bujaniem w warstwę mięsną. Widoczne zaś niekiedy wgłębienia gruczołów, prawie przez wszystkich autorów przytaczane jako znamienne (patognomoniczne), są tworami sztucznymi, powstałymi przez skrobanie. Nigdy bowiem nie znajdował ich Albrecht w błonie śluzowej macic w całości wyciętych.

Tak się ma cała sprawa w krótkiem streszczeniu, jak ją dotychczas postawiono. Hitschmann i Adler, podobnie jak wszyscy, którzy mają coś nowego do powiedzenia, skłonni byli do pewnej może krańcowości, w zupełnej negacyi tego, co przed ich odkryciem istniało. Pośród bowiem tych, co ich badania kontrolowali, prawie ani jednego niema, którypy bez żadnych zastrzeżeń podzielał ich zapatrywanie. Największa ich część broni, można powiedzieć desperacko, anatomicznej podstawy »endometritis glandularis«, a cechującem jest to u wielu z nich, że już pojęcie patologiczne czynią zależnem od uwzględnienia fazy.

Stan obecny całej sprawy daje się streścić mojem zdaniem w sposób następujący:

1) Z objawów klinicznych nie można nigdy rozpoznawać zapalenia błony śluzowej macicy (endometritis). Przyjmijmy natomiast nazwę tymczasową Pankowa »metropathia haemorrhagica idiopathica«.

2) Uprawnieni możemy być do rozpoznania zapalenia błony śluzowej macicy jedynie ze zmian gruczołów krańcowych, uwzględniając fazę okresu miesiączkowego.

3) Pojęcie »endometritis glandularis« może jeszcze wegetować pod powyższymi warunkami.

4) Krwawienia nie pochodzą z przerosłej błony śluzowej, wyjąwszy postaci polipowego jej bujania, lecz z nieprawidłowego zachowania się warstwy mięsnej lub nieprawidłowej czynności jajników.

5) Stosowany dotychczas sposób leczenia krwawień i krwotoków przez zeskrobanie błony śluzowej, jako skuteczny w wielu przypadkach, pozostaje w całej swej mocy, lecz nie dlatego, że się błonę śluzową usuwa, lecz że się działa bezpośrednio mechanicznie drażniąco na warstwę mięsną, pobudzając ją tem samem do energii.

Jest to, jak na teraz, plon nie mały, który zawdzięczamy i bezpośrednio badaniu Hitschmanna i Adlera i pośrednio przez to, że pobudzili oni, po całym szeregu lat uśpienia w martwej rutynie, wielu pracowników do podniecenia energii właśnie krańcowością swych zapatrywań, co niewątpliwie wyszło nauce na korzyść.

[1]) Centralbl. f. Gyn. 1909 str. 976.
[2]) Archiv. f. Gyn. Tom 86 zeszyt 3.
[3]) Zur Bedeutung der glandulären Hypertrophie u. Hyperplasie des Endometrium C. f. Gyn. 1909 str. 1768.
[4]) Tamże 1910 str. 324.
[5]) Tamże 1910 str. 591.
[6]) Tamże 1910 str. 1360.
[7]) Centralbl. f. Gyn. 1910 str. 1598.

Oznaczenie szybkości przewodzenia w nerwach żaby przy różnych ciepłotach zapomocą galwanometru strunowego.

Podał

N. Cybulski.

Pomimo, że wszystkie dotychczasowe badania oznaczenia szybkości przewodzenia w nerwach były wykonywane zapomocą jednej i tej samej metody, którą pierwszy raz w r. 1850 podał Helmholtz[1]), wyniki tych badań okazały się u różnych badaczy w wysokim stopniu niejednakowe. Podczas gdy Helmholtz u żaby jako średnią szybkość w nerwie kulszowym przyjmuje 25—27 m w sekundzie, u człowieka zaś od 30—35, inni autorowie w tych samych nerwach i wśród tych samych warunków znajdowali wahania od 26—100 m i więcej. Jeszcze większe różnice wykazane zostały u niższych zwierząt; tak Frederick i Vanderwelde[2]) u raka określili ją zaledwie na 6 do 12 m w 1″ a C. v. Uexkühl w płaszczu głowonogów[3]) zaledwo 0,4—1 m. Równie wielkie różnice znajdowano także w nerwach czuciowych, tak podług Kohlrauscha[4]) np. szybkość przewo-

[1]) Monatsber. d. Berliner Akad. 1850, S. 14; Arch. f. Anat. u. Physiol. 1850, S. 71, 276; 1852, S. 199.
[2]) Bulletins de l'Academie Royale de Belgique, 2 ser., 47 (1879);
[3]) Zeitschr. f. Biol. 30, 317, 1899.
[4]) Zeitschr. f. ration. Medizin Bd. 28 S. 190. 1866. Bd 31. S. 410. 1868.

dzenia u rozmaitych osób wahała się pomiędzy 56—225 m. Chauveau w jednych gałązkach nerwu błędnego znajduje szybkość 8,2, w drugich 66,7.

Szybkość, którą podają autorowie w najnowszych podręcznikach, np. Lucciani (Tom III, str. 224), na podstawie zestawienia wyników badań rozmaitych autorów, a wynoszącą 20—26 m u żaby i od 30—34 u człowieka, jest właściwie zupełnie dowolną.

Niezgodność wyników przy stosowaniu jednej i tej samej metody, która, jak wiadomo, polega na tem, że nerw się drażni w dwóch punktach, odległych od siebie o kilka lub kilkanaście cm, zależnie od długości nerwu, i oznacza się okres utajony skurczu mięśniowego, zanadto jest wielką, ażeby ją można było uważać jako cechę indywidualną nerwów rozmaitych osobników. Daleko prawdopodobniejszem wydaje się przypuszczenie, że zależy ona od wadliwości samej metody.

Przedewszystkiem żaden z autorów nie miał jakiegoś kryteryum do ocenienia siły podrażnienia. Tymczasem, jakkolwiek nie wszyscy, to jednakże znaczna część autorów wskazuje, że szybkość przewodzenia zależnie od podniety może bardzo znacznie się różnić. Jednakże według Duriga [1]) jakkolwiek szybkość się zwiększa z wzrostem siły podrażnienia, żadnej prawidłowości w tych przyrostach dostrzedz nie można. Tak według tegoż autora przy odległości cewek 4 cm szybkość w rozmaitych nerwach żaby wahała się pomiędzy 35,23 a 3844,6 m.

Prócz siły podniety niewątpliwie ma znaczenie także niemożność dokładnego oznaczenia punktu wyjścia stanu czynnego, który to punkt zależy od kierunku prądu, użytego do podrażnienia. Również z reguły autorowie nie zwracają uwagi na kierunek prądu drażniącego a także na to, czy w obu razach kierunek jest jeden i ten sam.

Największem atoli prawdopodobnie źródłem błędu jest oznaczenie okresu utajonego podrażnienia, to jest oznaczenie początku krzywej skurczu, która przy znacznej szybkości obrotu walca tylko nader stopniowo podnosi się nad linią O. To stopniowe rozchodzenie się 2 linii sprawia, że przy oznaczaniu punktu rozdziału można się pomylić o kilka lub kilkanaście mm zależnie od szybkości obrotu walca, a to z kolei niewątpliwie decyduje o wartości całego wyniku.

Nadto metoda Helmholtza przypuszcza z góry, że okres utajony podrażnienia zakończeń nerwowych i protoplazmy mięsnej jest w obu razach tensam, że mechaniczna zmiana w mięśniu rozchodzi się również w obu razach jednakowo, czego także a priori twierdzić nie można.

Szybkość reakcyi galwanometru strunowego nasunęła odrazu myśl zastosowania go do oznaczenia szybkości przewodzenia, a mianowicie zamiast notowania mechanicznej zmiany kształtu mięśnia, fotografowania zmiany elektrycznej podczas stanu czynnego. Krzywa zjawiska elektrycznego, które, jak wiadomo, poprzedza zmianę mechaniczną w mięśniu, przy odpowiedniem napięciu nitki, tak szybko wznosi się nad linię O, że oznaczenie momentu oddzielenia się jednej linii od drugiej jest o wiele łatwiejsze i dokładniejsze, niż przy krzywych skurczu mechanicznego. W ten sposób przynajmniej jedno ważne źródło błędu, jak się zdawało, może być usunięte. Wystarczy więc w dwóch miejscach, możliwie odległych od siebie, podrażnić nerw, oznaczyć moment podrażnienia i jednocześnie sfotografować wychylenie nitki, różnica trwania okresu utajonego w obu razach pozwoli nam oznaczyć szybkość.

Pierwszy metodę tę zastosował u człowieka Piper [1]). Według jego oznaczenia szybkość w nerwie pośrodkowym (medianus) wynosi 120 m na sekundę.

Do oznaczania momentu podrażnienia nie używał autor żadnego sygnału, lecz brał tak silne prądy cewki, że rozgałęzienia prądu otwarcia z ramienia na przedramię działały na nitkę i wywoływały jej wychylenie. To chwilowe wahnięcie nitki zastępowało mu sygnał. Jako okres utajony uważał Piper czas od początku wychylenia nitki wskutek rozgałęzienia prądu do początku wychylenia nitki wskutek prądu czynnościowego przedramienia. O ile ten sposób podrażnienia jest odpowiedni, nie chcę rozpatrywać ze względu na oszczędność miejsca, zaznaczyć atoli muszę, że wyniki doświadczeń Pipera, względnie bardzo stałe, rzeczywiście przemawiają na korzyść tej metody.

W doświadczeniach własnych, których wyniki podaję niżej, oznaczałem szybkość przewodzenia w nerwach kulszowych żaby również zapomocą galwanometru strunowego. Do podrażnienia nerwu posługiwałem się elektrodami niepolaryzującemi się, które były specyalnie do tego celu sporządzone i tworzyły osobny aparacik. Odległość jednej pary elektrod od drugiej była stała. Odległość pomiędzy elektrodami każdej pary również. Między elektrodą dolną górnej pary i dolną dolnej odległość wynosiła 35 mm. Prąd pierwotny cewki indukcyjnej przebiegał przez bardzo czuły sygnał, znajdujący się przed szparą spadkownicy i osobny klucz, przytwierdzony z boku spadkownicy. Klucz ten był otwierany automatycznie spadającym wózkiem z płytą fotograficzną, w chwili, gdy płyta ta znajdowała się przed szparą. Moment otwarcia zaznaczał cień sygnału na płycie. Gdy został wywołany stan czynny mięśnia (musculus gastrocnemius), do którego były przyłożone dwie osobne niepolaryzujące się elektrody połączone z galwanometrem, struna się wychylała i jej cień na płycie przedstawiał przebieg stanu elektrycznego w mięśniu.

Prąd powierzchniowy był oczywiście dokładnie kompensowany.

Z różnicy odległości jednej fali od drugiej na dwóch płytach, z których na jednej mieliśmy przebieg zjawiska całego przy podrażnieniu nerwu z góry, na drugiej przy podrażnieniu z dołu, znając szybkość ruchu płyty, oznaczałem czas potrzebny na przejście stanu czynnego przez długość nerwu, zawartą między elektrodami, a mając ten czas i długość nerwu, oczywiście mogłem obliczyć szybkość.

Ażeby mieć pewność, że przy różnych manipulacyach podczas doświadczenia ułożenie nerwu na elektrodach pozostaje tosamo, końce elektrod drażniących miały kształt cienkich płytek z gąbki brzozowej (Birkenpilz), nasiąkniętych rozczynem soli, w których w pewnej odległości od dolnego brzegu były zrobione małe otworki. Przez te otworki przeciągałem nerw, tak że nietylko ułożenie jego przez cały ciąg doświadczenia, ale i zetknięcie z elektrodami było jednakowe.

---

[1]) Pflügers Archiv. 92. S. 316.

[1]) Archiv. Pflüger. T. 124. S. 591. 1908. T. 127. S. 474. 1909.

W celu dokładniejszego i łatwiejszego oznaczenia odległości krzywej sygnału od krzywej, którą kreśliła nitka, obrazy te powiększałem czterokrotnie i oznaczenia robiłem na otrzymanych w ten sposób pozytywach.

Ponieważ ruch wózka, w którym się umieszcza płytę fotograficzną, nie zawsze jest jednakowy, mimo tej precyzyi, z jaką spadkownica jest wykonana, jednocześnie na płytce fotografowałem także drgania kamertonu, przedstawiające $^1/_{100}$ sekundy.

Do oziębiania i ogrzewania nerwu używałem płynnej parafiny, która, jak się przekonałem z licznych doświadczeń, pozwala na przechowywanie nerwu bez zmiany pobudliwości nietylko przez czas doświadczenia, ale znacznie dłużej w ciągu szeregu godzin. Doświadczenie było tak urządzone, że w parafinie tej lub innej ciepłoty był zanurzony tylko nerw, mięsień zaś, od którego odprowadzałem prąd, pozostawał na osobnym szklanym stoliku, nieco powyżej powierzchni parafiny i oczywiście zawsze miał tęsamą ciepłotę pokojową.

Wyniki tych doświadczeń są następujące.

Doświadczenie 1.

Szybkość w ciepłocie.	17°	58·4 m
» » »	30°	83,05
» » »	3°	22,57

Doświadczenie 2.

Szybkość w ciepłocie:	20°	24,42
» » »	35°	57,5
» » »	3°	21,09
Ten sam nerw po dwudziestu minutach w ciepłocie:	5°	13,65

Doświadczenie 3.

Szybkość w ciepłocie:	18°	40.6
» » »	5°	12,82
» » »	27°	30,8

Doświadczenie 4.

Szybkość w ciepłocie:	19,52°	49,24
» » »	5 °	12,42
» » »	28 °	62,3

Doświadczenie 5.

Szybkość w ciepłocie:	19·5	25
» » »	11	16,80

Doświadczenie 6.

Szybkość w ciepłocie:	23°	25,55
» » »	10°	12,77

Jakkolwiek przytoczone doświadczenia i kilka innych, które wykonałem, zawiodły oczekiwania co do stałości liczb u różnych osobników, w każdym razie wykazują one bardzo wyraźną zależność szybkości od ciepłoty. Ta zależność nasuwa myśli, że stan czynny w nerwach jest związany z procesami chemicznymi i że według wszelkiego prawdopodobieństwa podlega prawu reakcyi chemicznej.

W doświadczeniach, które tu przytoczyłem, zależało mi głównie na zoryentowaniu się i wyjaśnieniu, czy i z jakim skutkiem może być użyty galwanometr strunowy do oznaczenia szybkości przewodzenia w nerwach; cel ten faktycznie został osiągnięty. Dziś już mogę stanowczo powiedzieć, że zapomocą galwanometru strunowego można oznaczać szybkość w nerwach nietylko o wiele łatwiej, ale także z większą dokładnością, niż metodą Helmholtza. I jeżeli z czasem uda się usunąć pewne niedokładności, które te próbne doświadczenia ujawniły, to mam nadzieję, że oznaczenie szybkości tą metodą doprowadzi do wyjaśnienia zasadniczych praw przewodzenia nerwowego wogóle.

Rzadsze przypadki bąblowca (nerki i otrzewnej)

Podał

Antoni Gabszewicz.

Pierwsze wiadomości dotyczące bąblowca zjawiły się dopiero w drugiej połowie XVIII wieku: mianowicie Pallas w 1760 r. odkrył pasorzytową przyrodę bąblowca, dokładny jednak opis bąblowca u człowieka podał po raz pierwszy Bremser w 1821 roku. Nie mam zamiaru podawać tutaj szczegółów anatomii patologicznej, rozpoznawania i leczenia bąblowca w ogóle, gdyż te rzeczy są dobrze znane; w polskiem piśmiennictwie posiadamy już cenną pracę Wład. Krajewskiego o bąblowcu jamy brzusznej z 1886 r. i Wład. Matlakowskiego o bąblowcu sieci z 1890 r.; przejdę zaś bezpośrednio do omówienia bąblowca nerek. Najwcześniejsze wzmianki o bąblowcu nerki spotykamy w piśmiennictwie francuskiem; i tak Chopart już w r. 1821 napisał dość obszerną pracę o bąblowcu nerki; w kilka lat później Rayer ogłosił parę własnych spostrzeżeń, Davaine zebrał już sporą liczbę przypadków, ogłaszanych w pismach francuskich, a Beraud w 1861 r. ogłosił pracę opartą na 7 przypadkach bąblowca nerki, opisanych przez francuskich autorów i 11 zebranych z piśmiennictwa angielskiego. W Niemczech w jednym i tym samym roku t. j. 1877 Neisser ogłosił pracę, w której starał się nakreślić sposób rozwijania się i rozszerzania bąblowca nerki, a Simon po raz pierwszy zabrał głos w sprawie stosowania metod operacyjnych przy bąblowcu nerki. Pierwsze poważniejsze zabiegi operacyjne na nerce przy tej chorobie zostały ogłoszone dopiero w 1886 roku: we Francyi pierwszy Péan usunął nerkę dotkniętą bąblowcem, wkrótce potem jego uczeń Brodeur, i w tym samym roku Bouilly usunęli całą nerkę z powodu bąblowca. W roku następnym J. Boeckel również usunął całą nerkę z powodu bąblowca z pomyślnym wynikiem dla chorego. W Niemczech już w r. 1870 Spiegelberg usunął torbielowato rozszerzoną nerkę, sądząc przed operacyą, że jest to torbiel jajnika; po rozcięciu okazało się, że torbiel zawiera oprócz płynu, dużo pęcherzyków bąblowca; przypadek zakończył się po 2 dniach śmiercią. Niepomyślnie zakończyły się i następne przypadki usunięcia całkowitego nerki bąblowcowej, opisane jeden przez Madelunga w 1885 r., a drugi przez Thierscha w 1886 r. Poza tem Paul Wagner w 1894 r. zebrał już 7 nowych spostrzeżeń usunięcia całkowitego nerki z powodu bąblowca (z piśmiennictwa innych krajów) z zejściem pomyślnem. Dokładniejsze badanie usuniętych nerek wykazało, że w większości przypadków torbiele bąblowcowe miały za punkt wyjścia górny lub też dolny biegun nerki, a poza tem znaczna część nerki i makroskopowo i pod drobnowidem zachowywała się zupełnie prawidłowo. Ta ostatnia okoliczność zwróciła uwagę chirurgów na to, aby na bąblowce nerki nie zapa-

trywać się tak, jak na guz złośliwy, lub gruźlicę i skłoniła do tego, że zamiast pierwotnego usunięcia nerki ograniczano się tylko do dość znacznego przecięcia torbieli. Powyżej wspomniany Wagner zebrał już w 1898 r. 18 nefrotomii przy bąblowcu nerki; wszystkie przypadki zakończyły się pomyślnie. Naturalnie częściowe usunięcie nerki zniszczonej przez bąblowiec razem z workiem torbieli znakomicie może skrócić czas gojenia się w porównaniu z nefrotomią; mało jednak przypadków bąblowca nerki widocznie nadaje się do tego zabiegu, gdyż oprócz przypadku Kümmela, ktory pierwszy w 1893 r. wykonał resekcyę nerki bąblowcowej z wynikiem pomyślnym, znalazłem jeszcze jeden przypadek Rasumowskiego z r. 1905; chirurg ten u 26-letniej kobiety, u której choroba rozwijała się od 8 lat, znalazłszy podczas operacyi $^3/_4$ nerki zdrowej, a tylko górny odcinek nerki zajęty przez sprawę chorobową, ograniczył się do usunięcia zniszczonej części nerki: chora dość długo po operacyi gorączkowała, nastąpiło jednak zupełne wyzdrowienie. Nadzwyczaj zajmująco przedstawia się przypadek, ogłoszony przez Gerstera w r. 1898: przystąpił on u chorej ciężarnej do wykonania operacyi na prawej nerce, z której często, przy towarzyszeniu wielkich bólów, wydadalały się z moczem pęcherze bąblowca. Ściana nerki, zajętej przez bąblowiec, miała tak znaczną, nieomal kostną twardość, że musiał użyć kostnego noża, aby się dostać do jamy, z której zapomocą ostrej łyżeczki usunął znaczną liczbę pęcherzy bąblowca. Kiedy rana nie goiła się, a część zwapniała ściany guza nie uległa zgorzeli, zdecydował się Gerster na jej usunięcie, przyczem jednak i otrzewna i opłucna uległy zranieniu; przebieg jednak był bez powikłań i nastąpiło dość szybko zupełne zagojenie.

Początkowo obawa zwolenników nefrektomii co do możliwości powstawania stałej przetoki moczowej po nefrotomii, nie znalazła potwierdzenia w operowanych i ogłoszonych przypadkach; w jednym tylko przypadku, operowanym przez Péana, pozostała po operacyi przetoka, ale i ta po kilku miesiącach zupełnie się na stałe zagoiła.

Wogóle bąblowce w nerkach w stosunku do bąblowców w innych narządach jamy brzusznej zdarzają się dość rzadko. Davaine w okresie na długo przedoperacyjnym, na 566 bąblowców zebrał tylko 30 w nerkach. Autor angielski Thomas w 1879 r. ogłasza, że na 307 osób zmarłych w Australii z powodu bąblowca w okresie od 1867 do 1877 tylko w 2 przypadkach zanotowano bąblowca nerek wobec 166 w wątrobie i 53 w płucach. W obu nerkach obecność bąblowca raz jeden tylko spostrzegano. To samo mniej więcej spotykamy i w okresie operacyjnym: w pracy Krajewskiego na 92 operacyi na wątrobie wypada 5 na nerce; w pracy Israela z 1901 r. na 297 operacyi, dokonanych przez niego na nerkach z powodu różnych spraw chorobowych, nie znajduję ani jednego przypadku bąblowca. Bogoliubow w 1904 r. zebrał 112 przypadków bąblowca nerki na ogólną liczbę 2474 w innych narządach.

Przechodzę do opisu spostrzeganego i operowanego przezemnie przypadku. Dotyczy on 26 letniej zamężnej kobiety, do której zostałem wezwany przez kol. Kopczyńskiego w 1893 roku; uskarżała się ona na niewielkie, lecz często się zjawiające bóle w lewym boku i na obecność guza.

Przy badaniu istotnie wyczuwa się w miejscu, odpowiadającem lewej nerce, guz wielkości dużej pomarańczy, napięty, górnym biegunem chowający się po za żebrami; guz mało ruchomy, daje się jednak nieco przesuwać ku smudze białej, ku dołowi, i w kierunku okolicy lędźwiowej. Badana średniej budowy ciała, miernie odżywiona, znajduje się w 3-cim miesiącu ciąży. Naciskanie guza nie wywołuje żadnych szczególnych bolów. W narządach wewnętrznych nic nieprawidłowego nie stwierdzono. Pierwsze badanie chorej nie doprowadziło nas do stanowczego rozpoznania istoty sprawy chorobowej: usadowienie guza wskazywało tylko na to, że mamy do czynienia z powiększoną lewą nerką. Parotygodniowa obserwacya chorej pozwalała nam stanowczo wyłączyć roponercze, gruźlicę nerki, guz złośliwy, ze względu na prawidłowy stan ciepłoty, na nieobecność jakichkolwiek nieprawidłowych składników w moczu kilkakrotnie badanym i na względnie zadowalający stan ogólny chorej. Na początku 1894 roku chora poroniła, a w kilka dni później przy objawach nadzwyczaj mocnego parcia oddała wielką ilość mętnego płynu, który zawierał podług jej słów własnych jeden duży pęcherz i mnóstwo drobnych pęcherzyków; przez następne dni odpływał jeszcze mocz mętny, ale już widocznych pęcherzyków nie zawierał; w badanym moczu kol. Mayzel znalazł dużo błon i haczyków. Rozpoznanie stało się jasnem, chodziło o bąblowca nerki lewej, który w obecnej chwili pękł do miedniczki. Tutaj muszę nadmienić, że nietylko w moim, ale i w przeważnej liczbie przypadków rozpoznawano obecność bąblowca nerki dopiero na zasadzie obecności pęcherzy wydzielanych z moczem po pęknięciu bąblowca do miedniczki; tam, gdzie to nie nastąpiło, do operacyi przystępowano zazwyczaj z innem rozpoznaniem sprawy chorobnej.

Po upływie dwu tygodni chora mocz oddawała czysty, a guz tak zmalał, że z trudnością można go było wyczuć; bolów przy naciskaniu chora nie doznaje. W kilka miesięcy jednak znowuż przy objawach kolki nerkowej i parcia na mocz oddała chora niewielką ilość mętnego płynu, w którym widziała pęcherzyki, jedne w całości zachowane, inne porozrywane. Chora zaszła w ciążę, a rozwiązanie prawidłowe odbyło się na początku 1895 r. Wkrótce po rozwiązaniu bole, które ani razu się nie zjawiły podczas ciąży, teraz na nowo przypomniały chorej o jej dawnem cierpieniu; mocz jednak jest prawidłowy. W marcu tegoż roku znowu oddała chora przy objawach parcia niewielką ilość mętnego płynu, zawierającego małe pęcherzyki. Na operacyę chora się nie zgadza. Od tej chwili przez rok cały chora czuła się dobrze. W lutym r. 1896 znowu zaczęła chora doznawać bolów w lewym boku i guz znowu znacznie się powiększył; w marcu tego roku nagle doznała chora silnego parcia na mocz i jednocześnie u wylotu cewki wyczuła wystające obce ciało mocno napięte; rozdarłszy palcem wystającą część, chora sama wydobyła pęcherz wielkości kurzego jaja. Przez kilka dni następnych mocz odchodził mętny z domieszką krwi. Po tygodniu znowu obfite wydzielanie się niewielkich, to w całości, to naderwanych pęcherzyków; mocz zawiera dużo ciałek ropnych i krwinek czerwonych i nieco cuchnie. Wieczorem zaczynają występować dreszcze, ciepłota niekiedy dosięga 39°. Guz lewej nerki znacznie się powiększył, granica jego górna chowa się poza żebrami; ucisk wywołuje dość silny ból.

Wobec nieustępującej gorączki, zwiększających się bolów i pogorszenia stanu ogólnego zgodziła się chora na operacyę, którą wykonałem w uśpieniu chloroformem w połowie kwietnia 1896 roku. Cięcie skośne w okolicy lędźwiowej, poczynając od 12 żebra i ku dołowi na ścianę brzuszną tak, jak je zalecał Bergman i Kosiński. Doszedłszy do nerki przekonałem się, że w dolnej swej połowie jest ona nieco tylko obrzmiała, a rozmiary jej znacznie się powiększają dopiero w górnej połowie, przechodzącej pod żebrami w dużą torbiel: do górnej granicy tej torbieli palcem dojść niepodobna. Próbne przekłucie, dokonane w górnym odcinku rozszerzonej nerki, wykazało obecność w niej płynu ropnego, mocno cuchnącego. Przed otwarciem jamy ropnia przyszyłem torebkę włóknistą z tłuszczową po obu stronach

do mięśni, aby zabezpieczyć powierzchnie przecięcia od zakażenia.

Robiąc przecięcie przez górny, dostępny dla oka odcinek nerki, przekonałem się, że istota nerki mocno przekrwiona, zachowana jest jednak w znacznej swej części tak, że grubość jej wynosiła przeszło 1 cm, zanim dotarliśmy do jamy. Z jamy tej wylało się sporo płynu ropnego, mocno cuchnącego, zawierającego dużo całych lub naderwanych pęcherzyków. Wprowadziwszy palec, przekonałem się, że jama ta, stosunkowo nie wielka, znajduje się w samej nerce, w górnym zaś jej odcinku jest otwór, z trudnością przepuszczający palec; przez otwór ten wchodzi się do bardzo dużej torbieli, sięgającej wysoko po za żebrami, o bardzo cienkich ścianach tak, że z łatwością można było wyczuć śledzionę, odsuniętą ku linii środkowej ciała. Po rozszerzeniu na tępo otworu, wylało się dopiero teraz bardzo dużo płynu ropiastego, zawierającego mnóstwo mniejszych lub większych pęcherzyków; do górnej granicy torbieli niepodobna było dosięgnąć palcem. Nie myśląc o radykalnem oczyszczeniu tej olbrzymiej jamy w obawie naderwania gdziekolwiek nadzwyczaj cienkich ścian torbieli, ograniczyłem się tylko do wygarnięcia dostępniejszych dla palca pęcherzy. Do górnej jamy założyłem gruby miękki sączek i pasy gazy, jamę w samej nerce wypełniłem tylko gazą wyjałowioną. Po operacyi przez pierwsze dni chora czuła się znacznie lepiej: ciepłota odrazu spadła do poziomu prawidłowego i na tym poziomie trzymała się przez cały tydzień. Opatrunki trzeba było zmieniać codziennie, ze względu na przesiąkanie moczem. Dobowe ilości moczu z pęcherza moczowego wahały się od 700—800 ctm³. Ósmego dnia po operacyi chora dostała dreszczy; ciepłota 39°; jednocześnie przez ranę wydzielała się ciecz nadzwyczaj cuchnąca, zawierająca dużo zgniłych błon. Ciepłota dochodziła do 40° stopni, spadając zrana do 36 i taki stan trwał przez 2 tygodnie, pomimo przestrzykiwania jamy torbieli bąblowcowej środkiem przeciwgnilnym. Następnie ciepłota zachowywała się prawidłowo, wydzielina coraz mniejsza, bez zapachu, z małą domieszką moczu; pęcherzyków ani błon nie dostrzega się więcej; stan chorej szybko się poprawia. Dobowa ilość moczu od 1300—1500 ctm³. W moczu nie wykrywa się nic nieprawidłowego. W czerwcu ropienie z jamy minimalne. W lipcu, t. j. 3 miesiące po operacyi, nastąpiło zupełne zagojenie. Stan ogólny bardzo dobry.

Przez lat 12 operowana czuła się zupełnie zdrową. Dopiero w roku 1908 miała napad kolki nerkowej z prawej strony; po napadzie na drugi dzień odeszły z moczem 2 małe kamyczki moczanowe: od tej chwili nie miała więcej napadów. W lecie 1909 roku zaczęła się chora uskarżać na bole w okolicy blizny pooperacyjnej z lewej strony, z jednoczesnem podniesieniem się ciepłoty do 38°. Po paru tygodniach wytworzył się w bliźnie ropień, który samorodnie się otworzył i wylało się trochę ropy pomieszanej z moczem; zgłębnik wchodził wgłąb na 2 ctm. Przez przetokę w ciągu miesiąca wydzielało się trochę moczu. Bolów chora nie doznawała więcej, do ostatniej chwili czuje się zdrową. Cystoskopia i prześwietlanie promieniami Roentgena nie wykazują nic nieprawidłowego.

Wobec napadu kolki nerkowej z prawej strony z wydzielaniem się kamyczków, nie można przewidzieć, czy w przyszłości nie dojdzie do wytworzenia się większego złogu w prawej nerce; tem lepszą jest więc w tym przypadku okoliczność, że nerka lewa nie została usunięta zgodnie z poglądami, jakie się wytworzyły po okresie dokonywanych natychmiastowo nefrektomii przy bąblowcu nerki, o czem wyżej wspominałem.

Drugi przypadek bąblowca otrzewnej, o którym tylko kilka słów powiem, dotyczy 36-letniej kobiety. Przybyła ona do szpitala Św. Rocha na mój oddział w listopadzie r. 1900 z powodu gwałtownych bólów brzucha. Poprzednio miała być podobno zupełnie zdrową, pracowała, i dopiero przed tygodniem nagle wystąpiły u niej gwałtowne bóle brzucha połączone z wymiotami. Tego samego dnia badając chorą, znalazłem brzuch umiarkowanie, jednostajnie wzdęty, za dotykiem bardzo bolesny, mięśnie napięte; opukiwanie wykazuje stłumienie w dolnej połowie brzucha; częste wymioty, czkawka. Ciepłota 38,5, tętno 130, drobne. Badanie przez pochwę i odbytnicę nie daje żadnych wyników. Rozpoznano zapalenie otrzewnej, zależne od zapalenia wyrostka robaczkowego. Wobec ciężkiego stanu chorej natychmiast przystąpiłem do operacyi. Cięcie w linii środkowej; otrzewna ścienna zgrubiała; po rozcięciu otrzewnej wylało się z jamy otrzewnej około litra ropy. Jelita lekko posklejane, a w wielu miejscach na ich powierzchni widać jakby rozsiane małe torbiele. Przy wykonywaniu przeciwotworów w pobliżu kolców górnych przednich dla przesączkowania jamy otrzewnej, natrafiłem na torbiel, leżącą na jelicie, wielkości kurzego jaja. Torbiel tę udało się usunąć z powierzchni jelita; zawierała ona płyn mętny; to nam dało do myślenia, czy nie mamy przed sobą bąblowca, rozsianego na otrzewnej. Badanie płynu, dokonane tego samego dnia przez kolegę Mayzla, wykazało w nim obecność haczyków i błonek. Wobec dość znacznego krwawienia z powierzchni jelita po usunięciu torbieli, zaniechałem usuwania innych torbieli, na co zresztą nie pozwalał i ciężki stan operowanej. Wyrostka robaczkowego nie poszukiwałem, tem więcej, że na prawym jajowodzie znalazłem miejsce niewielkie uległe zgorzeli, co najprawdopodobniej było punktem wyjścia dla rozlanego zapalenia otrzewnej. Stan chorej po operacyi, ku mojemu zdziwieniu, poprawił się znakomicie; wydzielina bardzo obfita; po upływie tygodnia podczas przepłukiwania zaczęły się wydzielać w znacznej ilości małe, lub ponadrywane, lub też zachowane w całości pęcherze bąblowcowe; w ciągu 3 tygodni powtarzało się to samo. Chora przestała gorączkować, stan znakomicie się poprawił. Od czasu do czasu przy przepłukiwaniu jeszcze wychodziły błony pęcherzyków, wreszcie zupełne zagojenie nastąpiło w miesiącu lipcu, t. j. w 7 miesięcy przeszło po operacyi. Od tego czasu jest zdrowa; ostatni raz widziałem ją w roku zeszłym, t. j. w 10 lat po dokonanej operacyi: znalazłem ją w stanie zdrowia jaknajlepszym.

W danym przypadku trudno orzec, na jakiej drodze rozwinął się u chorej na powierzchni otrzewnej bąblowiec, czy drogą krwi, czy też przez przedostanie się z jakiego narządu do jamy otrzewnej. To drugie jest bardzo wątpliwe, gdyż taka ewentualność najczęściej zdarza się podczas operacyi bąblowca wątroby, lub śledziony. Jonnescu w 1905 r. opisał przypadek bąblowca wątroby, w którym podczas operacyi przypadkiem dostało się trochę płynu do jamy otrzewnej. Nastąpiło zagojenie, ale po 3 latach powstały w brzuchu guzy,które przy operacyi okazały się pęcherzami bąblowca, rozsianymi po całej powierzchni otrzewnej.

Piśmiennictwo: 1) W. H. Krajewski: Bąblowiec jamy brzusznej. Warszawa 1886. — 2) James Israel: Chirurgische Klinik der Nierenkrankheiten. Berlin 1901. — 3) Matlakowski: Bąblowiec sieci. Gazeta lek. 1890. — 4) Paul Wagner: Nierenchirurgie. Leipzig 1893. — 5) Jonnescu: Ref. w Centralbt. f. Chirurgie 1905. N. 7. — 6) Paul Wagner: Zur Operation des Nierenechinococcus. Centralbl. f. d. Krank. d. Harn.- u. Sexual. 1894. T. 5. Zesz. 3. — 7) Gerster: Zur Chirurgie der Niere. Ref. w Centralbl. f Chir. 1898. Nr. 9, — 8) Bogoliubow. Nierenechinococcus. Ref. tamże 1905. N. 13. — 9) Rasumowski. Tamże 1901. — 10) P. Braillon: Contribution à l'étude des kystes hydatiques du rein. Paris 1894. — 11) J. Boeckel: Etudes sur les kystes hydatiques du rein. Gazette med. Strassb. 1887. — 12) Le Dentu: Traité de l'app. chir. des reins. Paris 1889.

O cierpieniu połowicznem rdzenia kręgowego

napisał

Władysław Gajkiewicz.

W ubiegłym sezonie zimowym miałem sposobność spostrzegać na oddziale moim w szpitalu Dzieciątka Jezus 3 przypadki połowicznego cierpienia rdzenia kręgowego: jeden, wywołany zranieniem rdzenia, drugi, nowotworu w kanale kręgowym, trzeci, pochodzenia przymiotowego. Dwóch pierwszych chorych przedstawiłem na posiedzeniu neurologów Towarzystwa lek. Warszaw. w styczniu r. b. Krótki opis pierwszego z uwagami ogólnemi podaję niniejszem:

M. W. tokarz, 18 lat liczący, został napadnięty w nocy z 9 na 10 grudnia 1910 r. i uderzony ostrym pilnikiem w plecy. Upadł, nie stracił przytomności, nie mógł się jednak podnieść z powodu obezwładnienia prawej nogi i przez przywołane Pogotowie ratunkowe został odwieziony do szpitala i umieszczony na mojej sali, gdzie go zbadałem w 10 godzin po wypadku. Chory przytomny, opowiada dobrze szczegóły napadu, skarży się na ból w prawym boku, odrętwienie lewej nogi i niemożność oddania moczu. Na linii środkowej kręgosłupa, między 5 a 6 wyrostkiem ciernistym kręgów grzbietowych, widać ranę długości około $1^1/_2$ ctm. bez żadnego obrzmienia, zasinienia okolicznej skóry. Chory mógł sam usiąść na łóżku i siedzieć podczas badania pleców. Stan bezgorączkowy. Kończyną dolną prawą nie może dowolnie wykonać najmniejszego ruchu, bierne — są swobodne; brak odruchów kolanowych i Achillesa z obu stron; podeszwowe, mosznowe i brzuszne prawe słabsze, niż lewe. Czucie na bezwładnej kończynie dolnej na dotykanie, ból, ciepło i zimno zachowane, a nawet chory skarży się, iż każde dotknięcie tamże jest mu przykre, co wyraża często sykaniem. Dotyczy to również prawej połowy brzucha i dolnej prawej połowy tułowia. Na kończynie dolnej lewej i odpowiedniej połowie brzucha i tułowia, mniej więcej do linii przechodzącej przez wyrostek mieczykowaty mostka, czucie na też bodźce zniesione. Mocz wypuszczony cewnikiem, przezroczysty, bez składników nieprawidłowych. Przez kilka dni następnych chory oddawał mocz dowolnie, lecz z pewną tylko trudnością, a później — dobrze.

12. XII. 1910. Kończyną dolną prawą wykonywa lekki ruch w stawie biodrowym i kolanowym. Na prawej dolnej kończynie — lekki objaw Babińskiego. Na prawej stronie tułowia, w obrębie segmentu D^6 i D^7 czucie na wszelkie bodźce słabsze, niż powyżej i poniżej tego miejsca. Dotykanie na kończynie dolnej lewej czuje nieco, lecz znacznie słabiej, niż na prawej, gdzie sprawia ono choremu nieprzyjemne wrażenie. Gorąca, zimna i kłucia nie czuje na całej kończynie dolnej lewej i wyżej aż do linii, przechodzącej przez wyrostek mieczykowaty; tamże często na zimno — mówi gorąco, lub odwrotnie. Czucie mięśniowe i kostne (wibracyjne) na obu kończynach dolnych zachowane. Kończyna dolna porażona już na dotyk cieplejsza i istotnie ciepłomierz płaski, umieszczony przez 5 minut na powierzchni wewnętrznej uda prawego, pokazuje 35^0, a na lewo 34^0.

20. XII. 1910. Chory kończynę dolną prawą unosi nieco w górę, obraca na wewnątrz i zewnątrz, odsuwa i zbliża do lewej, zgina i prostuje w kolanie, lecz stopą i palcami nie rusza zupełnie. Odruch kolanowy prawy dość silny. Nadwrażliwość na kończynie dolnej prawej znacznie mniejsza. Odczuwa nieco kłucie na kończynie dolnej lewej, na gorąco mówi letnie, najgorzej czuje zimno i zamienia je to z gorącem, to z bólem.

28. XII. 1910. Skarży się, jak i w początku, na ból w prawym boku i drętwienie nogi lewej. Wszystkie ruchy kończyną dolną prawą są możliwe, tylko słabsze niż lewą, clonus patellae dextrae et pedis dextri. Objaw Babińskiego wyraźny po stronie prawej, bywa czasem i na lewej stopie. Cała kończyna dolna prawa nieco chudsza, niż lewa. Chory może stać i przejść kilka kroków. Czucie mięśniowe niezmienione. Stopa lewa lodowato zimna. Dotykanie na kończynie dolnej lewej czuje coraz lepiej, również i ból; czucie zimna i gorąca tamże, jakoteż i na tułowiu po lewej stronie bardzo osłabione, miejscami zupełnie zniesione, lub spaczone (perversio). Mocz oddaje dobrze. Wzwód prącia bywa. Rana na plecach zupełnie zagojona, widoczne tylko na jej miejscu silne zabarwienie czerwone.

15. I. 1911. Parestezye trwają. Przeczulica po stronie prawej prawie znikła. Ruchy kończyną dolną prawą wszystkie możliwe, lecz słabsze, niż lewą, zwłaszcza stopą i palcami. Kończyna ta »en masse« cieńsza. Odruch kolanowy prawy bardzo silny, clonus patellae dextrae et pedis dextri i objawy Babińskiego i Oppenheima po stronie prawej bardzo wyraźne, odruch mosznowy prawy słabszy, niż lewy, brzuszne z obu stron słabe. Chód kurczowy. Czucie mięśniowe i wibracyjne z obu stron jednakowo zachowane. Znieczulenie na kończynie dolnej lewej — na ból i ciepłotę — bardzo wyraźne. Chory zaznacza, iż ciepła wody w kąpieli po stronie lewej nie czuje. Dotknięcie zimnym przedmiotem sprawia mu ból lub uczucie ciepła. Granice znieczulenia na różne bodźce nie są jednakowe, niezawsze te same, tak że nic stałego pod tym względem nie można zauważyć. Połowa lewa narządów płciowych także znieczulona.

13. II. 1911. Prawe udo (mierzone na wysokość 13 ctm. od brzegu górnego rzepki) ma 37 ctm. obwodu, lewe — 40; prawa goleń (13 ctm. poniżej brzegu dolnego rzepki) — $29^1/_2$ ctm., lewa $30^1/_2$. Kończyna dolna prawa w dotknięciu zimniejsza. Ruchy czynne nie wszystkie możliwe, różnica z lewą mała; odruchy ścięgniste w niej bardzo silne, skórne, zwłaszcza brzuszne, bardzo słabe, zwłaszcza prawe. Dotykanie czuje chory słabiej na kończynie dolnej lewej, a także kłucie, zimno i gorąco, a na powierzchni jej zewnętrznej, zwłaszcza goleni, nie czuje prawie zupełnie.

W połowie marca r. b. przez kilka dni stan gorączkowy, wywołany ostrem zapaleniem migdałów.

Później stan chorego utrzymywał się prawie bez zmiany. Był on cały dzień na nogach, przy chodzeniu pociągał nogą prawą. Zapytany skarży się stale na ból w prawym boku. W kończynie dolnej prawej ciągle objawy kurczowe, jest ona chudsza i zimniejsza. Na kończynie dolnej lewej i lewej połowie tułowia i brzucha stępienie czucia na ból i ciepłotę stale się utrzymuje, zwłaszcza na zimno. Przy dotykaniu skóry próbówką, napełnioną zimną wodą, występuje gęsia skóra na kończynie dolnej prawej, a na lewej — nie. Bezładu (ataxia) ani śladu. Mocz i stolec oddaje chory dobrze.

Po 5 miesiącach po zranieniu, (10. V. 1911 podczas pisania niniejszego spostrzeżenia), następstwa zranienia prawej połowy rdzenia są jeszcze widoczne pod postacią objawów kurczowych w kończynie dolnej prawej i osłabienia czucia na ból, ciepło i zimno na kończynie dolnej lewej.

Cierpienie połowy rdzenia kręgowego (medulla spinalis) wywołuje charakterystyczny zespół objawów, zwany syndromem Brown-Sequarda, od autora, który go opisał jako następstwo przecięcia połowy rdzenia u zwierząt. Zespół ten składa się z następujących objawów: po stronie cierpienia rdzenia — bezwład kończyny dolnej (hemiparaplegia), lub, jeśli dotnięta jest okolica szyjna rdzenia, to kończyny dolnej i górnej tejże strony (hemiplegia spinalis), dalej, po tejże stronie — zaburzenia czucia mięśniowego (bathyanaesthesia), wzmożenia czucia dotyku (hyperaesthesia), i porażenie nerwów naczynio-ruchowych (podniesienie ciepłoty skóry); po przeciwnej zaś stronie cierpienia lub zranienia: zniesienie czucia bólu (analgesia) i ciepłoty (thermanaesthesia), rzadziej osłabienie czucia dotyku (anaesthe-

sia). Naturalnie nie w każdym przypadku istnieją wszystkie wymienione objawy i nie zawsze są one jednakowego natężenia, co zależy od mniej lub więcej zupełnego zniszczenia połowy rdzenia kręgowego. Tem się tłómaczy i w opisanym wyżej przypadku brak niektórych objawów. Mimo pozoru jednorodności, w każdym pęczku substancyi białej rdzenia znajdują się włókna o różnym przebiegu (wstępujące i zstępujące) i o różnej czynności; zniszczenie jednych, a ocalenie innych, powoduje różnorodność obrazu chorobowego.

Zespół objawów Brown-Séquarda (hemiparaplegia cum anaesthesia cruciata) był już znany na krótko (bo w piątym dziesiątku ubiegłego stulecia) przed założeniem »Przeglądu lekarskiego«. Dostateczne jednak wytłomaczenie każdego z objawów składowych stało się możliwe dopiero w ostatnich dziesiątkach ubiegłego i bieżącego wieku, dzięki postępom w poznaniu budowy i czynności układu nerwowego, a specyalnie rdzenia kręgowego. Przypominamy je tu w krótkości. Najtrudniejszem do objaśnienia było zniesienie czucia po stronie przeciwnej cierpienia rdzenia.

W obecnym stanie nauki odróżniamy przedewszystkiem czucie powierzchowne (skórne) od czucia głębokiego (zwanego nie zupełnie ściśle mięśniowem). Zależą one od obecności zakończeń specyalnych nerwów czuciowych (ciałka Paciniego, Meisnera, Vatera) nietylko w skórze, lecz także w mięśniach, ścięgnach, więzadłach, torebkach stawowych i t. d.

Skórę należy uważać za siedlisko przynajmniej 3 zmysłów (ucisku v. dotyku, ciepłoty i bólu), posiadających każdy oddzielne narządy końcowe, wrażliwe jedynie na odpowiednie bodźce, a które to narządy, choć z sobą pomieszane, niezależne są jedne od drugich i w różnej liczbie w różnych miejscach skóry usadowione. Najwięcej w skórze jest punktów, wrażliwych na ucisk (dotykanie) (25 w cm² — Frey), mniej na zimno (12—13), a najmniej na gorąco (0—3 na cm² — Sommer). I mięśnie, ścięgna, więzadła i t. d są także rodzajem zmysłu, powiadamiającego świadomość naszą o ruchach czynnych i biernych mięśni, stawów i t. d., o wielkości i kierunku ruchu, o położeniu członków etc. (t. zw. wrażenia kinestetyczne).

Pobudzenia zakończeń nerwów czucia powierzchownego i głębokiego zostają przez włókna nerwów obwodowych doprowadzone do komórek nerwowych zwojów (ganglia) rdzeniowych (a z twarzy do zwoju Gassera), a z nich przez korzenie tylne nerwów rdzeniowych do samego rdzenia kręgowego, gdzie się znów rozchodzą i zachowują przebieg niezależny nietylko w rdzeniu kręgowym, lecz i przez cały pień mózgu (truncus cerebri, medulla oblongata, pons Varoli, pedunculus cerebri), a zbiegają się dopiero we wzgórku wzrokowym (thalamus opticus), który jest ośrodkiem wszystkich nerwów czuciowych.

Włókna czucia głębokiego biegną w rdzeniu dwiema drogami, nie ulegają w nim skrzyżowaniu i dlatego czucie głębokie (mięśniowe, kostne) w cierpieniu połowy rdzenia, jeśli przewodniki tego czucia są dotknięte, ulega zmianie po stronie ogniska choroby. W naszym przypadku nie było ono zmienione, z czego można wnosić, że przynajmniej jedna z dróg przewodzących je nie była zraniona. Jedna część włókien czucia głębokiego z korzeni tylnych wchodzi do pęczków tylnych rdzenia, tworzy główną ich część składową, biegnie przez całą długość tych pęczków i kończy się naokoło komórek nerwowych jąder pęczków tylnych (nuclei funiculorum posteriorum), które leżą już w opuszce (bulbus), a mianowicie w jądrze pęczka Golla (funiculus gracilis) kończą się włókna, pochodzące z korzeni lędźwiowych i dolnych grzbietowych, a w jądrze pęczka Burdacha (funiculus cuneatus) włókna, będące przedłużeniem bocznem korzeni tylnych grzbietowych górnych i szyjnych. Dopiero wyrostki osiowe komórek nerwowych tych jąder, a więc do drugiego już neuronu należące, krzyżują się, a mianowicie w kształcie łuków (f. arcuatae internae) biegną w stronę brzuszną (ventral) i przechodzą na drugą stronę (Schleifenkreuzung), a krzyżując się tworzą szew (raphe) i usadawiają się po obu jego stronach tuż nad piramidami, między oliwkami (Olivenzwischenschicht). Jest to t. zw. wstęga (lemniscus medialis), która przez cały pień mózgu (truncus cerebri), w części jego grzbietowej (dorsalnej), (tegmentum, Haube, la calotte), biegnie do wzgórka wzrokowego (nucleus ventro-medialis thalami optici). Włókna czucia głębokiego z różnych korzeni tylnych rdzeniowych, a więc z różnych części ciała, biegną oddzielnie, nie pomieszane jedne z drugiemi i mogą oddzielnie cierpieć. (W okolicy międzyoliwkowej włókna z kończyny górnej leżą najbliżej piramid, nad niemi — z kończyny dolnej, a jeszcze wyżej — dotykając »fasciculus longitudinalis medialis posterior« — z pęcherza moczowego i kiszki odchodowej; wyżej — w »lemniscus medialis« — najbardziej przyśrodkowo (medial) leżą włókna z korzeni krzyżowych, najbardziej z boku (lateral) włókna z kończyny górnej, a w środku między niemi — włókna z kończyny dolnej).

Druga część włókien czucia głębokiego kończy się w komórkach nerwowych kolumny Clarkéa, a więc w porównaniu z włóknami pierwszej części, które biegną bez przerwy aż do rdzenia przedłużonego, są one krótkie. Wyrostki osiowe komórek Clarkéa (drugi neuron), biegną w górę w pęczku bocznym rdzenia kręgowego, również nie krzyżując się, zajmują w nim część obwodową, grzbietową, (tractus spino-cerebellaris dorsalis s. Foville-Flechsigi), tworzą część ciała powrózkowatego (corpus restiforme) s. odnogi móżdżkowej dolnej i wraz z niem przedostają się do móżdżku (vermis). Inna wreszcie część korzeni tylnych rdzeniowych dochodzi również do móżdżku, lecz na drodze okolnej (przez rdzeń przedłużony i most); leżą one w rdzeniu kręgowym także na obwodzie pęczka bocznego, tylko więcej brzusznie (ventral), (tractus spino-cerebellaris ventralis s. Gowersi). Temu to pęczkowi Gowersa długi czas, za przykładem van Gehuchtena i Brissauda, przypisywano rolę przenoszenia wrażeń ciepłoty i bólu do mózgu, co jest błędnem, gdyż włókna obu pęczków rdzeniowo-móżdżkowych nie ulegają w rdzeniu skrzyżowaniu, cierpienie ich więc w rdzeniu nie tłomaczyłoby znieczulenia po drugiej stronie ciała, a nadto kończą się one w móżdżku, a zniszczenie jego nie wywołuje zaburzeń czucia, ciepłoty i bólu. Pęczki rdzeniowo-móżdżkowe przenoszą wrażenia doznane przez zakończenia nerwów czucia głębokiego (a więc w mięśniach, więzadłach i t. d.) do móżdżku, a narząd ten zużytkowywa te wrażenia dla kojarzenia ruchów, kojarzenia nieświadomego, bezwiednego, gdyż kojarzenie świadome odbywa się przy pomocy włókien czucia głębokiego, biegnących w pęczkach tylnych rdzenia, a kończących się — po przerwie we wzgórku wzro-

kowym — w korze mózgowej. Z móżdżku włókna obu wymienionych pęczków (Flechsiga i Gowersa) przez ciała zębate (corpus dentatum), odnogę mózgową przednią (Bindearm) udają się do jądra czerwonego (nucleus ruber), a stamtąd do wzgórka wzrokowego. Wszystkie one kończą się w nim, a z jego komórek nerwowych wychodzi trzeci neuron (tractus thalamo-corticalis), biegnący przez torebkę wewnętrzną (capsula interna) do zraza ciemieniowego kory mózgowej (lobus parietalis).

Co się tyczy włókien czucia powierzchownego, to najwięcej nas tu interesujące włókna, przenoszące wrażenia bólu i ciepłoty, z korzeni tylnych nerwów rdzeniowych, kończą się naokoło komórek nerwowych substancyi szarej tylnych rogów rdzenia kręgowego (pierwszy neuron). Wyrostki osiowe tych komórek biegną do przeciwnej połowy rdzenia, a więc krzyżują się już w rdzeniu, a po skrzyżowaniu się ciągną w górę, w pęczku bocznym rdzenia, a następnie w odpowiedniej okolicy przez cały pień mózgu. W pęczku bocznym rdzenia włókna te sąsiadują z włóknami pęczka Gowersa. Skrzyżowanie włókien przenoszących czucie bólu i ciepłoty z okolicy kończyn dolnych jest już zupełne na wysokości pierwszego lędźwiowego, a co najwyżej dwunastego segmentu grzbietowego. W rdzeniu przedłużonym włókna omawiane znajdują się w istocie siatkowatej (substantia reticularis), są więc oddzielone od opisanych wyżej włókien czucia głębokiego przez oliwkę dolną; w dalszym przebiegu zbliżają się do nich, a w przedniej części mostu Warola przyłączają się do nich włókna czucia powierzchownego z twarzy, doprowadzone przez nerw trójdzielny. Wszystkie razem kończą się, podobnie jak i przenośniki czucia głębokiego, we wzgórku wzrokowym.

Niema więc włókien czuciowych, biegnących bez przerwy do mózgu, wszystkie one, zanim dojdą do kory mózgowej, zatrzymują się w komórkach nerwowych ośrodków podkorowych. Droga czuciowa składa się z trzech neuronów.

Dopiero co opisane włókna, tworzące t. zw. »tractus spino-thalamicus«, zbadane jeszcze w r. 1889 przez Edingera, uważane są obecnie powszechnie za przenośniki wrażeń bólu, ciepła i zimna. Lewandowsky proponuje dla nich nazwę pęczka Brown-Séquarda. Spostrzeżenia kliniczne, poparte badaniem pośmiertnem, wykazały, iż włókna tych trzech rodzajów czucia, chociaż biegną obok siebie, nie są pomieszane z sobą i mogą cierpieć oddzielnie. Wnosząc z tychże badań kliniczno-anatomicznych, włókna dla czucia zimna i bólu leżą obok siebie, a mianowicie bólowe najbardziej ku środkowi (medial), dla gorąca — najbardziej z boku, a między niemi włókna — dla zimna. Wymienione co dopiero dane anatomiczne tłomaczą, dlaczego czucie bólu i ciepłoty dotknięte jest przy cierpieniu połowy rdzenia kręgowego, po przeciwnej stronie ogniska chorobowego, a czucie głębokie po tejże samej stronie, a nadto, iż możliwe są różne kombinacye, zależnie od siedziby ogniska chorobowego, gdyż włókna czucia głębokiego krzyżują się dopiero w rdzeniu przedłużonym, a włókna czucia powierzchownego już w rdzeniu kręgowym, i dlatego, że włókna różnych rodzajów czucia w całym przebiegu nie są z sobą pomieszane, lecz leżą oddzielnie. Ognisko np. chorobowe blizko szwu (raphe) w rdzeniu przedłużonym wywoła zaburzenia tylko czucia głębokiego i — jak zobaczymy niżej — dotyku, a ognisko, usadowione w zewnętrznej części rdzenia przedłużonego, może wywołać zaburzenia tylko czucia bólu i ciepłoty.

Wrażenia ucisku (dotyku) przenoszone są w rdzeniu kręgowym, podobnie jak i czucie mięśniowe, na dwu drogach: przez pęczek tylny tejże samej strony i przez pęczek boczny strony przeciwnej. (Tych drugich Rothmann dopatruje się w pęczku przednim strony przeciwnej). Przenoszenie to wrażeń dotyku na dwu drogach tłomaczy, że zwykle zaburzenia dotyku w cierpieniu połowy rdzenia nie są wielkie i stałe, gdyż do tegoby potrzeba, aby obie te drogi były przerwane, a zastępstwo jednej przez drugą niemożliwe. Zazwyczaj, jeśli jedna tylko z tych dróg jest zniszczona, to zaburzenia są tylko chwilowe, przemijające. To samo i dla tych samych powodów dzieje się i z czuciem mięśniowem, jak np. w naszym przypadku. Pod tym względem inne rodzaje czucia zachowują się odmiennie. Mianowicie, czucie bólu, ciepła i zimna, jako przenoszone w rdzeniu na jednej tylko drodze, cierpi silnie i długo. Znane są przypadki, iż jeszcze po kilku latach zaburzenia czucia bólu i ciepłoty, wywołane zranieniem połowy rdzenia, trwały bez wielkiej zmiany. W opisanym przez nas przypadku jeszcze po 5 miesiącach były one bardzo wydatne.

Powiedzieliśmy wyżej, iż w cierpieniu połowy rdzenia porażona kończyna dolna bywa cieplejszą, jak to było i w naszym przypadku. Podniesienie to ciepłoty zależy od porażenia nerwów zwężających światło naczyń krwionośnych (n. n. vaso-constrictores), które z ośrodka naczyniowego w rdzeniu przedłużonym biegną — nie krzyżując się — w pęczku bocznym rdzenia, do ośrodków naczyniowych znajdujących się w substancyi szarej rogów średnich. Z tych ostatnich włókna nerwowe naczyniowe (praeganglionares-Langley) wychodzą przez korzenie przednie nerwów rdzeniowych i przez białe gałęzie łączące (rami communicantes albi) udają się do odpowiedniego zwoju (ganglion) nerwu współczulnego, a z niego (rami postganglionares) do nerwów obwodowych i do naczyń krwionośnych. Zniszczenie tych nerwów w rdzeniu wywołuje rozszerzenie światła naczyń krwionośnych, czego następstwem jest podniesienie miejscowe ciepłoty. Wkrótce jednak, wskutek zastoju krwi w naczyniach włosowatych i drobnych żyłach, występuje sinica miejscowa i obniżenie ciepłoty.

Opisane szczegóły przebiegu włókien czuciowych w rdzeniu kręgowym z łatwością wyjaśnią, jakie części połowy rdzenia były w naszym przypadku uszkodzone, chwilowo (przez ucisk wylaną krwią) lub stale, i dlaczego zbiór objawów nie był zupełny, bo nie cała połowa rdzenia została zniszczoną, a nawet przeciwnie, względnie mała, a to dzięki cienkości narzędzia raniącego.

Dla całości tylko obrazu musimy dodać, iż cechujące zbiór objawów Brown-Séquarda osłabienie lub bezwład kończyny dolnej samej lub, jak czasami, dolnej i górnej po stronie ogniska chorobowego, a również i objawy kurczowe w porażonych kończynach występujące, zależą od cierpienia pęczka piramidalnego (tractus cortico-spinalis cruciatus s. lateralis), który leży w części grzbietowej (dorsalnej) pęczka bocznego rdzenia. Włókna składające ten pęczek, jak wiemy, są wyrostkami osiowymi komórek piramidalnych Betza w zakręcie korowym pośrodkowym przednim (gyrus centralis ant.) i służą do przenoszenia pobudzeń ruchowych dowolnych z kory mózgowej do komórek substancyi szarej

rogów przednich rdzenia. Włókna te krzyżują się, to jest przechodzą na drugą stronę w rdzeniu przedłużonym (decussatio pyramidum), zniszczenie więc ich poniżej skrzyżowania musi wywołać bezwład kończyny, po tej stronie leżącej.

Musimy tu dodać, że badania ostatnich czasów (Russel, Sherrington, Dejerine-Thomas, Edinger) wykazały, iż z włóknami tego pęczka piramidalnego skrzyżowanego, to jest z przeciwnej półkuli mózgu pochodzącemi, pomieszane są nieliczne włókna nerwowe, z analogicznych — co i tamte włókna — miejsc kory wychodzące, lecz z półkuli mózgu tej samej strony (t. zw. fibrae pyramidales homolaterales), czyli że w każdym pęczku bocznym rdzenia znajdują się włókna ruchu dowolnego z obu półkul mózgowych. Wpływ półkuli mózgu na ruch kończyn po tejże samej stronie co półkula leżących, jest jednak daleko większy, gdyż — jak wiadomo — w pęczku przednim rdzenia (u wyższych małp i człowieka) jest pęczek włókien nerwowych piramidalnych nieskrzyżowanych (tractus cortico-spinalis non cruciatus s. anterior s. Türcki), z tegoż samego miejsca kory mózgowej ruchowej co i pęczek skrzyżowany pochodzący.

Wspominamy o tych szczegółach, gdyż one tłomaczą możność poprawy, powrotu ruchów obezwładnionej przez cierpienie połowy rdzenia kończyny, mimo zniszczenia włókien ruchu dowolnego w pęczku bocznym rdzenia. Sprawa wyrównania zaburzeń ruchu dowolnego, wywołanych cierpieniem pęczka piramidalnego jest od dłuższego czasu na porządku dziennym. Ścisłe badania (Wernicke, Mann) chorych, dotkniętych bezwładem połowicznym (hemiplegia) pochodzenia mózgowego, wykazały, iż bezwładem na stałe dotknięte bywają tylko pewne (zawsze te same) grupy mięśni, gdy inne mało lub zupełnie nie cierpią, co jednak ulega zamaskowaniu przez przyłączające się objawy kurczowe. To częściowe tylko obezwładnienie mięśni tłómaczą tem, iż niektóre z nich już w prawidłowych warunkach unerwione są przez obie półkule mózgu, za pośrednictwem pęczka piramidalnego skrzyżowanego i nieskrzyżowanego; przy cierpieniu więc pierwszego, drugi może go do pewnego stopnia w czynności zastąpić, t. j. półkulę mózgu kontralateralną zastępuje półkula homolateralna.

Dalej, u wyższych zwierząt ssących dużą rolę w przenoszeniu pobudzeń ruchu dowolnego grają ośrodki podkorowe, zwłaszcza z śródmóżdża (mesencephalon - nucleus ruber) wychodzący t. zw. pęczek Munakowa (tractus rubro-spinalis), który u nich jest mocno rozwinięty; czynnością jego tłomaczą brak bezwładów lub szybkie ich zniknięcie po wycięciu okolicy ruchowej korowej. U człowieka pęczek Monakowa jest mało rozwinięty, jak również mało są rozwinięte pęczki włókien, łączące substancyę szarą przednich rogów rdzenia z innymi ośrodkami podkorowymi, gdyż u człowieka silnie rozwinięta kora mózgowa przejmuje na siebie większość czynności, zależnych u zwierząt od pnia mózgu i od rdzenia. Niemniej przypuszczają, iż i u człowieka choć mały lecz pewien udział biorą w powrocie ruchu dowolnego włókna nerwowe, idące od ośrodków podkorowych. Wpływ ten odbywać się może drogą okolną, przez móżdżek (kora mózgowa, most Warola, kora móżdżku, jądro zębate, odnoga móżdżkowa przednia, jądro czerwone, pęczek Monakowa, rdzeń).

Jednem słowem, droga ruchowa piramidalna u wyższych ssących może być zupełnie, a u człowieka w pewnym stopniu zastąpiona przez inne włókna odśrodkowe, czyli niema ona znaczenia swoistego, jak to dawniej sądzono. Do powrotu ruchów w cierpieniu połowy rdzenia dopomagają zapewne także liczne połączenia segmentów rdzenia między sobą, a nie wyłączone jest także częściowe zastąpienie w czynności chorej połowy rdzenia przez zdrową.

W pęczku przednio-bocznym rdzenia u człowieka znajdują się także włókna zstępujące, od ośrodków podkorowych (f. rubro-spinalis, tecto-spinalis, vestibulo-spinalis), które niewątpliwie mają znaczenie w regulowaniu ruchów pod wpływem słuchu, wzroku, pobudzeń kanałów półkolistych ucha i t. d., objawy jednak ich cierpienia w zniszczeniu połowy rdzenia nie są dotychczas znane.

Na zakończenie musimy przypomnieć, iż w cierpieniu urazowem połowy rdzenia, jak w naszym przypadku, niektóre części rdzenia mogą być nie zniszczone, lecz tylko uciśnięte wylaną krwią, po której wessaniu i objawy zależne od ucisku znikają.

Pomoc lekarska w dawnem wojsku polskiem.

(Wyciąg z większej całości).

Podał

Fr. Giedroyć.

Wiek XII dostarcza nam pierwszej dokładnej wiadomości o pomocy lekarskiej w dawnem wojsku polskiem. Oto pod Międzyrzecem Pomorskim biegły medyk [*sagax medicus*] ocala życie Wojsławowi, stolnikowi księcia Bolesława III, przez zręczne wycięcie potrzaskanych kości czaszki (Gallus). Był to zapewne lekarz osobisty ks. Bolesława, w razach wyjątkowych niosący pomoc wogóle rycerstwu.

W wiekach późniejszych spotykamy często lekarzy i chirurgów nadwornych, którzy towarzyszą królom i hetmanom do obozów. I tak z dyplomów i nadań dowiadujemy się, że doktor Jan Liberhant, jako lekarz nadworny króla Kazimierza Jagiellończyka, a później Jana Olbrachta, towarzyszył im w wyprawach; że toż samo czynili dr. Zacharyusz Stopius, lekarz królów Zygmunta Augusta i Stefana Batorego, oraz Anczewski, lekarz króla Jana Kazimierza. W roku 1610, w obozie pod Smoleńskiem, hetman Żółkiewski ma przy sobie lekarza lwowskiego Stanisława, hetman Stanisław Koniecpolski — lekarza Gidelczyka. Czy wymienieni lekarze udzielali jednocześnie pomocy całemu wojsku, o tem nie znajdujemy wzmianki. Natomiast inny szereg lekarzy występuje już w roli podwójnej. Są to wprawdzie lekarze nadworni i dlatego tylko zapewne znaleźli się w obozie; jednocześnie atoli niosą pomoc wogóle ranionym. Tak np. Buccella nietylko zabiegał około zdrowia króla Stefana, »ale także *s chuti* swoiey około dworu wsieho i wsieh, od kotorych był proszony, tak zranienych jako też jakokolwiek chorujuczych wielikoho i małoho stanu liudiey takoje staranie czynił, że naweżajuczy ich w obozie w wielikoje niebezpieczeństwo zdrowie swoje podawał« [słowa przywileju dla Buccelli]. Za toż samo, na wstawienie się wojska litewskiego i hetmanów, w roku 1683, Marcin Bernitz uzyskał indygenat w Rzeczypospolitej.

Skoro sławny Buccella pośpieszał z pomocą »s chuti

swojej«, inni czynili to z obowiązku. W szeregu ich widzimy również dwa rodzaje medyków. Jedni są przeznaczeni dla wojska wogóle, a jednocześnie są lekarzami przybocznymi hetmanów; inni zaś są powołani wprost do leczenia rycerstwa bez funkcyi dodatkowych. Do szeregu pierwszego należy np. doktor Maciej Lettow, który był lekarzem hetmana Krzysztofa Radziwiłła, w roku zaś 1633 towarzyszył królowi Zygmuntowi pod Smoleńsk, oraz doktor Lubertus Erbenius, lekarz Mikołaja Potockiego. Obadwaj noszą nadto tytuł lekarzy obozowych [*medicus castrensis* — pierwszy, *in exercitu Polonica medicus castrensis ordinarius* — drugi]. Z grona drugich można przytoczyć np. doktorów Mussaliusa i Pawła Abramowicza. Mianowicie w wydatkach z r. 1600, w dziale pensyi, wypłaconych *Artificibus castrensibus*, wymieniano cyrulików wojskowych, a na ich czele doktora Mussalina; Abramowicza zaś [*artis physicae medicum et pharmacopolam*] król Zygmunt III mianuje w roku 1596 lekarzem wojska: »*in exercitus nostri medicum eligimus et ordinamus*«.

W okresie późniejszym spotykamy już nawet lekarzy oddzielnych załóg. W Kamieńcu Podolskim puszkarze czyli artylerya posiada własnego lekarza. W roku 1709 jest nim doktor Sebastyan Zbieralski, od roku 1720 do 1737 — Fryderyk Bertuch, od 1740 do 1745 — Jakób Khin.

Jeżeli w okresie, kiedy organizacya wojska nie uwzględniała jeszcze stałej służby zdrowia, spotykamy lekarzy, wyłącznie na usługi rycerstwa powołanych, nawet podczas pokoju, tem bardziej możemy się spodziewać obecności chirurgów. Jakoż znajdujemy ich w czasach bardzo odległych.

I tu również widzimy dwa rodzaje: chirurgów ogólnych i chirurgów osobnych rodzajów broni.

Oto jeszcze w roku 1396 rajcy krakowscy wysłali od siebie królowi Jagielle na wyprawę opolską dwu chirurgów [*cirurgicos*] i dali im ośm grzywien i trzy konie. Regestr wydatków i płac z roku 1506 *servilibus Russiae militantibus* wymienia Miklosza i Frycza, *barbitonsores*, którym wypłacono żołd i dano sukno. Liczniejsze są spominki o chirurgach z wypraw króla Stefana. Na czele ich stał Wilhelm Lucenberger, serwitor królewski; dalej wymieniają źródła: Michała, Henryka Hellera, Macieja Villina, Tomasza, Janusza [*Hans*] Kimmerlego, Bartłomieja Dawida, Adama Szolcza, Adama Czecha [*Bohemus*], Henryka Seclera, Kacpra Bendowskiego i innych. Szli oni na wyprawy, przybierając sobie do pomocy i gwoli wyćwiczenia uczniów i towarzyszów. »Na woynach y w ciągnieniu woysk experyencye y doświadczenia biorą« — mówi o cyrulikach Syreniusz.

Pomimo to liczba chirurgów nie zawsze wystarczała. W »Dzienniku wyprawy Stefana Batorego pod Psków« ks. Jan Piotrowski zapisał dnia 8 września 1581 roku: »Barwierzow tak wiele nie masz, coby opatrywaniu wydołali«.

Chirurgowie wyżej wymienieni byli przeznaczeni dla całego wojska. Istnieją wskazówki, że większość ich po skończonej wyprawie wracała do swoich siedzib i w następnej wojnie mogła już nie brać udziału.

Drugi rodzaj — chirurgów wojskowych w ściślejszem tej nazwy znaczeniu, towarzyszył pewnym regimentom, albo poszczególnym rodzajom broni. Np. »Compania JMci Pana Capitana Christiana Kipki« wymienia w swojej liście »Feltschera Joh. Pawelkowicza« [1565 r.]. W kompanii dragonii w roku 1653 cyrulikami są: Abraham Zabłocki i Johan Mentzel Kratzmer, w roku 1553 — Filip Ardus. W kompanii kapitana Wolfa jest felczerem Johan Schnabel [1653 r.].

W roku 1523 król zalicza do sług swoich [*servitoratus*] chirurga lwowskiego, Fryderyka Frycza i wyznacza mu 10 grzywien pensyi z cła lwowskiego, za co Frycz będzie obowiązany towarzyszyć wojsku na wyprawach wojennych i leczyć ranionych. Zastrzeżono przytem, że Frycz ma służyć tylko wojsku z Rusi Czerwonej. Po śmierci Frycza, w roku 1544 chirurgiem polowym wojsk w obozach ruskich [*chirurgus campestris in exercitibus ac in castris Russiae*] został »mistrz sztuki chirurgicznej« Wojciech Trzciński. Pensyę z funduszów miejskich winien mu wypłacać Lwów, jak to było »w obyczaju« względem chirurgów polowych. Świadczy to, że już w pierwszej połowie XVI wieku było »obyczajem« w Polsce trzymać stałych chirurgów w oddziałach wojska. Przywilej z roku 1642 mówi o Andrzeju Sanftlebenie, chirurgu regimentów pieszych, który służył przez lat 40 i towarzyszył wojsku w kilku wyprawach. Z tegoż wieku znamy: Henryka, chirurga piechoty [1617 r.], Jana van Loë, chirurga w regimencie rotmistrza Krasińskiego, starosty łowickiego [1665 r.], Jana Arctana, chirurga artyleryi [1673 r.].

Rzeczą zgoła zbyteczną byłoby określać bliżej rodzaj zajęcia chirurgów podczas wypraw wojennych. Warto wszakże zaznaczyć, że chirurgowie dokonywali nawet poważnych operacyi. Wiemy już o pomyślnie zakończonem wyjęciu potrzaskanych kości czaszki rycerzowi Wojsławowi w obozie Krzywoustego pod Międzyrzecem. Za króla zaś Stefana Heidenstein wspomina o towarzyszu z chorągwi Zygmunta Rożna, któremu w obozie lekarz amputował obie nogi.

Z rachunków dawnego wojska polskiego wynika, że chirurgowie pobierali płacę przeważnie od każdego leczonego z osobna. Sposób taki obliczania zapłaty jest zrozumiały poniekąd w razach, kiedy chirurg, oprócz opieki i wiedzy, dawał nadto ze swojej apteczki leki do opatrunku, albo jeśli był powołany wyłącznie na jedną wyprawę i tego rodzaju umowę z nim zawarto. Przekonywamy się jednak, że sposób ten stosowano nawet przy obliczaniu się z chirurgami stałymi, pobierającymi żołd stały. Przeważnie atoli ustalano zapłatę względnie do czasu spędzonego przez chirurga w obozie, przyczem też, być może, uwzględniano liczbę pomocników [*socius*], wziętych na wyprawę przez mistrza [*magister*]. Skarb załatwiał rachunki tylko z pryncypałem, nie wchodząc w to, jakie on umowy pozawierał z towarzyszami, nadto zwracał wydatki na lekarstwa i dawał podwody. Oto dla przykładu niektóre pozycye rachunkowe: W roku 1577 chirurgowi Wilhelmowi, wysłanemu pod Gdańsk dla leczenia ranionych [*ad curandos milites vulneratos*], jako zwrot kosztów podróży i za lekarstwa wypłacono zł. 535. W roku 1578 pewnemu chirurgowi [*chirurgo cuidam*] za leczenie dwu żołnierzy z piechoty dano zł. 6. W roku 1580 chirurgowi Lucenbergerowi za wyprawę pod Połock, gdzie leczył do 1200 wojskowych, dostarczał własnych lekarstw i utrzymywał pomocników [*socios*], do wypłaconych już poprzedno 300 złotych dodano złotych 400; chirurgowi Michałowi za leczenie 26 piechurów pod Wielkiemi Łukami, licząc po 5 złotych od osoby, wypłacono zł. 130; również chirurgowi Henrykowi Hellerowi zapłacono za kuracyę 22 [zgodnie z wykazem — *iuxta re-*

gestrum] żołnierzy z piechoty polskiej. W roku 1600 chirurgom Maciejowi i Tobiaszowi za leczenie postrzelonych zapłacono za trzy miesiące złotych 412, łącznie z płacą dla wziętych przez nich do pomocy w obozie towarzyszów [*cum sociis*]. W tymże roku sześciu woźnicom, którzy przewozili narzędzia chirurgiczne i środki opatrunkowe [*instrumenta et necessaria chirurgica*] za kwartał złotych 216. — W rachunkach z lat 1603—1604 przeważa zapłata miesięczna. Natomiast lekarze, o ile wolno wnosić z jedynego przykładu, pobierali zapłatę w stosunku do liczby żołnierzy wogóle. Ten jedyny przykład znajdujemy w »Porachowaniu Skarbowem z Chorągwią Raytarską Wielmożnego IMPana Zigmunta Denhoffa«, któremu zapłacono za kwartał [w roku 1653] zł. 11635, a »z tey summy Panu Erbenjusowi Doktorowi od osoby per gr. 15 — flor. 18 gr. 15«. Jakoż istotnie chorągiew składała się ze 179 jezdnych. Ślady takiej rachuby znajdujemy również w czasach późniejszych, kiedy już nastąpiła organizacya służby zdrowia w wojsku, z tą wszelako różnicą, że lekarze nie pobierali płacy od liczby głów, lecz z żołdu każdego żołnierza strącano pewną kwotę na leki i utrzymanie służby zdrowia.

Czy regimenty zaciężne cudzoziemskie przychodziły z własną służbą lekarską, czy też dostawały ją w Polsce, trudno orzec, w każdym razie żołd dla tej służby płynął ze skarbu Rzeczypospolitej. W roku 1579 w liście płacy *militibus Almanis in partibus Germaniae conductis contraducem Moschov.* znajdują się pozycye: »medykowi miesięcznie złotych 30, chirurgowi 3«.

Wiemy już, że chirurgowie dostarczali własnych leków, pobierając za to osobne dopłaty, niektórzy zaś z nich, wyjeżdżając do obozu, odbierali ze skarbu z góry pewne kwoty na lekarstwa. Tak np. Bartłomiej, Chrystyan i Jerzy dostali na ten cel w roku 1651 po 1000 złotych każdy. Nadto w pochodzie towarzyszyły wojsku apteki polowe. Po bitwie pod Koronowem [1410 r.], kiedy w Inowrocławiu stawiono przed królem co najznaczniejszych jeńców, »przyjął wszystkich posilną wieczerzą, ranionych właściwemi lekarstwami opatrywać kazał« [Wapowski]. Mowa tu zapewne o aptece własnej królewskiej, nie stanowiącej jeszcze części składowej właściwego taboru wojska. Apteki takie miewali przy sobie również hetmani i nieraz użyczali z nich leków potrzebującemu rycerstwu. Znany był pod tym względem zwłaszcza Jędrzej z Górki [† 1551], słynny również biegłością w sztuce lekarskiej. Pisze o nim Sarnicki [w księgach hetmańskich]: »Byli niektórzy zacni Hetmani, którzy w lekarskich naukach byli uczeni, i gdy który z żołnierzów zachorował, wnet z swej szkatuły snać gotowsze lekarstwa niż drugi Doktor dobywszy, onym użyczali: jako był nieboszczyk P. Jędrzej z Górki, Kasztelan poznański. Ten u Staroduba będąc hetmanem, acz miał Lekarze. Doktory, snać lepiej niż inny... wszakoż jednak szkatuła u niego bywała lekarstwa i rzeczy osobliwszych, niż w znacznej aptece«.

Zresztą bardzo wcześnie, bo już na początku XVI wieku zjawia się aptekarz w obozie — Marcin z Grodziska. Towarzyszył on królowi Zygmuntowi w wyprawie moskiewskiej [1507—1508] i »czynił posługi«. Był wprawdzie Marcin aptekarzem królewskim i zapewne tylko skutkiem tego znalazł się w wojsku, jest jednak rzeczą prawdopodobną, że ze swojej apteki zaspokajał również potrzeby innych chorych. Stefanowi Batoremu towarzyszył stale Anioł Caborti, którego zasługi w prowadzeniu apteki polowej wyszczególnia akt nobilitacyi aptekarza. Że mowa tam już nie o aptece prywatnej króla, świadczą rachunki skarbowe: w roku 1580 wypłacono Cabortiemu 166 złotych i groszy $25^1/_2$ za leki przez niego wydane z przepisu doktora Buccelli rozmaitym osobom z dworu królewskiego przez czas od oblężenia Połocka do dnia 28 lipca, w roku zaś 1582 tenże aptekarz dostaje ze skarbu 139 złotych *pro diversis medicamentis ad castra apud eundem acceptis.* W roku 1640 Paweł Guldeniusz dostaje dwa wozy kryte, każdy w cztery konie zaprzężony, dla łatwiejszego przewożenia apteki obozowej [*campestris pharmacopolii*]. Gotfryd Reinhard, aptekarz kasztelana krakowskiego i hetmana Mikołaja Potockiego, oddaje wielkie usługi nietylko sporządzaniem leków w obozie, ale nawet skutecznem leczeniem chorych, za co w roku 1654 otrzymał tytuł dworski [*servitoratus*]. Takiejże nagrody dostąpił w roku 1658 chemik i aptekarz Jan Jerzy Hahn, który »w wyprawach wojennych wielce się wojsku przysłużył«. Na początku zaś wieku następnego, mianowicie w roku 1717, Winiarski ma już stanowisko ściśle określone w tytule — »aptekarz wojskowy«. Nazwę »apteka wojskowa« spotykamy nieco wcześniej, w roku 1710, kiedy zażądano w Krakowie 500 koszul lub wogóle płótna używanego do »apteki wojskowej«.

Podwody do przewożenia z wojskiem narzędzi chirurgicznych lub też aptek nie różniły się oczywiście od innych wozów taboru wojskowego. Nie było też osobnych, ku temu przysposobionych wozów pod przewóz ranionych i chorych; układano ich tak, jak można było i gdzie można było. »Rannych włożywszy na wozy... król Bolesław wrócił (1074 r.) z wojskiem zwycięzkiem do Polski«. [Długosz], Wozy polskie wracały z pod Chocima »bez żywności, bez wojennych bagaży i domowych sprzętów: wieziono trupy rannych i schorzałych« [Jakób Sobieski]. Posuwali się więc chorzy razem z obozem, dzieląc z resztą wojska wszelkie niewygody takiej podróży, zwiększone cierpieniem; mieli za to opiekę lepszą, a zwłaszcza obronę w razie nieoczekiwanego natarcia nieprzyjaciół. Rachunki skarbowe z czasów Stefana Batorego zapisują kilka razy zapłatę chirurgom, którzy towarzyszyli transportowi ranionych żołnierzy. Można stamtąd wyrozumieć, że nie wożono ranionych za obozem, lecz odsyłano partyami do miejsc dogodniejszych i do leczenia sposobniejszych. Z pod Wielkich Łuk część ranionych wyprawiono pod opieką chirurga do Uświata, część zaś zatrzymano w miejscu — zapewne lżej rannych.

O lazaretach polowych, a nawet o szpitalach stałych dla wojska nie było wtedy jeszcze mowy i zakłady, znane pod nazwą *szpitali żołnierskich,* były jeno przytułkami dla »pokaleczonego«, w usługach ojczyzny steranego rycerstwa, a więc domami inwalidów, nie zaś szpitalami w dzisiejszem tego słowa znaczeniu. Było kilka takich szpitali żołnierskich: warszawski, przez króla Stefana założony, tykociński — fundacyi (1633 r.) Krzysztofa Wesołowskiego, marszałka nadwornego W. Ks. Litt., lwowski, na którego założenie Aleksander Zborowski dwór swój we Lwowie zapisał (1638 r.), kamieniecki — przez Michała Stanisławskiego w Kamieńcu Podolskim darowizną dwu wsi uposażony (1667 r.). Było jeszcze kilka większych i mniejszych

legatów bądź na szpitale, bądź na wsparcia przeznaczonych. Obok ofiarodawców prywatnych stoi Rzeczpospolita, która przez swoich przedstawicieli uchwalała na sejmach różnymi czasy »nagrodę żołnierzom«, a nadto zaraz w obozach, jak wskazują rachunki skarbowe, rozdawano żołnierzom wsparcia pieniężne *pro curanda valetudine et victu*, przyczem dzielono ich na lżej lub ciężej ranionych [*enormiter vulnerati*].

Dla uzupełnienia obrazu pozostaje nadmienić o przepisach, różnemi czasy wydawanych, a dotyczących higieny obozowej.

Artykuły wojskowe, uchwalane przez sejmy, jako też przygodnie przez hetmanów w obozach obwieszczane, wogóle skąpe treścią, dwie rzeczy mają przedewszystkiem na względzie: zalecają czystość i zakazują obecności »niewiast wszetecznych«. Ma być tedy poza obozem miejsce do grzebania trupów i do zakopywania wszelkich »plugastw«; mają być urządzone wychodki; rzeźnikom nie wolno bić bydła w obozie i t. d. Gwoli podtrzymaniu zdrowia i dobrego ducha wojsko ma się oddawać zabawom rycerskim: gonitwom, strzelaniu, robieniu bronią.

Nierządnicom groziły »artykuły« srogiemi karami: »wyświeceniem i u pręgierza sieczeniem«, a żołnierz, któryby brankę »do wszetecznictwa ważył się zażywać«, gardło miał dać. A surowe te kary bywały istotnie niekiedy wymierzane. Król Władysław Jagiełło pilnował, »aby żołnierz polski nie kalał się sromotą niewieścią« [Długosz]. W roku 1581, w czasie wyprawy pod Psków, »P. Hetman jedną panią wesołą dał ściąć, co porzuciwszy własnego męża do towarzysza jednego przyłączyła się, drugą z obozu wychłostawszy nos i uszy oberżnąć jej kazał« [ks. Jan Piotrowski].

Autorowie, piszący o »sprawach wojennych«, stawiają takie same wymagania co do czystości i porządku w obozie i stale zwracają uwagę na potrzebę przy wojsku doktorów, cyrulików, aptekarzy [St. Łaski]. Jan Tarnowski († 1561), a zanim Jan Zamoyski († 1605) żądają nadto osobnego *szpitalnego*, któryby chorych doglądał i opiekował się nimi w pochodzie, Stanisław Sarnicki dodaje do tego jeszcze *weneniste* do leczenia ran, zatrutemi strzałami zadanych. Wymienieni hetmani uznawali nadto potrzebę »niewiast kilka dusz« do pielęgnowania chorych. Stanisław Karliński, »Medyk y Alchimista« (1599 r.), człowiek w obozach i wyprawach wojennych bywały, sam jeden zachodzi jeszcze dalej, gdyż wbrew »artykułom« nie widzi w tem »zgorszenia... aby też panny z fraucymeru, któreby każdemu k woli były«, znajdowały się w obozie. Żąda on nawet, aby hetman stawał w ich obronie i dawał im »na ich pożywienie, a to przeto, aby ci, co żony swe mają, spokoynie z nimi sypiali, a ci co bez tego być nie chcą abo nie mogą, aby wiedzieli, gdzie obroków szukać«.

Z luźnych, dorywczych i niestety! bardzo skąpych wzmianek, rozproszonych po kronikach, przywilejach, pamiętnikach i rachunkach skarbowych, zebrała się oto garść faktów, charakteryzujących pomoc lekarską w wojsku polskiem przed zaprowadzeniem w niem stałej służby zdrowia, o której kiedyindziej powiemy.

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego.

Ostéoarthropathie hypertrophiante Mariego.

Podał

Antoni Gluziński.

W odróżnieniu od akromegalii opisał w r. 1890 Pierre Marie [1]) osobną postać zmian w układzie kostnym a częściowo w stawach, nie będącą w żadnym związku z akromegalią, nadając jej osobną nazwę »ostéoarthropathie hypertrophiante«. Zmiana ta polega w zasadzie na przeroście kości kończyn, zwłaszcza części nasadowych (epiphyses) przedramienia i piszczeli, na pałeczkowato zgrubiałych ostatnich członkach palców rąk i nóg, szponowato zgiętych paznokciach, a różni się od akromegalii brakiem zmian w okolicy śródręcza względnie śródstopia, tak charakterystycznych dla akromegalii, brakiem lub zaledwie (w niektórych przypadkach tylko) zaznaczeniem zmian w nosie, wargach, języku i zmian w kościach twarzy, a przy prześwietleniu promieniami Roentgena wykazaniem kalafiorowato zniekształconych ostatnich członków palców przy »ostéoarthropathie hypertrophiante«, gdy przy akromegalii mamy jednostajne zgrubienie nietylko kości, ale i części miękkich. Brak zmian w przysadce mózgowej przy »ostéoarthropathie hypertrophiante«, a stwierdzenie ich przy akromegalii, a w związku z tem często objawy od guza przysadki mózgowej pochodzące (zmiany w narządzie wzrokowym, cukromocz), uzupełniają obraz i pozwalają te postacie odróżnić od siebie.

Jedna z tych zmian przy »ostéoarthropathie hypertrophiante«, t. j. pałeczkowato zgrubiałe palce (Trommelschlagfinger) znana była od dawna nawet lekarzom starożytnym (Hipokrates), bezsprzecznie jednak Mariemu zawdzięczamy ujęcie całej sprawy w osobny obraz i podniesienie cech, odróżniających tę postać od również przez Mariego wyodrębnionej akromegalii.

Marie w dwóch kierunkach jednak uległ pomyłce; raz w związaniu tej zmiany w przyczynowy stosunek ze zmianami w płucach i stąd dodatek jego do przytoczonej już wyżej nazwy jeszcze przymiotnika »pneumique«, powtóre w łączeniu zmian opisanych w układzie kostnym ze zmianami w stawach, stąd nazwa »ostéoarthropathie«, gdy dalsze spostrzeżenia wykazały, że przeważna liczba przypadków zdarza się bez zmian w stawach, a więc zasługuje właściwie na nazwę „ostéopathie« i słusznie też Symes i Thomson [2]) proponują odróżnienie dwóch postaci t. j. »ostéopathie« i »ostéoarthropathie hypertrophiante«.

Związanie tej postaci przez Mariego ze zmianami tylko w płucach, a więc i dodatek »pneumique« okazał się niesłusznym, gdyż prawie równocześnie z Mariem opisując tę zmianę, Bamberger [3]) wykazał ją głównie przy rozstrzeniach oskrzelowych, a więc przy schorzeniu płuc, ale i przy wadach serca, a Teleky [4]), zestawiając wszystkie przypadki ogłoszone, stwierdza, że znajdujemy tę zmianę:

1) przy wszystkich ropnych i posocznicowatych spra-

---

[1]) Rev. de med. 1890. str. 1.
[2]) Ref. w Schmidt's Jahrb. T. 286. str. 179.
[3]) Zeif. f. klin. Med. 1890. T. 18. str. 193.
[4]) Wien. klin. Woch. 1897. str. 143.

wach w ustroju, a zwłaszcza przy jamach gruźliczych, oskrzelowych, ropieniach w opłucnej, w nerkach, przy przewlekłej czerwonce i t. d.;

2) po przebyciu wielu spraw zakaźnych i pod wpływem przewlekłych zatruć (zapalenie płuc, kiła, alkokolizm i t. d.);

3) przy wadach serca;

4) przy złośliwych nowotworach;

5) przy schorzeniach układu nerwowego a zwłaszcza syryngomyelii.

W ostatnich czasach autorowie francuscy (Bal i Alamarte, Liénaux) wysuwają na pierwszy plan jako przyczynę dla »ostéoarthropathie hypertrophiante« Mariego wpływ jadu gruźliczego, podobny, jak przy »rheumatisme tuberculeux« Ponceta.

Że z temi wszystkiemi zmianami jest związana sprawa w układzie kostnym, świadczą o tem np. przypadki cofnięcia się tych zboczeń po usunięciu przyczyny. Tak Denig [1]) opisuje poprawę po usunięciu drogą operacyjną zwężenia odźwiernika, powstałego na tle wrzodu, Rickman I. Godlee [2]) po usunięciu długotrwałego ropienia w jamie opłucnej, podtrzymywanego wpadniętym sączkiem i t. d.

Wykazanie tej różnolitej przyczyny dla tej zmiany nie wyjaśniło jednak jej patogenezy, nie postawiło tak jasno sprawy, jak przy akromegalii, dla której w zaburzeniu wydzielania wewnętrznego przysadki mózgowej (hypophysis), w jej hyperfunkcyi, a w związku z tem i z wpływem na inne gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu (trzustka, jajniki i t. d.), znaleźliśmy wytłómaczenie obrazu chorobowego.

Przypuszczenie Massolongo [3]), że chodzi tu o jakąś »diathesis arthritica lub osteica« — jest słowem bez znaczenia. Badania wymiany materyi przy tej zmianie, jakich dokonali Guérin i Etienne [4]), stwierdzające przejściowe zwiększanie wydalania wapna, a zmniejszenie kwasu fosforowego, — sprawy nie rozjaśniły. Bamberger [5]), stwierdzając tę postać schorzenia układu kostnego, jak wspomniałem, przy jamach oskrzelowych, sądzi, że w rozkładającej się treści tych jam powstają połączenia, które dostawszy się do ogólnego obiegu, stanowią bodziec dla tkanki kostnej; gdy znów przy wadach sercowych tym bodźcem ma być zastój żylny (co się nie zgadza ze spostrzeżeniem klinicznem, bo zmiany te stwierdza się przy wadach serca i bez zastoju żylnego). To znowu w toksynach pewnych (po chorobach zakaźnych), w ostatnich czasach, jak wspomniałem, w toksynach szczególnie gruźliczych lub w trujących substancyach (alkohol) upatrywano bodziec, powodujący tę zmianę, wskazując dla objaśnienia na arsen i fosfor, których działanie drażniące układ kostny farmokologia i klinika stwierdziła. Sprawa patogenezy tego cierpienia, jak widzimy, do dziś dnia nierozjaśniona.

Różnolitość warunków, wśród jakich »ostéoarthropathie hypertrophiante« Mariego występuje, a jednolitość mimoto obrazu klinicznego nasuwa przecież myśl, że wszystkie te różnolite przyczyny wywołują tę postać chorobową, działając na jeden punkt niejako ustroju, a ten dopiero wywołuje jednolitą zmianę.

---

1) Münch. med. Woch. 1901. str. 380.
2) ref. Schmidt's Jahrb. T. 254. str. 240.
3) ref. Schmidt's Jahrb. T. 259. str. 22.
4) ref. Schmidt's Jahrb. T. 254. str. 240.
5) l. c.

Właśnie tę myśl musi nasuwać przypadek, który zamyślam podać, a który odskakuje tak wybitnie odnośnie do etyologii od znanych dotąd przypadków.

W dniu 2. czerwca 1909. przyjęto do kliniki mojej kobietę Józefę H. lat 30 liczącą, która podała następujące wywiady:

Z rodziców chorej żyje matka, zdrowa, lat 78 licząca; ojciec umarł w 72. roku życia. Brat i dwie siostry zdrowe. Dziedziczności w żadnym kierunku wykazać nie można. Prócz odry w dzieciństwie żadnej choroby nie przebywała. Wyszła za mąż w 20. roku życia. Pierwsza regularność wystąpiła w 24 roku życia, miernie obfita; w 14 miesięcy po tej regularności (innej nie było) urodziła jedyną córkę. Po porodzie występowała regularność dwa razy do roku, coraz skąpsza, a ostatnia w styczniu 1909, tylko jeden dzień trwająca. Dwa miesiące przed pojawieniem się pierwszej regularności odczuwała chora ból w nogach, rozpromieniający się ku wielkim palcom. Ból ten ze zmiennem natężeniem miał być w zimie silniejszy, a w lecie mniej dokuczliwy, nie przeszkadzał chorej ani chodzić, ani pracować.

Przed 3 laty zauważyła chora, że obie kostki na goleni równocześnie zgrubiały — zgrubiały i końce palców, bóle się zwiększyły — natężenie bólów i stopień zgrubienia miały ulegać wahaniom, a od zimy 1908 r. zmiany są już stałe i wtedy również zauważyła i zgrubienie palców u rąk i obwodowych części przedramienia. Chora stwierdza sama, że z chwilą zjawienia się peryodu (dwa razy do roku) wszystkie objawy, a zwłaszcza bóle malały, a podczas regularności ostatniej w styczniu b. r. bóle znikły na 6 tygodni, zgrubienia jednak pozostały. Chora w ostatnich czasach zeszczuplała, włosy coraz więcej jej wypadają, śpi źle z powodu bólów w kończynach.

Stan obecny. Chora wzrostu średniego, budowy kośćca wątłej, mięśnie słabo rozwinięte, nigdzie zaniku nie przedstawiają. Skóra blada, podściółka tłuszczowa słabo rozwinięta. Narząd oddechowy i narząd krążenia bez zmian. W jamie brzusznej nic nieprawidłowego wykazać nie można z wyjątkiem powiększonej śledziony. Czynności żołądka i jelit bez zmian. Mocz c. g. 1·028, składu prawidłowego.

Czaszka prawidłowo zbudowana, przy opukiwaniu nie bolesna. W zakresie nn. mózgowych zboczeń się nie stwierdza. Źrenice oddziałują dobrze na światło i akomodacyę. Kości nosa i twarzy zmian nie okazują. Zęby dobrze utrzymane. Wargi nie zgrubiałe, język wielkości prawidłowej, lekko obłożony. Na kończynach górnych stwierdzić można, że dolna część przedramienia t. j. dolna część kości sprychowej i łokciowej tuż nad stawem nadgarstkowym na przestrzeni 5 cm. jest zgrubiała, a stawy nadgarstkowe są zupełnie wolne. Kości śródręcza i III i II członek palców zmian nie okazują — natomiast I członek palców jest wybitnie pałeczkowato zgrubiały, a zgrubiałe paznokcie wyraźnie kabłąkowato zagięte. Na kończynach dolnych okazują się podobne zmiany. Dolna część piszczeli i strzałki znacznie zgrubiałe najwyraźniej w samym dole. Staw skokowy prawidłowy. Kości śródstopia bez zmiany, ostatnie członki palców znów pałeczkowato zgrubiałe, a zgrubiałe paznokcie kabłąkowato zagięte. Skóra wszędzie i nad zgrubieniami prawidłowa, tylko nad zgrubiałymi członkami palców różowsza, lśniąca, może nieco zgrubiała. Badanie promieniami Roentgena potwierdza, że zmiany opisane pochodzą od zmian w układzie kostnym, a ostatnie członki palców przedstawiają charakterystyczny obraz kalafiorowato rozstrzępionych kości. Stawy nigdzie nie zajęte, kręgosłup prosty, bez zmian, w części lędźwiowej przy dotykaniu nieco bolesny. Kości zresztą nigdzie zmian nie przedstawiają.

Czucie wszędzie prawidłowe. Odruchy prawidłowe, tylko odruch gardłowy zniesiony. Narząd wzrokowy (i pole widzenia) zboczeń nie okazuje. Gruczoł tarczowy nie powiększony. Badanie promieniami Roentgena wykazuje prawidłowe rozmiary przysadki mózgowej (hypophysis). Macica mała. Ciepłota prawidłowa. Próba Pirqueta i Calmattea ujemna. Próba Wassermana ujemna. Badanie krwi wykazuje stan następujący: Ciałka czerwone: 4.800.000, Hgl. 70, ciałek białych 2.800, a z tych wielojądrzastych neutr. 57%, wielojądrzastych eozyn. 4%, limfocytów m. 25%, przejściowych 11%, tucznych 1·5%, myeloc. neutr. 1%.

Obraz zmian w układzie kostnym był w przypadku opisanym tak charakterystyczny, iż nie ulegało najmniejszej wątpliwości, że się ma przed sobą zmianę, ujętą przez

Mariego w tę jednostkę chorobową zwaną »ostéoarthropathie hypertrophiante«, tylko z zastrzeżeniem, że przypadek nasz należy do opisanej grupy czystych zmian w układzie kostnym bez zmian w stawach, a więc zasługuje na nazwę »ostéite hypertrophiante«.

Nie ze stanowiska jednak obrazu klinicznego, lecz ze względu na etyologię, mogącą rzucić pewne światło na patogenezę tego cierpienia, przypadek opisany jest ważny. Odnośnie do etyologii odskakuje on od wszystkich znanych przypadków. Nie gra tu roli żadna ze znanych przyczyn. Nie mamy ani zmian w narządzie oddechowym, ani w narządzie krążenia; chora nie przebywała żadnych chorób zakaźnych ostrych z wyjątkiem odry w dzieciństwie, ani przewlekłych (kiła, gruźlica, zimnica, — ujemna próba: Wassermanna, Pirqueta, Calmetta, brak zmian zimniczych we krwi i danych w wywiadach), nie podlegała żadnym zatruciom (alkohol, zmiany w przewodzie pokarmowym), nie przedstawia spraw nowotworowych, ani zboczeń w układzie nerwowym, jednem słowem odskakuje wybitnie w kierunku etyologii od utartych dzisiaj poglądów.

A jednak gdzieś przyczyny szukać trzeba dla zmiany, która od dziesięciu lat zwolna, z natężeniami zmiennemi, u chorej się rozwijała; trzeba ją związać, jeżeli nie z wymienionemi ogólnie przyjmowanemi przyczynami, bo ich u naszej chorej nie było, — to z jakąś zmianą ustrojową, na którą nie zwrócono dotychczas uwagi.

W naszym przypadku mimowoli przyjść musi myśl związania tej sprawy z zaburzeniem tak wybitnem u chorej, na związek z którem ona sama zwraca uwagę. Widzieliśmy, że u tej kobiety 30-letniej, zaledwie w 24. roku życia zjawia się pierwsza regularność, że w dalszych latach zjawia się ona bardzo rzadko, bo tylko dwa razy do roku, i to bardzo skąpa (jeden dzień trwająca), a macica przedstawia się jako »uterus parvus, infantilis«. Wprawdzie raz, po pierwszej regularności w kilka miesięcy, zachodzi w ciążę, mamy jednak prawo powiedzieć, że c z y n n o ś ć j a j n i k ó w u naszej chorej była w wysokim stopniu u p o ś l e d z o n a. Czy źródłem tego czynnościowego zaburzenia był tylko niedorozwój w pewnym kierunku narządu płciowego, co najprawdopodobniejsze wobec małej macicy, czy pierwotnie lub następowo grały tu rolę także zaburzenia i w innych gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu, trudno rozstrzygnąć. Badanie przysadki mózgowej, gruczołu tarczowego — zmian nie wykazywało, pewne zaburzenia mogły jednak istnieć, gdyż np. lewulozurya po 100 gr podanych wystąpiła u naszej chorej wybitnie mimo braku zmian w wątrobie. Idźmy dalej. Sama chora zwraca uwagę, że pierwsze bóle w kończynach zjawiły się koło 20. r. życia (nie miała jeszcze regularności), t. j. gdy w tym okresie życia brakło naturalnego bodźca lub powstał w związku z tem zboczeniem inny patologiczny bodziec, zwraca dalej uwagę sama chora, że rzadkim chwilom zjawiania się peryodu towarzyszyły złagodnienie lub ustanie bólów, a nawet zmniejszenie się zgrubień, że z biegiem lat nietylko rzadkim, ale coraz skąpszym miesiączkom odpowiada coraz wyraźniejsze i stalsze posuwanie się sprawy chorobowej. Jest tu tak wybitny związek między zaburzeniem czynności narządu płciowego a opisaną zmianą, że wyciska on piętno na naszym przypadku, nadaje mu całą ważność, bo usprawiedliwia przypuszczenie, że p r z y c z y n ą o s t a t e c z n ą zmiany w układzie kostnym jest z a b u r z e n i e w w y d z i e l a n i u n a r z ą d ó w o w y d z i e l a n i u w e w n ę t r z n e m.

»Ostéoarthropathie hypertrophiante« zbliżałaby się zatem ku akromegalii nie pod względem obrazu klinicznego, lecz patogenezy, t. j. zaliczałaby się do grupy zmian zawisłych od zaburzeń wydzielania wewnętrznego z tą różnicą, że dla akromegalii mamy już udowodniony bezsprzeczny związek z czynnością (podwyższoną) przysadki mózgowej; dla »ostéoarthropathie hypertrophiante« szukać go dopiero musimy. Szukać go musimy, bo jakkolwiek w naszym przypadku ten związek przyczynowy między zmianą w układzie kostnym, a upośledzeniem czynności narządu płciowego nie ulega wątpliwości, to ani kierunku tego zboczenia nie znamy, ani nie możemy powiedzieć, czy upośledzenie to jest pierwotne (co w naszym przypadku prawdopodobne), czy następowe jako wynik niedorozwoju pewnych gruczołów (gruczoł tarczowy, przysadka) lub istnienia gruczołu, który zaniknąć w tym okresie życia powinien (grasica itd.). Uderza np. w naszym przypadku zachowanie się krwi, która wykazuje tak wybitną leukopenię z charakterem limfemicznym, a które to cechy krwi stwierdziłem przy tak zwanym »status lymphatico-thymicus«, to też nasuwała się np. myśl, czy w naszym przypadku niema grasicy przetrwałej (thymus persistens), badanie jednak fizyczne (stłumienie nad rękojeścią mostka) i promieniami Roentgena dało w tym kierunku wynik ujemny. W niektórych ogłoszonych spostrzeżeniach uderza znowu, że niekiedy stwierdzono w przypadkach »ostéoarthropathie hypertrophiante« pewien zaledwie zaznaczony odcień rysów akromegalicznych, np. wysunięcie szczęki, co znowu świadczyćby mogło, że w pewnych przypadkach podnosi się czynność przysadki mózgowej, a o związku czynności przysadki mózgowej z czynnością narządu płciowego mamy dość już danych, choćby przytoczyć zmiany w przysadce, zachodzące w czasie ciąży. Zawisłość czynności jednego gruczołu o wewnętrznem wydzielaniu z drugim, a stąd i wpływ ich na obraz kliniczny jest nam dzisiaj znany, — i to jest powód, że mimo tak wybitnego zaburzenia czynności narządu płciowego, jak u naszej chorej i niezaprzeczonego związku ze zmianą chorobową w układzie kostnym, wstrzymuję się od upatrywania przyczyny tylko w zmianach czynności narządu płciowego. W każdym razie przypadek nasz poucza, że przyczyny dla »ostéoarthropathie hypertrophiante«, podobnie jak dla akromegalii, szukać winniśmy w zaburzeniu wewnętrznego wydzielania; w tym kierunku powinniśmy skierować nasze usiłowania przyszłych badań; wtedy zrozumiałą nam się stanie patogeneza tej sprawy, objaśniająca nam, dlaczego tak różnolite przyczyny wywołują jednakowy obraz chorobowy, bo wszystkie one, chociaż różnemi drogami, wywołują jeden skutek, t. j. zaburzenie czynności w pewnym kierunku któregoś gruczołu o wewnętrznem wydzielaniu. Oto kierunek przyszłych badań dla rozjaśnienia patogenezy »ostéoarthropathie hypertrophiante«.

Naczynia limfatyczne w świetle nowszych badań

Podał

H. Hoyer.

W ostatnich 50 latach, które odznaczają się olbrzymim postępem w badaniach nad rozwojem i budową tkanek i narządów, badania nad rozwojem układu limfatycznego nie posunęły się prawie wcale naprzód. Wyrazem tego są podręczniki embryologii; w starszych jak w podręczniku Balfoura (1881) rozwój naczyń limfatycznych omówiony jest na pół kartce, a w kilkutomowem dziele zbiorowem, wydanem pod redakcyą Hertwiga w roku 1906, poświęcono temu przedmiotowi 2 kartki.

Przyczyny tego szukać należy w mniejszym stopniu w trudnościach technicznych badań, niż raczej w głęboko zakorzenionym poglądzie, że naczynia limfatyczne rozpoczynają się końcami otwartymi w lukach i szczelinach tkanek.

To też zbadanie rozwoju naczyń, nie mających zamkniętych zakończeń, musiało wydawać się każdemu pracą bezowocną, ponieważ trudno sobie wyobrazić metodę, jaką należałoby obrać dla tego rodzaju badań.

Pomijając zapatrywania dawniejszych badaczy nad początkami naczyń limfatycznych, przytaczam tylko te, które opierają się na badaniach histologicznych. Virchow i Donders (1851) wykazali pierwsi, że w tkance łącznej istnieją gwiazdkowate komórki, którym Virchow nadał nazwę ciałek tkanki łącznej i które utożsamiał z komórkami chrząstki i kości. Komórki tkanki łącznej zawierałyby według niego płyn plazmatyczny i jądra, a łącząc się między sobą licznemi rurkowatemi zespoleniami, tworzyłyby wraz z wypustkami układ drobnych kanalików. Kanaliki, znajdujące się wszędzie tam, gdzie jest tkanka łączna, stanowiłyby początki naczyń limfatycznych. W myśl Virchowa przedstawił nawet Leydig (1857) drogę, pośredniczącą między naczyniami krwionośnemi i limfatycznemi, w swym podręczniku na schematycznej rycinie (str. 403). Teoryę Virchowa Recklinghausen (1862) zmienił i pogłębił znacznie. Badając ciałka tkanki łącznej Virchowa w rogówce, w ścięgnach, w błonach ścięgnistych, powięziach i tkance podskórnej, dochodzi on do wniosku, że między włóknami tkanki łącznej istnieją szczelinowate przestwory, które między sobą stoją w połączeniu za pośrednictwem drobnych kanalików. W tych przestworach mieściłyby się ciałka czyli komórki tkanki łącznej. Zapomocą nastrzykiwań udało się Recklinghausenowi wykazać związek tych przestworów i kanalików z naczyniami limfatycznemi. Stąd wnosi on, że początku naczyń limfatycznych należy szukać w przestworach tkanki łącznej, w których mieszczą się komórki, ale które nie mają swych ścian. Przestwory te nazwał szczelinami limfatycznemi (Saftkanälchen). Brücke (1854) omawia sprawę początków naczyń limfatycznych ze stanowiska fizyologicznego i uważa istnienie zamkniętych zakończeń za niemożliwe, ponieważ parcie płynu w tkankach musiałoby zacisnąć delikatne naczyńka limfatyczne i sprowadzić w nich ruch limfy do minimum. Ponieważ wchłanianie w jelicie i w tkankach odbywa się, jak wiemy, dość szybko, zatem i prąd limfy porusza się w naczyniach widocznie z dość znaczną szybkością. Końce naczyń więc nie mogą być zamknięte, lecz otwarte, sięgające w szczeliny i luki tkanek. Brücke wygłosił zapatrywanie swoje jako teoretyczny postulat, który później dopiero na podstawie badań histologicznych Recklinghausena otrzymał pewne uzasadnienie morfologiczne. Podobne stanowisko jak Brücke zajął także fizyolog Ludwig wraz ze swoją szkołą.

W przeciwieństwie do zapatrywań tych autorów stoi Teichmann (1861), który twierdzi, że naczynia limfatyczne przedłużają się wprawdzie w komórki, w nich jednak się kończą. Komórki te miałyby kształt gwiazdzisty i łączyłyby się między sobą swemi wypustkami, tworząc w błonach siateczkowaty układ kanalików, w brodawkach zaś skóry i języka jak i w kosmkach jelita kończyłyby się kanalikami zamkniętymi. Teichmann nazywa te komórki chłonnonaczyniowemi (Saugaderzellen) i odróżnia je od ciałek tkanki łącznej Virchowa i Leydiga.

Dla wyjaśnienia dodać tu należy, że ograniczenie naczyń komórkami śródbłonkowemi wówczas nie było jeszcze znane. Komórki śródbłonka w błonach surowiczych i w ścianach naczyń limfatycznych wykazał pierwszy Recklinghausen, a w ścianach naczyń krwionośnych Hoyer sen. w r. 1865, a następnie Klebs, Auerbach, Eberth i Aeby. Ponieważ Teichmann ściśle odróżniał komórki chłonnonaczyniowe od komórek tkanki łącznej, nie ma wątpliwości, że wówczas widział komórki śródbłonka ogradzające naczynia. Stanowisko Teichmanna, przynajmniej co do końców zamkniętych naczyń chłonnych w kosmkach jelita, nie było zupełnie odosobnione. Zakończenia zamknięte przyjmowali tak poważni autorowie, jak J. Müller, Schwann, Henle, Kölliker i Hyrtl. Dla reszty naczyń limfatycznych przyjmowano zakończenia otwarte, o czem świadczy ogromna ilość prac histologicznych, histologiczno-doświadczalnych i histologiczno-patologicznych, opierających się na teoryi Recklinghausena. Jednym z głównych powodów rozpowszechnienia tej teoryi było zastosowanie rozmaitych metod, jak srebrzenia i złocenia tkanek, odmiennych od metody Teichmanna. Dopiero w ostatnich czasach badacze, stosując według wskazówek Geroty metodę nastrzykiwania naczyń limfatycznych dla dokładnego zbadania ich topografii w ciele ludzkiem, stwierdzają ponownie, że rozpoczynają się one zamkniętymi końcami.

Wobec takiego stanu rzeczy, nie należy się dziwić, że nie zajmowano się prawie wcale rozwojem naczyń limfatycznych. Jedyne prace, dotyczące rozwoju, ogłosili Langer (1866 i 1868), Budge (1880 i 1882), Jourdain (1882) i Weliky (1884 i 1889). Langer, Jourdain i Weliky zajmują się układem limfatycznym kijanek, mianowicie Langer opisuje ułożenie naczyń w ogonku, Jourdain na głowie i omawia stosunek naczyń do późniejszych worków, a Weliky serca limfatyczne. Z prac tych nie dowiadujemy się jednak niczego o właściwym rozwoju układu limfatycznego, ani też nie otrzymujemy całkowitego obrazu układu i jego stosunku do układu naczyń krwionośnych, ponieważ zawierają tylko opis pewnych okolic ciała. Tylko z prac Rougeta (1873) i Köllikera (1885), przeprowadzonych również nad naczyniami limfatycznemi w ogonie kijanek, dowiadujemy się, że naczynia limfatyczne rozrastają się drogą pączkowania w ten sam sposób, jak naczynia krwionośne.

Nieco dalej ku pierwszym początkom rozwoju sięgają

prace Budgego, który badał naczynia limfatyczne w rozwijającem się kurczęciu. Budge rozróżnia obieg limfatyczny pierwotny, zawiązujący się w tarczy zarodkowej i rozprzestrzeniający się na woreczku żółtkowym i obieg wtórny, który bierze początek w omoczni (allantois) i wnika wraz z naczyniami krwionośnemi do wnętrza ciała.

Równocześnie wykazał Budge istnienie serc limfatycznych kurczęcia w kącie między kośćmi miednicy i kością ogonową. Serca te są czynne tylko do czasu wykłucia się kurczęcia, następnie zaś giną. I prace Budgego stanowią tylko małe przyczynki do sprawy rozwoju naczyń limfatycznych, których opis obiegu pierwotnego w tarczy naczyniowej przez późniejszych badaczy nie został (Sabin 1902, Mierzejewski 1910) potwierdzony.

Dalsze badania nad rozwojem naczyń limfatycznych podjęte zostały przez sędziwego Ranviera, który pracę swą z roku 1895 rozpoczyna następującem zdaniem: »On ne sait rien ou presque rien sur le développement des vaisseaux lymphatiques«. Badając zapomocą nastrzykiwań naczynia limfatyczne w uchu królika, w krezce i skórze zarodków świni i w skórze żaby, dochodzi on do wniosku, że naczynia te powstają przez pączkowanie, wyrastając od ośrodków, t. j. żył, w kierunku obwodowym. Ranvier uważa układ limfatyczny za wielki gruczoł naczyniowy, który ma swój początek embryologiczny w układzie żylnym i który doprowadza swoje produkty wydzielnicze również do żył. Z wielką stanowczością broni Ranvier zapatrywania o zamkniętych zakończeniach naczyń limfatycznych.

Ta zasadnicza zmiana w zapatrywaniach na końce naczyń limfatycznych wpłynęła bardzo korzystnie na wszystkie dalsze badania, zwłaszcza na pracę Amerykanina Mac Callum (1902), zajmującą się stosunkiem naczyń limfatycznych do tkanki łącznej. Mac Callum nietylko powtórzył prawie wszystkie badania Recklinghausena, lecz znacznie je rozszerzył, biorąc do badań skórę zarodków świń. Nastrzykawszy w niej naczynia limfatyczne zapomocą strzykawki Prawatza, badał je po odpreparowaniu pod mikroskopem, albo już odpreparowaną skórę nastrzykiwał pod mikroskopem dwuocznym. Preparaty barwił i rozpatrywał bezpośrednio lub też na skrawkach. W żadnym przypadku nie widział połączenia naczyń limfatycznych z przestworami sokowymi poza naczyniami. Przestwory w tkance wypełniały się jedynie wówczas, gdy naczyńko jakieś przerwało się pod ciśnieniem masy. Wynaczyniona masa użyta do wstrzykiwań (błękit pruski albo rozczyn azotanu srebra) rozlewały się w tkance, wnikając we wszystkie przestwory. Nie udało mu się również wykazać w naczyniach limfatycznych otworków (stomata), które opisał Recklinghausen, które stanowiłyby drogę do przestworów sokowych. Drobnoziarniste ciała, jak karmin i cynober, wprowadzone do jamy ciała lub do naczyń krwionośnych przenoszą, zdaniem Mac Calluma, fagocyty do naczyń limfatycznych. Najważniejszym jednak wynikiem, do którego doszedł ten badacz, jest wykazanie ślepych zakończeń naczyń limfatycznych, w których płyn użyty do wstrzykiwań nie dał się żadną miarą przesunąć dalej bez naruszenia ścianki. W innym przypadku można było wcisnąć wstrzyknięty płyn w naczynie tylko na pewnej przestrzeni, dalsze przedłużenie naczynia tworzył niedrożny, jeszcze lity sznur komórek, między któremi miało dopiero tworzyć się światło. Wyniki tej pracy były więc wręcz przeciwne wynikom pracy Recklinghausena.

Zapoznawszy się z pracą Mac Calluma w manuskrypcie, bada panna Sabin już systematycznie rozwój naczyń limfatycznych u zarodków świń i ogłasza w tym samym roku co i Mac Callum (1902) najgłówniejsze wyniki swych badań. U zarodka świni, mającego 14 mm długości, odpowiadającego 5-tygodniowemu ludzkiemu, nie ma jeszcze śladu naczyń limfatycznych podskórnych, istnieją natomiast naczynia krwionośne, które dają się nastrzykać. Po długich mozolnych próbach doszła panna Sabin do przekonania, że pierwsze naczyńka podskórne pojawiają się u zarodków, mających 2,5 cm długości, w postaci małych krzaczków, wyrastających z głębi po obu stronach szyi nad stawem barkowym. U zarodka, mającego 3 cm długości, rozchodzą się te naczyńka promienisto z tego ośrodka w 3 głównych kierunkach, mianowicie między uchem i okiem, za uchem na kark i na łopatkę. U 4,3 cm długich zarodków naczynia te rozprzestrzeniają się jeszcze więcej, zwłaszcza pęczki karkowe i łopatkowe, które łączą się z obu stron na grzbiecie. Nadto pojawia się w okolicy pachwinowej bezpośrednio nad grzebieniem kości biodrowej pęczek naczyń, tworzący nowy ośrodek promieniowania. U zarodków 5,5—6,5 cm długich cała powierzchnia ciała jest już pokryta nieprzerwaną siecią naczyń, które łączą się między sobą w linii środkowej ciała i zachodzą na głowę i odnóża. Młodsze zarodki, u których metoda nastrzykiwań nie dała się zastosować, badała panna Sabin w skrawkach kolejnych.

Otóż okazało się, że u zarodków, mających 14,5 mm długości, wyrasta w miejscu połączenia się żył (v. cardinalis i subclavia) ślepo kończący się pęcherzyk, ogrodzony śródbłonkiem, który łączy się bezpośrednio ze śródbłonkiem żył. Z niego powstaje z biegiem czasu wyżej wspomniany pierwszy ośrodek rozpromieniania się nad stawem barkowym. Pracą tą potwierdziła panna Sabin zapatrywania Ranviera o powstaniu układu limfatycznego z żył, wykazała jego rozrost ku częściom obwodowym ciała, a nadto dała obraz układu podskórnego, który uzupełniła jeszcze pracą ogłoszoną w r. 1904.

Badania te zachęciły cały szereg innych badaczy amerykańskich do dalszej pracy. W r. 1905 ogłasza Lewis pracę o rozwoju naczyń limfatycznych królika. Ponieważ badał stosunki te tylko na skrawkach kolejnych bez poprzedniego nastrzykiwania, porównując je tylko z odpowiednimi zarodkami świni i kota, dochodzi badacz ten do nieco odmiennych wyników, niż p. Sabin. Wprawdzie i on wyprowadza układ limfatyczny z żył, twierdzi jednak, że z głównych pni żylnych powstają drobne gałązki, które następnie tracąc swój związek z żyłami, zlewają się między sobą, tworząc samodzielny układ, który łączy się dopiero następowo w miejscu ujścia przewodu piersiowego z żyłami. Odmienne stanowisko Lewisa tłómaczy się metodą, którą się posługiwał i przedmiotem, który badał, zwracając uwagę głównie na rozwój pni limfatycznych, a przedewszystkiem przewodu piersiowego.

Jeszcze inne poglądy co do pierwszych okresów rozwoju wygłaszają Mc Clure i Huntigton w szeregu publikacyi (1908—1910), opierając się na badaniach nienastrzykanych skrawków kolejnych z licznych zarodków kota. Według nich wytwarzają się liczne zawiązki układu limfa-

tycznego zupełnie niezależnie od żył, jednak wzdłuż przebiegu głównych pni jako przestwory w tkance łącznej.

Przestwory te, odgrodzone śródbłonkiem, zlewają się następnie między sobą, tworząc zawiązek przewodu piersiowego. Przedni koniec przewodu piersiowego jest pochodzenia innego, mianowicie wytwarza się z licznych drobnych żył, które oddzielając się od głównego pnia żylnego, zlewają się ze sobą. Skutkiem tego wytwarza się większa przestrzeń, nazwana z powodu swego położenia workiem limfatycznym szyjnym, który za pośrednictwem małego naczyńka, jednak niestałego i niedefinitywnego, stoi w związku z głównym pniem żylnym. Otóż z tym workiem łączy się ów przewód piersiowy, powstały zupełnie niezależnie od worka, w jedną całość. Ujście worka przy zbiegu żyły szyjnej i podobojczykowej wytwarza się dopiero później i następowo. Prócz tego mogą nastąpić jeszcze dalsze stałe połączenia wtórne między przewodem piersiowym i pniami żylnymi, jak to wykazał Silvester u jednego gatunku małp w okolicy nerkowej. Według badań Baetjera (1908) wytwarza się w korzeniu krezki w ten sam sposób worek limfatyczny, jak i szyjny, z poszczególnych zawiązków żylnych, które łączą się w jedną całość, a następnie z dolnym końcem przewodu piersiowego.

Taką samą drogę rozwoju przyjmuje panna Sabin na podstawie dalszych badań dla worka szyjnego, prostując pierwotne zapatrywanie. Zestawiając z tymi wynikami badania Pensy (1907) i Mierzejewskiego (1909) u zarodków ptaków, Polińskiego (1910) u zarodków bydła rogatego i Sabin (1909) u człowieka, nie ulegałoby wątpliwości, że u wyższych kręgowców worek limfatyczny szyjny powstaje z drobnych, tworzących splot naczyń żylnych.

U kijanek żab rozwój tej części układu limfatycznego jest wielce uproszczony (Hoyer 1908), ponieważ z gałązki (v. intersegmentalis) głównego pnia (v. cardinalis ant.) wyrasta zawiązek ślepo się kończący, który przekształca się następnie na pęcherzyk, odpowiadający swem położeniem wyrostkowi limfatycznemu szyjnemu, lecz stanowiący późniejsze przednie serce limfatyczne, które posiada w ściankach swych mięśnie prążkowane i kurczy się rytmicznie.

Co się tyczy rozwoju dalszych części układu limfatycznego, to wynika z powyższego zestawienia, że dla przewodu piersiowego przyjmuje się 3 sposoby rozwoju, mianowicie przez rozrost pierwotnego zawiązka worka szyjnego ku tylnym częściom ciała (Sabin), przez rozszczepienie się głównych pni żylnych na naczynie do żyły równoległe biegnące, z którego powstaje przewód piersiowy (ductus thoracicus) (Lewis), a nareszcie z przestworów w mezodermie, niezależnie od żył (Mc Clure i Huntigton). Które z tych zapatrywań jest słuszne, okaże się dopiero z dalszych badań. Wobec bardzo niestałych form, jakie zdarzają się w układzie limfatycznym w ogólności, nie jest wyłączonem, że w przebiegu pni żylnych mogą powstać z nich liczniejsze zawiązki dla głównych pni limfatycznych, prócz zawiązka dla worka szyjnego. Dowodem tego jest stałe połączenie między żyłą i przewodem piersiowym, opisane przez Sylvestra, u małpy, dalej worek krezkowy, wykazany przez Baetjera, nareszcie przez Wutzera dokładnie stwierdzony przypadek trzykrotnego połączenia między przewodem piersiowym i żyłą nieparzystą (vena azygos) u człowieka. Wszystkie tego rodzaju połączenia uważam jednak za pierwotne, nie zaś za wtórne, jakby to wynikało z zapatrywań Mc Clurea i Huntingtona.

W ustroju płazów, gadów i ptaków istnieje nadto jeszcze jedno miejsce, w którem układ żylny łączy się z układem limfatycznym albo na stałe albo czasowo, mianowicie okolica nasady ogona. W ścisłym związku z żyłami intersegmentalnemi ogonowemi pozostaje pęcherzyk, który odpowiada workowi szyjnemu i różnicuje się na tylne serce limfatyczne. U płazów powstaje ono według badań Barańskiego (1911) bezpośrednio ze ścian żyły. U gadów według Stromstena (1910) z przestworów w tkance, które następnie dopiero łączą się z żyłami, u ptaków według Sali (1900) i Mierzejewskiego w związku z żyłami. Serca tylne odprowadzają limfę z tylnej części ciała do żył, istnieją przez całe życie u płazów, gadów i pewnych ptaków wodnych, u kurakowatych zaś są tworami przemijającymi, znikającymi po wykłuciu się z jajka. U zwierząt ssących dotychczas nie wykazano w tem miejscu połączenia między układem żylnym i limfatycznym, nie jest ono jednak i tutaj wyłączonem. Wskazują na to badania panny Sabin, która pierwsza stwierdziła u zarodków świni istnienie t. zw. worków limfatycznych tylnych, które w pierwszej swej pracy wprost nazywa tylnemi sercami limfatycznemi. Z nich powstałyby tylne ośrodki rozpromieniania się dla naczyń podskórnych. Byłoby więc możliwem, że połączenie to pierwotnie istnieje, że jednak później, gdy naczynia limfatyczne podskórne tylnej części ciała połączyły się z naczyniami przedniej części, staje się zbytecznem i ginie.

O ile rozwój przewodu piersiowego z powodu stosowania rozmaitych metod i użycia rozmaitego materyału przez autorów nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniony, to zapatrywania autorów co do powstawania naczyń obwodowych są zupełnie zgodne. Wszyscy podzielają zdanie dawniejszych badaczy, mianowicie, że naczynia limfatyczne rozwijają się jak krwionośne — przez pączkowanie. Dalszych dowodów na to przysporzyły badania Goldfingerówny 1907), Clarka (1909) i Dziurzyńskiego (1911), którzy badali zachowanie się naczyń limfatycznych w odradzających się kończynach, względnie ogonie prawidłowym i odradzającym się kijanek i którzy wszyscy stwierdzają rozrost naczyń limfatycznych w kierunku obwodowym, jednak dopiero po zawiązaniu się naczyń krwionośnych.

W obręb badań nad układem limfatycznym wciągnięte zostały także ryby (Trois, Favaro, Allen, Możejko) i gady (Stromsten), spodziewać się więc należy, że badania najbliższych lat przyniosą materyał dostateczny do opracowania morfologii układu limfatycznego, choć i teraz już na podstawie dotychczasowych badań pewne wnioski są dopuszczalne. Mianowicie można przyjąć, 1) że układ limfatyczny rozwija się dopiero po zawiązaniu się układu krwionośnego, 2) że rozwija się w ścisłym związku z nim zupełnie symetrycznie po obu częściach ciała, 3) że rozrasta się od środka ciała ku obwodowi, i 4) że gałązki jego obwodowe są stale ślepo zakończone.

O wartości praktycznej klinicznych sposobów pomocniczych badania wysięków i przesięków.

Podał

Władysław Janowski.

Celem niniejszej notatki nie jest gruntowne omówienie oznaczonego w tytule przedmiotu. Stanowić to będzie zadanie obszerniejszej pracy, którą mamy zamiar ogłosić wspólnie z kol. Witoldem Ettingerem po nagromadzeniu materyału znacznie większego od tego, którym w chwili obecnej rozporządzam. W niniejszej notatce opieram się mianowicie na dokładniejszem zbadaniu 248 przypadków przesięków i wysięków. Badań pomocniczych nie można było z różnych względów dokonać wszystkich w każdym z poszczególnych przypadków. W ten sposób ciężar właściwy przesięków i wysięków określiliśmy 248 razy; białko — 225 razy; próbę Rivalty wykonaliśmy 200 razy; badanie kryoskopowe przeprowadziliśmy 147 razy, dokładne badanie cytologiczne osadu — 211, określenie zaś lepkości zapomocą wiskozymetru Hürthlego — 46 razy.

Na zasadzie otrzymanych dotąd wyników pragnę tu wypowiedzieć w krótkości tylko wnioski praktyczne, nie wchodząc w roztrząsanie tych przyczyn, które składają się na mniejszą lub większą wartość każdego z używanych dotąd w klinice sposobów pomocniczego badania przesięków i wysięków. Zaznaczę tu tylko ogólnikowo, że sposoby te są jeszcze zbyt proste, ażeby każdy z nich poszczególnie zdołał rozwiązać z dokładnością, pożądaną chociażby do celów praktycznych, pytania, nasuwające się przy rozważaniu tak złożonego zjawiska biologicznego, jakiem jest w każdym przypadku powstanie wysięku lub przesięku.

1. Co się tyczy ciężaru właściwego, to określaliśmy go w przesiękach ogółem 91 razy, a mianowicie w 43 przesiękach z jamy otrzewnej, w 43 — z jamy opłucnej i w 5 płynach obrzękowych, otrzymanych przez nakłucie kończyn dolnych. W wysiękach badanie to przeprowadziliśmy 120 r., a mianowicie 21 r. badaliśmy wysięki otrzewne, 100 r. — wysięki opłucne i 1 r. wysięk z otoczki jądrowej (hydrocele). Pozatem badaliśmy 33 razy płyn otrzymany przez nakłucie lędźwiowe z opon mózgowych. Przy badaniach tych doszliśmy już od szeregu lat do wniosku, że zarówno w przesiękach, jak i w wysiękach, ciężar właściwy waha się w granicach znacznie większych od tych, które podawane są w znanych podręcznikach dyagnostyki ogólnej oraz patologii i terapii szczegółowej. Wskutek dawnych badań Reussa, Runeberga i wielu in., których nazwisk tu nie przytaczam, gdyż w niniejszej pobieżnej notatce piśmiennictwo, nawet swojskie, zupełnie pomijam, rozpowszechnił się pogląd, jakoby dla przesięków otrzewnych cechującym był ciężar właściwy niżej 1012, a dla opłucnych niżej 1015, podczas gdy ciężar wyższy od 1018 ma zarówno dla płynu z jamy opłucnej, jak i otrzewnej, być dowodem, że jest on pochodzenia zapalnego.

Twierdzeniu temu przeczą stanowczo spostrzeżenia, porobione oddawna na moim oddziale. Załączona tu krzywa I wykazuje mianowicie, że wprawdzie ciężar właściwy przesięków otrzewnych wahał się w naszych przypadkach najczęściej między 1010—1013, może on jednak dochodzić do 1005, a, co najważniejsza, wynosić 1014, 1015, 1016, 1018, 1019, 1020, a nawet 1021 w przypadkach, w których pochodzenie przesiękowe płynu nie ulegało żadnej wątpliwości.

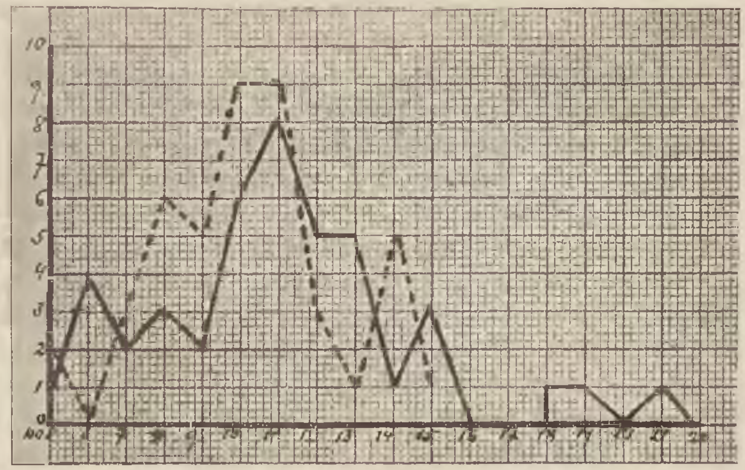


Fig. I. Krzywa ciężaru właściwego przesięków.
Linia ciągła — przesięki z jamy otrzewnej.
» kropkowana — z jamy opłucnej.
Rzędna wskazuje liczbę przypadków,
odcięta — ciężar gatunkowy powyżej tysiąca.

Ciężar właściwy przesięków z jamy opłucnej nie przekraczał w naszych przypadkach 1015, co przez analogię ze spostrzeżeniami, dotyczącemi przesięków z jamy otrzewnej, skłonny jestem uważać za rzecz w dotychczasowych mych spostrzeżeniach przypadkową. Widać z nich w każdym razie, że ciężar właściwy przesięków jamy opłucnej nie jest co do przeciętnych przypadków wyższym, niż przesięków z jamy otrzewnej: najczęściej wahał się w naszych przypadkach od 1008—1011.

Co się tyczy wysięków, to krzywa II przeczy powyżej przytoczonym poglądom również w sposób dość wyraźny. Ciężar właściwy wysięków otrzewnych przekraczał 1018 zaledwie w 8 przyp. (na 21 badanych), wahał się w granicach od 1012 do 1018 9 razy, 4 zaś razy wahał się w granicach uchodzących za absolutnie pewne dla przesięków, a mianowicie 1011, 1009, a nawet 1007. — W wysiękach opłucnych, których zbadaliśmy ogółem 100 przypadków, znaleźliśmy ciężar właściwy wyżej 1018 zaledwie 29 razy, 54 razy wahał się on w granicach 1015—1018, a 17 razy wypadł tak nizko, iż wzięty sam przez się przemawiałby stanowczo za rozpoznaniem przesięku. Wynosił on mianowicie 2 razy —1014, 4 r. 1013, 6 r. —1012, a nawet 3 r. — 1011, raz — 1009 i raz 1007.

Z powyższego krótkiego zestawienia wynika, iż odróżnienie płynu wysiękowego od przesiękowego otrzewnej i opłucnej nie jest na zasadzie określenia jego ciężaru właściwego możliwe, gdyż liczby krańcowo nizkie mogą się zdarzać przy wysięku, a krańcowo wysokie — przy przesięku.

Ta sama uwaga dotyczy płynu mózgowo-rdzeniowego. Z 33 płynów mózgowo-rdzeniowych, w których określiliśmy ciężar właściwy, w 13 przypadkach zapalnych wahał się on w granicach od 1004—1008, a mianowicie wynosił 1 raz — 1004, 6 r. — 1005, 5 r. — 1006; 1 r. — 1008. W pozostałych 20 przypadkach pochodzenia niezapalnego granice wahań były te same, a mianowicie 1 r. — 1004,5, 5 r. — 1005, 9 r. — 1006, 3 r. — 1007, 1 r. 1008, a tylko 1 r. — 1002.

W końcu pragnę zaznaczyć, iż ciężar właściwy płynu

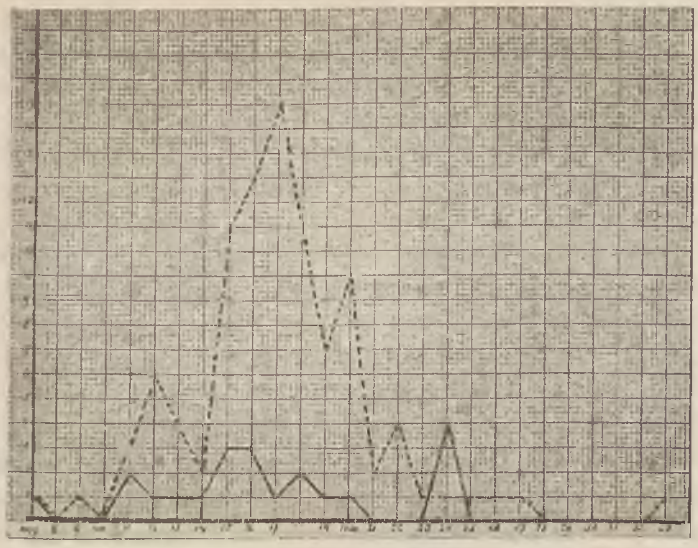


Fig. II. Krzywa ciężaru właściwego wysięków.
Linia ciągła — przesięki z jamy otrzewnej,
» kropkowana — z jamy opłucnej.
Rzędna wskazuje liczbę przypadków,
odcięta — ciężar gatunkowy powyżej tysiąca.

przesiękowego wydobytego drogą nakłucia z tkanki podskórnej kończyn dolnych w ilości od kilku do kilkunastu litrów, określiliśmy 5 razy, przyczem wyniósł on 2 razy — 1005 i po 1 r. 1006, 1008, 1009.

2. Przechodząc do omówienia określenia białka w płynach przesiękowych i wysiękowych, zaznaczam na wstępie, iż określaliśmy je metodą, niemogącą mieć najmniejszej pretensyi do zupełnej dokładności, a mianowicie zapomocą przyrządu Essbacha. Płyny badane rozcieńczaliśmy 5 lub 10 razy i stawialiśmy je zwykłym sposobem na 24 godziny. Jedynie płyny, w których spodziewaliśmy się bardzo niewielkiej ilości białka, mieszaliśmy z płynem Essbacha bez rozcieńczenia. W ten sposób zbadaliśmy 82 płyny przesiękowe, a mianowicie 40 z jamy otrzewnej, 42 z jamy opłucnej, 112 płynów wysiękowych, a mianowicie 20 z jamy otrzewnej, 92 z jamy opłucnej, 31 płynów mózgowo-rdzeniowych i 4 wydobyte z tkanki podskórnej kończyn dolnych. Okazało się przytem, że otrzymywane przez nas wyniki są również niezgodne z przyjętemi normami. Podczas gdy podręczniki podają, że za przesięk może być napewno uważany dopiero płyn z jamy otrzewnej, zawierający niżej 1,5%, w naszych przypadkach, jak widać z załączonej krzywej III, odpowiadał on tej zasadzie tylko 10 razy, zawierał 1,5% białka 9 razy, a wyżej tej normy 21 razy, dochodząc przytem do 2% (6 razy), $2^1/_4$% (2 razy), $2^1/_2$ (2 razy), 3% i $3^1/_2$% (po 1 r.), 4% (3 r.), a nadto po razie — 4% i 4,8%. — Analogiczne, chociaż mniej jaskrawe wyniki otrzymaliśmy i co do przesięków z jamy opłucnej. Podczas gdy za cechującą dla przesięków opłucnej uważana jest zawartość białka niżej $2^1/_2$%, w naszych dwu spostrzeżeniach płyn zawierał po $2^1/_2$% białka, w 2 — po 3%, w 1 — 3,5%, w 1 — 4%. — Krzywa III wykazuje przytem brak zasadniczej różnicy w zawartości białka w przesiękach otrzewnych i opłucnych, gdyż odpowiednie krzywe dla granic od 0,75% białka do $2^1/_2$% białka idą prawie równolegle do siebie. W płynie przesiękowym wypuszczonym z tkanki podskórnej kończyn dolnych znaleźliśmy 1 raz 1,4‰ białka, 1 raz $1^3/_4$‰, a 2 razy po 2‰.

Co się tyczy wysięków, to dla płynów otrzymanych z jamy otrzewnej określiliśmy 3 razy 1,15% białka, w pozostałych zaś, jak widać z krzywej IV, liczby od 3% — 5%. Jednakże 2 przypadki gruźlicy otrzewnej odbiegają od przy-

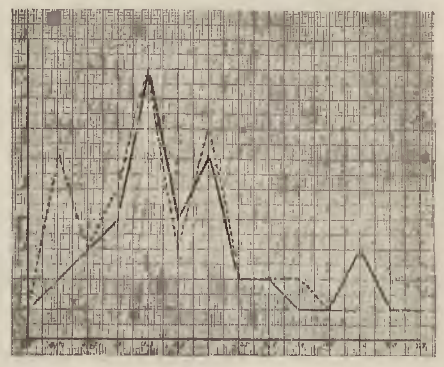


Fig. III. Krzywa zawartości procentowej białka w przesiękach.
Linia ciągła — przesięki z jamy otrzewnej.
» kropkowana — przesięki z jamy opłucnej.
Rzędna oznacza liczbę przypadków,
odcięta zaś — procentową zawartość białka.

jętej normy rażąco, wykazując raz zaledwie 1% białka i raz zaledwie — 0,75%. Dlatego przypuszczam, iż przy materyale większym (gdyż dotychczasowy mój był na tym punkcie wyjątkowo mały) podobne sprzeczności dadzą się stwierdzić znacznie częściej. Wszystko bowiem przemawia za analogicznością zjawisk pomiędzy płynami, otrzymanymi z jamy otrzewnej i z jamy opłucnej. Określanie zaś białka w wysiękach opłucnych wykazuje, iż płyn ten zawierał w naszych 17 przypadkach tak mało białka (1%, 1,5%, 2% to ostatnie 13 razy), iż nie odpowiadało ono nawet granicom, dopuszczalnym dla przesięków. W 15 przypadkach stwierdziliśmy $2^1/_2$% białka, a dopiero w pozostałych 6 razach liczby wyższe, jak to widać z załączonej krzywej IV, wykazującej, iż wysięk opłucny zawierał najczęściej 3%—5% białka, czasami nawet 6% i 7%, a raz nawet 10% białka.

Zestawienie procentowej zawartości białka w przesiękach i wysiękach wykazuje jednak w naszym materyale nie tylko możność znalezienia bardzo niewielkiej ilości białka w przypadkach wysięków. Materyał ten przeczy nawet temu, zdałoby się, więcej oględnemu twierdzeniu, rozpowszechnionemu w książkach, podług którego ilości od 4% białka, stwierdzane w jakimkolwiek płynie, mają przemawiać za wysiękowem jego pochodzeniem. Krzywa III wykazuje mianowicie 6 przypadków, przeczących temu twierdzeniu.

Dotychczasowe moje doświadczenie co do płynu mózgowordzeniowego wykazuje również, iż z zawartości białka w nim nie można przesądzać o zapalnym lub niezapalnym charakterze wydobytej cieczy. Gdy bowiem na 20 badań, dotyczących płynu niezapalnego, stwierdziliśmy ilość białka od niedającego się określić śladu do 2,5 pro mille, w płynach wydobytych z przypadków zapalenia gruźliczego lub zwykłego surowiczego opon mózgowych ilość białka wahała się 12 razy od śladu białka (2 razy) do 2,5 pro mille, a tylko raz w ciężkim śmiertelnym przypadku ropnego zapalenia opon mózgowych wyniosła 4 pro mille.

Ponieważ ilość białka w badanej cieczy, o ile jest znaczna, przemawiać miała, według dawnych prac i podrę-

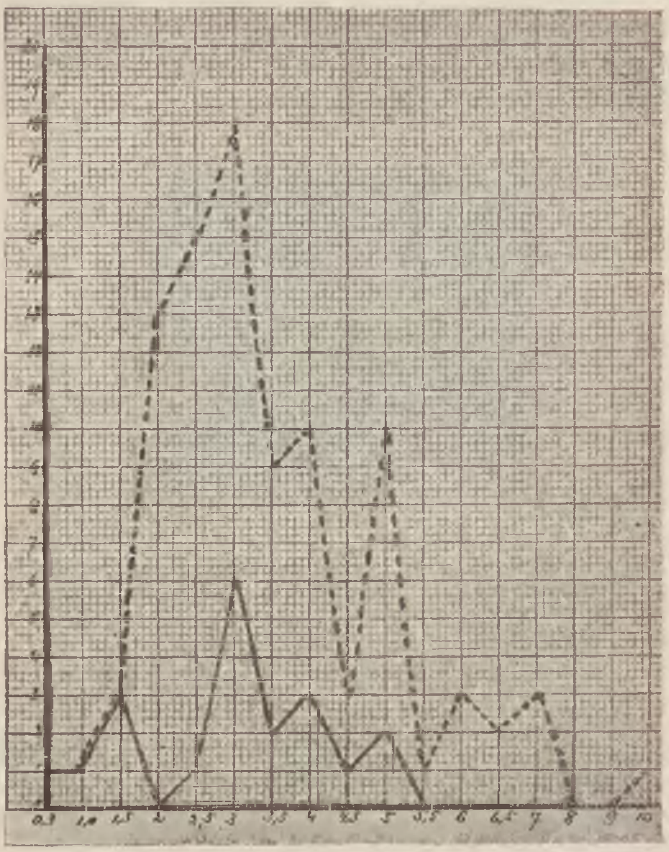


Fig. IV. Krzywa zawartości procentowej białka w wysiękach,
Linia ciągła — przesięki z jamy otrzewnej.
» kropkowana — przesięki z jamy opłucnej.
Rzędna oznacza liczbę przypadków,
odcięta zaś — procentową zawartość białka.

czników, z całą stanowczością za wysiękową jej przyrodą, a kliniczne określenie ilości białka przed wynalezieniem przyrządu Essbacha (z górą 25 lat temu) było bardzo kłopotliwe, przeto starano się dawniej sądzić o ilości białka w badanym płynie z liczb, określających jego ciężar właściwy. Z różnych formuł, jakie w tym celu podano, cieszyła się największem rozpowszechnieniem formuła podana przez Reussa. Według niej można było sądzić o ilości białka, mnożąc liczbę powyżej tysiąca, otrzymaną przy określeniu ciężaru właściwego, przez $^3/_8$ i odejmując z otrzymanego iloczynu 2,8, czyli

$$B \text{ (ilość białka)} = {}^3/_8\,[C \text{ (cięż. właść.)} - 1000] - 2{,}8.$$

Na zasadzie mojego własnego materyału twierdzić muszę, iż formuła ta nie odpowiada rzeczywistości, przynajmniej tej, która wypada przy klinicznem określeniu białka metodą Essbacha, nawet w najdalszem przybliżeniu. Z wielu setek przykładów, które mnie od lat wielu o słuszności tego twierdzenia przekonywują, przytoczę naprzykład fakty, że określaliśmy 3% białka w wysiękach, których ciężar właściwy wahał się od 1011—1019, $2^1/_2$% białka przy wahaniach c. wł. od 1011—1020, 2% — przy wahaniach od 1012—1018, 1% — przy tych samych wahaniach, a raz 1% białka w przypadku gruźliczego zapalenia otrzewnej, w którym płyn wykazywał c. wł. 1020. Szczególniej pouczającym był pod tym względem przypadek wysiękowego zapalenia opłucnej, badany w przerwach 10-dniowych 7 razy. Wykazał on raz c. wł. 1011 przy 3% białka, 3 razy c. wł. 1015 przy ilości białka $2^3/_4$%, 4% i 4% i 3 razy c. wł. 1016 przy ilości białka $3^1/_2$%, $4^1/_2$ i $6^1/_2$%.

Słowem, materyał nasz przekonywał nas na każdym kroku z całą pewnością, iż sądzenie o zawartości białka z ciężaru właściwego badanej cieczy jest absolutnem niepodobieństwem. Naocznie uwidacznia to zresztą porównanie krzywej I z III i II z IV. Gdyby wreszcie zdania klinicystów mogły być co do tego podzielone, nie dążonoby prawdopodobnie do innych prostych sposobów klinicznych rozstrzygnięcia, czy mamy w danym przypadku przed sobą płyn przesiękowy czy wysiękowy. Ponieważ jednak określanie ciężaru właściwego i zawartości białka w otrzymywanych cieczach w niektórych, i to klinicznie najważniejszych przypadkach, nie pozwalało rozstrzygnąć, czy mamy wysięk czy przesięk, nic więc dziwnego, iż w celu rozstrzygnięcia tego pytania uciekano się w klinice kolejno do wszystkich innych pomocniczych metod badania, jakich z biegiem czasu dostarczyła technika badań chemicznych, fizycznych, mikroskopowych, bakteryologicznych, a nawet doświadczalnych. Poniżej pragnę w kilku słowach skreślić wyniki osobistego mego doświadczenia co do niektórych z tych metod, stosowanych na moim oddziale od szeregu lat.

3. Za względnie najpewniejszą pod względem możności rozstrzygnięcia, czy mamy płyn zapalny, czy przesiękowy, uważać muszę dotąd próbę Rivalty. Polega ona na tem, że wpuszczamy pojedyncze krople badanego płynu do 100 gramów wody, zawierającej dwie krople zgęszczonego kwasu octowego (acid. aceticum glaciale) lub 20 kropli octu. Płyny wysiękowe dają przytem charakterystyczny męt. Próbę tę stosujemy na moim oddziale od r. 1906. Jeżeli liczyć tylko te przypadki, które są dokładnie wynotowane, to stosowaliśmy tę metodę dotąd 200 razy, a mianowicie 79 razy przy badaniu przesięków, z których 38 pochodziło z jamy otrzewnej, a 41 z jamy opłucnej, 92 razy zastosowaliśmy ją przy badaniu wysięków (16 z otrzewnej, a 76 z opłucnej), 26 razy przy badaniu płynu mózgowordzeniowego, a 4 razy przy badaniu płynu wypuszczonego z obrzękłych nóg.

We wszystkich 76 przypadkach wysięku opłucnej próba ta dała wynik dodatni. W przypadkach zapalenia otrzewnej wypadła 11 razy dodatnio, 45 razy, w których szło o zapalenie otrzewnej, zależne od raka, próba ta wyszła ujemnie, a 1 raz w podobnym przypadku — wątpliwie. Jest to dla próby tej cechujące, tak że, jak to już przed 5 laty zaznaczałem, ujemny wynik próby Rivalty przemawia w przypadkach wątpliwych za rakiem w otrzewnej i przeciw gruźlicy.

W przypadkach, w których chodziło o przesięki, próba Rivalty nie dawała niestety wyników tak niezłomnych. Z 38 przypadków przesięku w jamie otrzewnej próba ta wypadła ujemnie 26 razy. W pozostałych wypadła 10 razy wątpliwie, a 2 razy, przy domieszce krwi w badanym płynie, dodatnio. Z 41 przypadków przesięku w opłucnej próba Rivalty wypadła ujemnie 31 razy, wątpliwie 4 razy, dodatnio 6 razy, również przy domieszce krwi do przesięku. Musimy więc stwierdzić, że przy domieszce krwi do badanego przesięku lub po wykonywanych kilkakrotnie przekłuciach tej samej jamy dodatni wynik próby Rivalty sam przez się nie powinien budzić podejrzeń, że chodzi o wysięk, jeżeli niema innych faktów klinicznych, budzących tę wątpliwość.

Płyn przesiękowy, wypuszczony z kończyn dolnych, dał nam w 4 przypadkach badanych wynik ujemny. Przy badaniu płynu mózgowordzeniowego próba Rivalty pozbawiona jest, przynajmniej na zasadzie dotychczasowego naszego doświadczenia, wszelkiego znaczenia rozpoznawczego. Wśród 11 płynów niewątpliwie zapalnych tego pochodzenia próba ta wypadła ujemnie 9 razy, raz wątpliwie i raz dodatnio, a z 16 przypadków, w których chodziło niewątpliwie o stan zapalny opon mózgowych, próba ta wypadła dodatnio również raz jeden.

4. Badania lepkości przesięków i wysięków rozpoczął na naszym oddziale kol. J. Gurtzman. Od r. 1907 prowadziliśmy je dalej bez niego, jednak bez zapału, gdyż szybko przekonaliśmy się, że niema ona znaczenia praktycznego. Stąd ogółem przeprowadziliśmy tych badań tylko 46, a mianowicie w 20 przesiękach, w 20 wysiękach i w 6 płynach mózgowordzeniowych.

W płynach przesiękowych z jamy otrzewnej, których zbadaliśmy ogółem tylko 8, lepkość η wahała się od 1,08—1,32. Przekonaliśmy się przytem, że stopień lepkości badanego płynu nie zależał od jego ciężaru właściwego, ani od procentowej zawartości w nim białka. Tak więc przy $\eta = 1{,}08$ było białka 0,7%, przy $\eta = 1{,}12$ białka $2^1/_4$%, przy $\eta = 1{,}13$ białka 2%, przy $\eta = 1{,}17$ białka $1^3/_4$%, przy $\eta = 1{,}21$ białka 0,6% i t. d.

W przesiękach z jamy opłucnej, których zbadaliśmy tylko 12, η wahało się w granicach od 1,08—1,59, przyczem również wysokość η nie stała w związku z procentową zawartością białka. N. p. przy $\eta = 1{,}08$ płyn zawierał białka 1,5%, przy $\eta = 1{,}18$ — białka 0,5%, względnie 1,5% względnie $1^3/_4$%, przy $\eta = 1{,}20$ białka 1,5%, a przy $\eta = 1{,}59$ białka tylko 0,8%.

Jedno wydaje się tylko faktem, że na ogół lepkość przesięków jest mniejsza od lepkości wysięków. Gdy pierwsza w skromnym naszym materyale nie przekraczała 1,59, to druga przekraczała tę liczbę często, a dochodziła nawet 2 razy do 2,00 i raz do 2,72.

Jednakże i w wysiękach wysokość η nie stała również w związku ani z wysokością ciężaru właściwego badanego płynu, ani z procentową zawartością białka w nim. Np. wśród 6 badanych przypadków wysięków otrzewnych $\eta = 1{,}36$ przy białku $= 4^1/_2$%, innym razem $\eta = 1{,}39$ przy białku = 3%, innym razem $\eta = 1{,}65$ przy białku $5^1/_2$%, a jeszcze innym $\eta = 2{\cdot}00$ przy białku tylko 1%. Analogiczne dane otrzymaliśmy przy określeniu lepkości w 14 przypadkach wysięków opłucnych. Np. η 1,61 przy ilości białka = 5%; $\eta = 1{,}63$ przy białku $1^1/_2$%, $\eta = 1{,}66$ przy ilości białka 3%; $\eta = 1{,}79$, a białka 2%; $\eta = 2{,}00$, białka 1%, względnie 3%; $\eta = 2{,}72$, białka zaś $2^3/_4$%.

Fakt ten nie powinien nas zastanawiać, gdyż używany przez nas sposób określania lepkości był metodą względnie dokładną, a otrzymywany przy jego stosowaniu wynik porównywaliśmy z liczbami, powstałemi przez grube metody kliniczne określania ciężaru właściwego i procentowej zawartości białka. Niewątpliwie określanie lepkości sięga przy tem nieco głębiej do tajników złożonej sprawy biologicznej przesiękania i wysiękania płynów. Nie zmienia to jednak naszych wniosków czysto praktycznych, że w dzisiejszych warunkach badania klinicznego badanie lepkości otrzymanego drogą przekłucia płynu w znacznej ilości przypadków nie może rozstrzygnąć, czy mamy przed sobą wysięk, czy przesięk, o ile nie weźmiemy w rachubę danych, otrzymanych na drodze innych klinicznych metod badania.

5. Punkt zamarzania przesięków i wysięków zaczęliśmy określać kryoskopowo od r. 1901. Dla bardzo wielu powodów, od nas niezależnych, badania te przerywaliśmy kilkakrotnie na czas dłuższy. Wskutek tego mamy dotąd tylko 147 przypadków, zbadanych w tym kierunku. Już kol. Maliniak, ogłaszając w r. 1906 z mego oddziału pracę o wartości badań kryoskopowych wysięków i przesięków, zaznaczał bardzo ograniczoną wartość praktyczną otrzymywanych na tej drodze wyników, pomimo, iż praca jego oparta była na zbadaniu 72 przypadków. Obecny nasz materyał zdwojony, nietylko potwierdza ówczesne wnioski kol. Maliniaka, ale jeszcze bardziej osłabia wartość praktyczną danych kryoskopowych do celów odróżniania przesięków od wysięków.

Na 26 przypadków przesięków otrzewnych otrzymaliśmy $\Delta = -0{,}54$ do $-0{,}65$, podczas gdy kol. Maliniak otrzymał na mniejszym materyale $\Delta = -0{,}55$ do $-0{,}62$. Najczęściej (8 razy) $\Delta = -0{,}57$, potem (5 r.) $\Delta = -0{,}58$, dalej po 3 razy — 0,56, — 0,60, pozostałe zaś liczby otrzymywaliśmy dla pojedynczych przypadków.

Przesięków opłucnych zbadaliśmy 27, otrzymując dla Δ wahania od — 0,53 do — 0,64 (kol. Maliniak: — 0,56 do — 0,64), przyczem 6 razy Δ wynosiła — 0.60, po 4 razy — 0,58 i — 0,59, po 2 razy — 0,53, — 0,56, — 0,57, i — 0,61, a pozostałe liczby wypadały w pojedynczych przypadkach. — Widzimy więc, że dotychczasowy materyał nasz nie wykazał różnicy w punktach zamarzania przesięków otrzewnych i opłucnych. Stwierdza on dotąd tylko, że Δ waha się najczęściej między — 0,56 i — 0,60, że może ona tę ostatnią normę do 0,05 przekraczać, może jednak być niższą od średniej normy dla krwi (— 0,53). Te same wahania (— 0,53 do — 0,64) otrzymaliśmy w 5 przypadkach badania punktu zamarzania przesięku, wypuszczonego z nóg.

Co się tyczy wysięków, to dla 10 wysięków otrzewnych otrzymaliśmy wahania Δ od — 0,48 do — 0,65, a więc znaczniejsze, niż zdążył swego czasu zebrać kol. Maliniak (— 0,51 do — 0,56). Przytem otrzymaliśmy 3 razy tylko $\Delta = -0{,}55$ i po 1 razie — 0,48, — 0,49, — 0,56, — 0,57, — 0,59, — 0,60, — 0,65, — Wysięków opłucnych zbadaliśmy pod względem Δ 61, otrzymując przytem 14 razy — 0,56, 9 razy — 0,55, 8 razy — 0,57, po 6 r. — 0,53 i — 0,54, 5 r. — 0,52 4 r. — 0,49, i po 1 r. — 0,44, — 0,47, — 0,58, — 0,60, — 0,61, — 0,62, — 0,64. W naszym materyale, dotyczącym wysięków opłucnych, Δ wahała się zatem w granicach od — 0,44 do — 0,64, gdy natomiast w dawnym, o połowę mniejszym materyale kol. Maliniaka wahania te wynosiły od — 0,47 do — 0,57.

Zestawiając więc porównawczo Δ dla przesięków i wysięków, otrzymujemy w naszym dotyczasowym materyale

dla przesięków otrzewnych		$\Delta = -0{,}54$ do $-0{,}65$
» wysięków	»	$\Delta = -0{,}48$ do $-0{,}65$
dla przesięków opłucnych		$\Delta = -0{,}53$ do $-0{,}64$
» wysięków	»	$\Delta = -0{,}44$ do $-0{,}64$,

skąd wynika, iż niema tak wysokiej granicy punktu zamarzania, któraby wyłączała wysiękową przyrodę badanego płynu, że jednak w wysiękach zdarzają się punkty zamarzania o 6, a nawet 9 setnych niższe, od najniższych, spo-

strzeganych przez nas dotąd przy przesiękach. Zdarza się to jednak tak rzadko, iż liczyć na to przy podejmowaniu badania niepodobna, zważywszy, że zarówno w przesiękach, jak i w wysiękach spotykamy naogół najczęściej liczby od — 0,53 do — 0,59.

Przy początkowo zainicyowanych przezemnie badaniach kolegi Maliniaka pragnęliśmy dojść do przyczyny wahań Δ i dlatego kol. Maliniak nietylko porównywał ją skrupulatnie z ciężarem właściwym i procentową zawartością białka w należących tu przypadkach, ale nadto określał w nich dokładnie (23 razy) popiół resp. Na Cl, a w niektórych przypadkach porównywał nadto Δ krwi z Δ badanego płynu. Badań tych obecnie nie wznawiamy, wobec tak szerokich wahań Δ zarówno w wysiękach, jak i w przesiękach.

Co się tyczy płynu mózgowordzeniowego, to określiliśmy w nich Δ 18 razy, wahania jej wynosiły od — 0,52 do — 0,65, przyczem z pomiędzy 5 przypadków zapalnych Δ wynosiła po 1 razie — 0,52 do — 0,53, — 0,57, — 0,58, — 0,61. W pozostałych zaś przypadkach niezapalnego pochodzenia otrzymaliśmy po 3 razy — 0,56 i 0,57, po 2 r. — 0,58, — 0,60 i po 1 r. — 0,59, — 0,61, — 0,63, – 0,64, — 0,65. — Rzecz jasna, iż taki materyał do żadnych wniosków nie upoważnia.

6. Przechodzimy w końcu do rozpatrzenia wyników badania mikroskopowego osadu w dotychczasowym naszym materyale. Badań takich wykonaliśmy 211, z których 87 dotyczy przesięków, a mianowicie 41 przesięków z jamy otrzewnej, 42 z jamy opłucnej i 4 płynów obrzękowych z nóg. Płynów wysiękowych zbadaliśmy 102, a mianowicie 19 — z jamy otrzewnej, 83 z jamy opłucnej, 1 — z wodniaka jądra i 1 — z pęcherza skóry, wywołanego przez pryszczydło. Poza tem zbadaliśmy mikroskopowo osad z 20 płynów mózgowordzeniowych, z których 8 było zapalnych.

Obraz mikroskopowy przesięków zarówno otrzewnych, jak i opłucnych, nie był jednolity. Tylko w 6 przesiękach otrzewnych i w 5 opłucnych osad składał się z samych prawie śródbłonków, w 11 przesiękach otrzewnych i w 14 opłucnych obok śródbłonków i czerwonych krwinek znajdowała się mniej lub więcej znaczna domieszka limfocytów, a nawet w 9 przesiękach otrzewnych i 6 opłucnych było odwrotnie, t. j. osad składał się przeważnie z limfocytów z domieszką mniejszej lub większej ilości śródbłonków i czerwonych ciałek krwi. W 4 przypadkach przesięków otrzewnych i 5 opłucnych osad składał się z przeważającej liczby neutrofilów i limfocytów, zawierającej tylko domieszkę śródbłonka i pojedynczych erytrocytów; w 2 przesiękach otrzewnych i 7 przesiękach opłucnych śródbłonki tworzyły wprawdzie przeważającą część osadu, zawierał on jednak niemałą domieszkę neutrofilów i limfocytów. Trzy przesięki otrzewne dawały formułę neutrofilową z domieszką jedynie śródbłonków; 4 przesięki otrzewne i tyleż opłucnych składały się wprawdzie przeważnie ze śródbłonków i pewnej ilości erytrocytów, zawierały jednak wyraźną domieszkę neutrofilów. Jeden przesięk otrzewny wykazał pod mikroskopem same prawie neutrofile, jeden zaś przesięk otrzewny i jeden opłucny same prawie limfocyty.

Co się tyczy wysięków, to płynów zapalnych z otrzewnej zbadaliśmy 19, z nich 8 przypadków zapalenia otrzewnej pochodzenia rakowatego. 7 z nich zawierało pod mikroskopem znaczną ilość śródbłonków i erytrocytów ze znaczną również domieszką neutrofilów i limfocytów, a 1 — znaczną ilość neutrofilów i limfocytów z domieszką śródbłonków i erytrocytów. Z pomiędzy 11 przypadków gruźlicy otrzewnej stwierdziliśmy tylko w 1 same limfocyty, w 2 — limfocyty z domieszką śródbłonków i erytrocytów, w 3 śródbłonki i erytrocyty, zawierające jedynie domieszkę limfocytów, w 1 przyp. — same neutrofile, w 1 — neutrofile i limfocyty, w 1 — neutrofile i śródbłonki i w 1 — śródbłonki z domieszką neutrofilów.

Wysięków opłucnej zbadaliśmy 83, z nich 41 pochodzenia gruźliczego i 42 pochodzenia niegruźliczego (nowotwory, powikłania po zwykłem zapaleniu płuc, po zawałach, po durze i t. d.). Doszliśmy przytem do wniosku, że bezstronne rozpatrzenie się w osadzie mikroskopowym nie pozwala rozstrzygnąć na podstawie jego składu, czy chodzi o wysięk pochodzenia gruźliczego czy też innego. Spotykaliśmy mianowicie limfocyty z domieszką śródbłonków w 16 przypadkach pochodzenia niewątpliwie gruźliczego i w 14 innego pochodzenia, neutrofile i limfocyty z domieszką śródbłonka w 8 przypadkach pochodzenia gruźliczego, w 6 niegruźliczego; same neutrofile w 3 pochodzenia gruźliczego i 3 pochodzenia niegruźliczego; śródbłonki z domieszką limfocytów w 3 pochodzenia gruźliczego i w 3 pochodzenia niegruźliczego; śródbłonki z domieszką neutrofilów i limfocytów w 2 pochodzenia gruźliczego i w 5 niegruźliczego; same limfocyty w 4 przypadkach pochodzenia gruźliczego i w 1 pochodzenia niegruźliczego; same neutrofile w 4 przypadkach pochodzenia gruźliczego i w 3 niegruźliczego i wreszcie neutrofile z limfocytami w 1 pochodzenia gruźliczego i w 3 pochodzenia niegruźliczego. Z powyższego zestawienia wynika bezstronnie, jak sądzę, że wynik badania morfologicznego nie zdoła rozstrzygnąć, czy chodzi o wysięk gruźliczego czy niegruźliczego pochodzenia, tak samo, jak nie pozwala nam sam przez się rozstrzygnąć z pożądaną ścisłością, czy mamy przed sobą wysięk, czy przesięk, najczęściej bowiem otrzymujemy pod mikroskopem kombinacye limfocytów ze śródbłonkami (55 razy na 187 badań), co samo przez się sprawy pod względem rozpoznawczym ani na krok naprzód nie posuwa.

Kończąc niniejszą krótką pracę, mam prawo, zdaje mi się, twierdzić, że żadna z wyżej omówionych metod badania wysięków i przesięków nie daje wyników rozstrzygających. Ale nawet i zestawienie wyników wszystkich tych metod razem daje wyniki, stanowczo przechylające szalę rozpoznania w kierunku przesięku lub wysięku, zaledwie w pewnej części przypadków, mianowicie w tej, gdzie wyniki badania są jednobrzmiące; np. przy C wł. 1011, B(iałko) 1,5%, R(ivalta) —, $\Delta = -0{,}61$, $\eta = 1{,}17$ i M(orfologia) — śródbłonki z domieszką limfocytów, który to wynik otrzymaliśmy przy badaniu pewnego płynu z otrzewnej, mogliśmy nie widząc chorego twierdzić, iż chodzi o przesięk. To samo mogliśmy twierdzić o pewnym płynie z jamy opłucnej, w którym otrzymaliśmy C — 1009, B — $1\,{}^1/_5$%, R —, $\Delta = -0{,}60$, $\eta = 1{,}08$, M — śródbłonki z domieszką erytrocytów. Wysięk z jamy opłucnej, nie widząc, że tak powiem, chorego, mogliśmy rozpoznać również kilkakrotnie na zasadzie danych C — 1018, B — 5%, R +, $\Delta = -0{,}48$, $\eta = 1{,}82$ i M — neutrofile lub C — 1020, B — 5%, R +, $\Delta = -0{,}56$,

$\eta = 1,76$ i M — limfocyty z domieszką neutrofilów. — Bezstronność wyznać jednak każe, iż nawet wyniki wszystkich pomocniczych sposobów badania przesięków i wysięków, wzięte same przez się, bez zestawienia otrzymanych tą drogą danych z wynikami wszystkich innych klinicznych metod badania do wywiadów włącznie, nie zdołałyby rozstrzygnąć, czy mamy przed sobą przesięk lub wysięk, a co do wysięku, czy jest on pochodzenia gruźliczego, czy innego. Spostrzeżeń, któreby były dowodem słuszności powyższego twierdzenia, możnaby z naszego materyału przytoczyć bardzo wiele. Podajemy tu tylko cztery tego rodzaju przykłady, w których dane, wydrukowane kursywą, przeczą, według ogólnie przyjętych pojęć, rozpoznaniu klinicznemu, uczynionemu jednak, na zasadzie wszystkich innych danych klinicznych, z całą pewnością:

Przesięk z j. otrzewnej: *C* 1006, *B* 0,7%, *R* —, $\Delta =$ 0,57, $\eta = 1,08$, *M* — neutrofile.

Przesięk z j. opłucnej: *C.* 1009, *B* 3%, *R* +, $\Delta = -0,58$, $\eta = 1,09$, *M* — neutrofile, limfocyty, śródbłonki.

Wysięk gruźliczy z j. otrzewnej: *C* 1021, *B* 1%, *R* +, Δ — 0,55, $\eta = 2,00$, *M* — limfocyty i śródbłonki.

Wysięk gruźliczy z j. opłucnej: *C* 1012, *B* 1½%, *R* +, $\Delta = -0,56$, $\eta = 1,63$, *M* — neutrofile i śródbłonki.

Hypodynamia cordis diarrhoïca

podał

Walery Jaworski.

Każde dzieło lekarskie medycyny praktycznej przytacza między następstwami przewlekłego zaparcia i objawy ze strony narządu krążenia: jakoto niepokój, zmorę, ciężkość, krótki oddech, uderzenia do głowy, kołatanie serca i t. p., a w niektórych przypadkach zaparcia można wykazać podniesienie końca serca wskutek bębnicy jelit. Jeżeli przewlekłe zaparcie pojawia się u osób ze zmianami w sercu, to nasilenie powyższych objawów bywa bardzo znaczne i mogą się dołączyć jeszcze objawy przedmiotowe, jak zmiany w częstości i miarowości (pararrhythmus) tętna.

Dla usunięcia przykrych objawów polecają klinicyści leczenie zaparcia środkami przeczyszczającymi. Jedni stosują środki solne, zwłaszcza wody mineralne glauberskie i gorzkie, inni zwykłe środki apteczne. Pod wpływem tego leczenia bardzo wielu chorych doznaje ulgi swych przypadłości sercowych. Bywają jednak mało uwzględniane przypadki zaparcia, dla których leczenie przeczyszczające nietylko nie przynosi żadnej korzyści, ale przeciwnie poważną szkodę. Między temi osobami można zauważyć dwa szeregi chorych. Jedni uskarżają się na objawy zaparcia bez przypadłości sercowych, inni zaś cierpią na jedne i drugie. U pierwszych pojawiają się przypadłości dopiero po przeczyszczeniu, u drugich istniejące przypadłości sercowe silnie się wzmagają. Z większej liczby obserwowanych w mojej wieloletniej praktyce ambulatoryjnej, przytaczam następujące przypadki:

I. Przyp. J. D., wdowa l. 63. Od wielu lat choruje na zaparcie, wskutek czego dostaje często morzyska; używa środków przeczyszczających, stolce wywołane przez nie sprawiają silną biegunkę, wśród której pojawiają się ciężkie objawy, dolegliwości podmiotowe, jak ogólne osłabienie, zawroty głowy, ściskanie i niepokój w okolicy serca. Chora musi się położyć do łóżka i dopiero po kilku dniach przychodzi do siebie. Chora unika przeto wywoływania stolca i żąda porady lekarskiej. — Badanie ambulatoryjne. Kobieta miernie zbudowana i odżywiona, blada, wejrzenia starczego. Tętno 60, miarowe, tętnica wązka, dość twarda i napięta, tętnice skroniowe mocno pokręcone; uderzenie końca serca w 6. międzyżebrzu, nieco podnoszące, drugi ton nad aortą dźwięczny. Brzuch zapadnięty, jelito poprzeczne daje się wybadać poniżej pępka jako postronek twardy, różańcowaty, w niektórych miejscach nieznacznie tkliwy; podobnie przedstawia się i pętla esowata. W innych narządach nieprawidłowości wykazać nie można. Rozpoznanie: Arteriosclerosis arteriarum et valv. aortae, obstipatio spastica, hypodynamia cordis diarrhoïca.

Badanie chorej w czasie biegunki po środkach przeczyszczających, wykazuje oprócz objawów wyżej wymienionych: Tętno zmienne 70—80, niemiarowe, tętnica bardzo wązka i mało napięta, uderzenie końca serca mało widoczne, tony nad aortą głuche. Dopiero po dwóch dniach powraca zwykły stan serca, a dolegliwości podmiotowe ustępują. Odstawiono wewnętrzne środki przeczyszczające, a tylko raz na tydzień polecono brać lewatywy olejne, albo czopki glicerynowe. Dolegliwości stają się mniejsze, jednak i przy tej medykacyi po każdym stolcu dają się dostrzegać zaburzenia w krążeniu, chociaż w mniejszym stopniu; łagodzi je picie czarnej kawy. Chora po dwu latach umarła przy objawach postępującej niedomogi serca.

II. Przyp. E. F., l. 60, wdowa, cierpi od lat 10 na zaparcie, używa środków przeczyszczających, lecz po stolcach czuje osłabienie i doznaje duszności i ściskania w piersiach, a najwięcej w okolicy dołka podsercowego i musi się położyć na kilka godzin na sofę lub do łóżka. — Badanie ambulatoryjne: Skóra blada, zwiędła; budowa i odżywienie mierne. Płuco prawe sięga z przodu do 7. żebra; uderzenie końca serca niewidoczne i niewyczuwalne; granice opukowe serca znacznie zmniejszone, tony serca głuche; tętno 65, kilka razy na minutę przepuszczające, tętnica sprychowa nierówna, twarda, napięta; brzuch miernie wzdęty, pętla esowata twarda i w postaci różańca wyczuwalna. W innych narządach zboczeń wykazać nie można. Rozpoznanie: Emphysema pulmonum, arteriosclerosis, myocarditis chronica, obstipatio spastica, hypodynamia cordis diarrhoïca.

Chora zamiast przepisywanych środków sercowych, używa stale środków przeczyszczających, przypisując ściskania i rozpierania w dołku podsercowym chorobie żołądka; ogólny stan chorej pogarsza się. Stan chorej, wywołany biegunką (5 stolców dziennie) po używaniu środków przeczyszczających (najczęściej wody Apenta), okazuje się następujący: Chora mocno osłabiona, bardzo blada, leży w łóżku, uskarża się na krótki oddech, duszność, mocne ściskanie w piersiach, rozpromieniające się do dołka podsercowego i niżej. Badanie: Skóra bardzo blada i chłodna, lekkie obrzęki około kostek, oczy zapadłe, zarysy nosa i policzków ostre (facies abdominalis). Tętno 90—100, niemiarowe, bardzo małe i drobne, tony serca słabo słyszalne. Wątroba na dwa palce niżej łuku żebrowego wyczuwalna, gładka i nieco tkliwa. Stan chorej pogarsza się; chora umiera na trzeci dzień przy objawach zwiększającej się dychawicy sercowej.

III. Przyp. H. C., l. 59 zamężna. Od kilku lat dolegliwości jelitowe, polegające na zmienności wypróżnień, raz zaparcie, drugi raz biegunka, a to drugie najczęściej. Chora nie używa środków przeczyszczających. Każdego razu podczas biegunki, niemoc, uczucie niepokoju, kołatanie serca. Spokój i wypoczynek w łóżku usuwa te dolegliwości. W czasie zaparcia czuje się chora dobrze. — Badanie ambulatoryjne: Osoba miernie odżywiona, dość dobrze zbudowana. Tętno 86, miarowe; tętnica twarda, nieco pokręcona; tony nad aortą nieco chropawe, nad końcem serca szmer

skurczowy ograniczony. Brzuch nieco zapadnięty, przestrzeń półksiężycowata nieco zmniejszona; per rectum: kilka drobnych guzków krwawniczych. Stolec na pół rzadki; szczegółowo badany, nie wykazuje ani śluzu ani krwi. W innych narządach ustroju nieprawidłowości wykazać nie można. Rozpoznanie: Atherosis arteriarum et valvulae bicuspidalis (?). Obstipatio chronica c defaeoatione mixta; hypodynamia cordis diarrhoïca.

IV. Przyp. P. S., 35 l. Od 11 lat zamężna, nie zastąpiła, wrzekomo z powodu »uterus infantilis«, miesiączka bardzo skąpa. Od 10 lat chora na uporczywe kilkodniowe zaparcie stolca. Podczas tego czuje palenie i ból w jamie brzusznej, poczem pojawia się zwykle biegunka z objawami wielkiego osłabienia, upadku sił, zajęcia głowy, niepokoju i kołatania serca; chora doznaje przed takimi stolcami trwogi i zatrzymuje je, jak długo może. Te same objawy pojawiały się w wyższym jeszcze stopniu, gdy chora próbowała używać środków przeczyszczających, nawet oleju rącznikowego lub rzewnia. Leczenie, odbywane w Marienbadzie i w Kissingen, sprawiało również powyższe objawy i było bezskuteczne. — Badanie ambulatoryjne: Budowa kośćca drobna, wzrost nizki, odżywienie średnie, skóra blada. Tętno 80, miarowe, bardzo drobne, tętnica wąziutka, obszar stłumienia serca bardzo mały, tony serca słabe bez szmerów. Brzuch zapadnięty, w nim kilka punktów bolesnych dotykowych, zresztą niczego nieprawidłowego nie można wykazać. Rozpoznanie: Chloranaemia, hypoplasia universalis (et cordis), obstipatio chron. c. defecatione mixta; hypodynamia cordis diarrhoïca.

V. Przyp. M. S., nauczyciel, l. 56. W ostatnich latach cierpi w kilkumiesięcznych odstępach na ściskanie w okolicy sercowej, rozpromieniające się do żołądka, a czasem i do jamy brzusznej. Stolec nieregularny, zwykle zaparty, w jamie brzusznej krótkotrwałe bóle w postaci morzyska. Po każdym stolcu biegunkowym, a zwłaszcza wywołanym jakimkolwiek środkiem przeczyszczającym, uczucie ogólnego osłabienia, apatya, ruchy kończyn i myślenie stają się uciążliwe, zawroty głowy, szum i migotanie przed oczyma, kołatanie serca z uczuciem przepuszczania uderzeń. — Badanie ambulatoryjne: Odżywianie i budowa dobre. Tętnice skroniowe pokręcone, tętno 66, miarowe, pełne i dobrze napięte, uderzenie końca serca widoczne w 5. międzyżebrzu, lecz nieco na lewo od linii sutkowej lewej, obszar opukowy serca sięga poza linię sutkową lewą, tony serca bez szmerów, nad aortą dźwięczne. Brzuch wzdęty, pętla esowata wyczuwalna jako twardy postronek, nieco tkliwa przy ugniataniu, zresztą w ustroju innych zmian nie można wybadać oprócz stolca, który w czasie biegunki jest mazisty i zawiera śluz biały w postaci grudek. Rozpoznanie: Arteriosclerosis, hypertrophia cordis sinistri, colitis chronica mucosa c. defaecatione mixta; hypodynamia cordis diarrhoïca.

Kilkakrotne badanie chorego w czasie stolców biegunkowych wykazało: Ogólna bladość, skóra chłodna, tętno 80—88, kilka razy na minutę przepuszczające, uderzenie końca serca zaledwie dostrzegalne, tony serca głuche. Chory musi przez kilka godzin bezczynnie siedzieć lub leżeć, nim się do jakiejkolwiek pracy zabrać może.

Tego rodzaju przypadki, jak wyżej przytoczone, nie zdarzają się w szpitalu lub w klinice, jak to wiele innych dotąd jeszcze w podręcznikach nieopisanych objawów chorobowych, tylko w praktyce prywatnej, i to częściej, niżby się przypuszczało. Mają one ważne znaczenie praktyczne ze względu na leczenie. Tem więcej należy na nie zwrócić uwagę, że we wszystkich podręcznikach znajdujemy polecenie, aby przypadłości sercowe z powodu zaparcia, leczyć w domu środkami przeczyszczającymi, a w zdrojowiskach wodami glauberskiemi i gorzkiemi. Z mojej obserwacyi jednak wynika, że ta metoda nie daje się we wszystkich przypadkach zaparcia zastosować. Aby uzyskać wskazówki, w jaki sposób należałoby w leczeniu tych nietypowych przypadków postępować, potrzeba poznać naprzód związek przyczynowy między zmienioną czynnością jelit, a objawami pojawiającymi się w narządzie krążenia.

Prawie we wszystkich przezemnie obserwowanych przypadkach, w których biegunka sprawiała zaburzenia w narządzie krążenia, pojawiały się następujące objawy kliniczne: Bladość i chłód powłok zewnętrznych, ogólna niemoc, osłabienie mięśniowe, zajęcie i zawroty głowy, trudność myślenia, przyspieszone, drobne, miękkie, a często niemiarowe tętno, osłabienie uderzenia serca, tony głuche; w cięższych zaś przypadkach (Nr. II) objawy zapadu (facies abdominalis), jak przy septycznem zapaleniu otrzewnej. Aby zrozumieć łączność tych objawów z wypróżnieniami biegunkowemi, należy jeszcze rozważyć następujące okoliczności.

Prawie wszyscy moi chorzy cierpieli na zaparcie kurczowe (obstipatio spastica). W tym stanie ściany jelit są do możliwości skurczone i tworzą twardy wązki postronek; naczynia w nich są również mocno zwężone, prawie puste i zawierają daleko mniej krwi, niż w jelitach prawidłowo czynnych. Przytem należy przypuścić na podstawie objawów chorobowych, że naczynia w zakresie rozgałęzień tętnic krezkowych były w wielu przypadkach miażdżycowo zmienione, a przeto i krążenie w nich utrudnione. U wszystkich chorych znajdowały się zmiany w mięśniu sercowym, u jednych już klinicznie ujawnione, u innych jeszcze utajone, a pojawiające się dopiero przy niekorzystnych warunkach, tj. wśród biegunki.

Zwykle stosowane środki przeczyszczające działają w rozmaity sposób na jelita. Jedne z nich ogromnie i nagle zwiększają ruchy jelit i to równocześnie tak ruchy robaczkowe, jak wahadłowe i toczące jelit. Aby to nastąpić mogło, musi się skurcz jelit przy kurczowem zaparciu rozluźnić. Na czynność jelit cienkich działają w ten sposób: oleje, jalapa, scammonium, podophyllinum, a na jelito grube: senna, frangula, cascara, rheum, aloë, phenolphthaleinum (purgen). Inne znów środki przeczyszczające, działając na naczynia błony śluzowej porażająco, wywołują z nich przesięk; a czynią to zgęszczone rozczyny soli glauberskiej i gorzkiej, tamar indien, tartarus depuratus i inne. Przeważna jednak część środków przeczyszczających wywołuje równocześnie i wzmożony ruch jelit i przesięk z błony śluzowej. Przez to dochodzi do silnego rozszerzenia naczyń jelit i otrzewnej, pojawia się przekrwienie, a w przypadkach gwałtownych nawet wybroczyny w błonie śluzowej i na otrzewnej jelitowej (gastroenteritis haemorrhagica). Cały wielki obszar naczyniowy nerwów trzewnych (nn. splanchnici), przedtem prawie próżny u osób cierpiących na skurczowe zaparcie, zapotrzebowuje szybkiego wypełnienia krwią. Dostarcza mu je pospiesznie serce, zabierając krew z innych obszarów, w których naczynia opróżniają się, kurczą się, jak naczynia skórne, mięśniowe, mózgowe. Nagle następuje zmiana w rozdziale krwi w ustroju za pośrednictwem czynności serca. Przy tem przeładowywaniu krwi do jamy brzusznej wykonywa serce nadmierną pracę, oddając jeszcze ze swych naczyń krew naczyniom brzusznym; przez to słabnie, a jeżeli jeszcze przedtem było osłabione, wzgl. anatomicznie zmienione (myopathia cordis), popada w niedomogę. Nagła biegunka, wywołaną środkami przeczyszczającymi,

sprawia przez nadmiernie do czynności pobudzone jelita, odruchowy wstrząs (shock) układu naczyniowego i serca. Zważywszy, że prawie próżne naczynia jelit skurczonych nagle się rozszerzają i w krótkim czasie za pośrednictwem niedomagającego serca innym obszarom naczyniowym krew odciągają, że serce przy nagłem przeładowywaniu krwi napotyka w naszych przypadkach na zwiększony opór w miażdżycowo zmienionych naczyniach brzusznych, łatwo pojąć, że zmniejszona przez zmiany przewlekłe energia zapasowa mięśnia sercowego szybko się wyczerpuje, a nie odradza się, gdyż czasowo rozszerzone naczynia trzewne tworzą wielki zbiornik, krew w sobie zatrzymują, z innych zaś obszarów naczyniowych równocześnie zwężonych krwi do serca mało dopływa. Przez to serce otrzymuje nietylko za mało krwi, ale powstaje przeszkoda w jej utlenianiu; z tem się zaś łączy złe odżywianie mięśnia sercowego i bladosinawe zabarwienie powłok zewnętrznych. Przypomina nam to zjawisko, jakie dostrzegamy w posokowatem zapaleniu otrzewnej, gdzie serce zatrute toksynami jest osłabione, a naczynia brzuszne porażone rozszerzają i wypełniają się krwią z obwodowych części ciała, powstaje nawet przekrwienie, przesączenie z błony śluzowej i biegunka, przez co pojawia się bladość i chłód powłok zewnętrznych, ostre zarysy twarzy (facies abdominalis), szybkie, drobne tętno, parcie krwi bardzo nizkie, a wskutek tego zapad (collapsus).

Że przeładowywanie krwi do obszaru naczyniowego nerwów trzewnych nie jest sprawą tak prostą, jak tu przedstawiono, rozumie się samo przez się, gdyż nie obejdzie się ono bez współudziału układu nerwowego. O ile tu układ autonomiczny (nerwy błędne) i współczulny z jednej strony, a sploty Auerbacha z drugiej strony współdziałają, nie da się wywnioskować z samych objawów klinicznych; do bliższego wyjaśnienia możnaby dojść dopiero drogą doświadczalną.

Według moich dotychczasowych spostrzeżeń na chorych i na podstawie powyższych wyjaśnień należy dla praktyki lekarskiej uwzględnić następujące uwagi:

1. Napotyka się w praktyce osoby, zwykle starsze, z zaparciem stolca przewlekłem, najczęściej tak zwanem skurczowem, które tak środki przeczyszczające, jak i samoistnie pojawiającą się biegunkę, źle znoszą. Biegunka taka sprawia u tych osób objawy wyczerpania serca (coeur fatigué). Dolegliwości sercowe pod wpływem biegunki zwiększają się, a jeżeli ich nie było, to się ujawniają. Są to osoby, cierpiące na miażdżycę ogólną, przewlekłe sprawy zapalne, zwyrodnienia (otłuszczenia) lub złe odżywianie miąższu sercowego. Powstaje u nich osłabienie czynności (niedomaganie) serca, wskutek zmniejszonej energii zapasowej narządu, który to stan można nazwać »hypodynamia cordis diarrhoïca«.

2. Podobne objawy pojawiają się także u chorych, cierpiących równocześnie na zaparcie stolca i wady zastawkowe, jeżeli mięsień sercowy jest zmieniony.

3. W powyższych przypadkach **leczenie zaparcia** jest bardzo utrudnione. Najlepiej jest, jeżeli zaparcie pozostawimy przez kilka dni w spokoju, unikamy silniejszych środków i wód przeczyszczających, a ograniczamy się do czopków glicerynowych, lawatyw wodnych i olejnych, galwanizacyi jelit, wewnętrznie zaś podajemy wyciąg wilczej jagody (extr. belladonnae), cukier mleczny lub magnezyę paloną, który to przetwór tacy chorzy ze wszystkich środków najlepiej jeszcze znoszą. Obok tego, według stanu chorego, dyeta tłusta lub owocowo-jarzynowa, która jednak sama przez się w niewielu tylko przypadkach do celu prowadzi.

Jeżeli wskutek biegunki pojawiły się objawy niedomogi serca, to należy chorego położyć do łóżka i starać się krew z obszaru nerwów trzewnych przeprowadzić do obwodu, mięśni, mózgu, a to dzieje się przez stosowanie środków, zwężających naczynia trzewne, nux vomica, środków rozszerzających naczynia obwodowe, (ciepłe flaszki do nóg), środków rozszerzających naczynia obwodowe i mózgowe, a zwężających naczynia trzewne (wyskok, kofeina, kawa czarna, mocna herbata, kola, [tra semin. colae, vinum colae], wino czerwone, polewka z wina czerwonego). Przedewszystkiem zaś należy powstrzymać ruch jelit przez przetwory makowca, a przesączanie z błony śluzowej przez środki ściągające: nastój chinowy (tra cort. chinae), pastwinowy (tra ratanhiae), kakao żołędziowe i t. p.

Osoby, okazujące biegunkową niedomogę serca, należy przestrzegać przed systematycznem leczeniem biegunkowem bądź pigułkami przeczyszczającemi, bądź ostrzejszemi wodami mineralnemi. Widziałem bowiem przypadki tego rodzaju, które pod wpływem przeczyszczającego leczenia popadły w postępującą niedomogę serca i zakończyły się niekorzystnie. Chodzi tu przeważnie o osoby starsze, u których bądź z powodu ogólnej miażdżycy, bądź z powodu zmniejszenia napięcia nerwowego, zwłaszcza nerwów błędnych, głównie czynny jest już tylko automatyzm samego mięśnia sercowego. Mięsień zaś w wieku późniejszym bardzo często ulega wielorakim zwyrodnieniom (myodegeneratio, myofibrosis senilis).

Uważam również za niestosowne użycie ostrych środków przeczyszczających u chorych na ostre choroby gorączkowe, u których mięsień sercowy działaniem jadów bakteryjnych bywa zmieniony (błonica, grypa, zapalenie płuc i t. d.). Wspominam o tem tutaj z tego powodu, że w gorączkowych chorobach zakaźnych pojawia się często bębnica, bardzo przykra dla chorych, którzy żądają środków przeczyszczających, a lekarz im je zwykle podaje. Widziałem wielokrotnie, że u takich chorych po ostrej biegunce, wywołanej środkiem przeczyszczającym, powstaje zapad z cechującem zaostrzeniem rysów twarzy. Najstosowniejsze są tu lawatywy i środki wiatropędne (carminativa).

4. Z powyższych uwag okazuje się, że biegunkowa niedomoga serca (hypodynamia cordis diarrhoïca) pojawia się u osób, które już są skłonne do osłabienia mięśnia sercowego, a to z powodu, że jego energia zapasowa jest zmniejszona i niewystarczająca. Serce takie, przy pewnych niekorzystnych warunkach, jakim jest np. biegunka, okazuje kliniczne objawy niedomogi czynnościowej. A dzieje się to, jak już wyżej wspomniano, przeważnie u chorych ze zmianami przewlekłemi i zwyrodnieniami mięśnia sercowego. Zmiany mogą być jeszcze tak nieznaczne lub znajdować się w miejscach dla czynności narządu mniej ważnych, że się klinicznie jeszcze nie ujawniają, są przeto utajone, a dopiero stan biegunkowy je ujawnia. Dlatego można stan biegunkowy, względnie silny środek przeczyszczający, spożytkować jako **próbę przeczyszczającą dla wykazania utajonej niedomogi serca**. Jeżeli po

użyciu kilkodniowem (zwykle przez trzy dni) silnych środków przeczyszczających (senna, frangula, jalapa) albo wody gorzkiej (woda morszyńska), pojawi się wśród biegunki obok ogólnych objawów, jakoto znacznego stopnia osłabienia, bladości skóry, zajęcia głowy, — tętno przyspieszone miękkie, drobne, a nawet przerywane, tony serca głuche, a możliwie i dusznica, to należy przypuścić, że istnieje zmniejszenie energii zapasowej serca bądź z powodu zmian anatomicznych, bądź odżywczych (myopathia cordis).

O ile z pojawienia się niemiarowości (pararrhythmus) serca i dusznicy sercowej wśród biegunki możnaby wnosić o jakości i miejscu zmian w sercu, tego nie będziemy roztrząsać na tem miejscu.

Z badań nad wielobiegunową mitozą.

Podał

K. Kostanecki.

Wzajemny stosunek promieniowań i chromosomów w wielobiegunowych mitozach.

W niedawno ogłoszonych uwagach [1]) zastanawiałem się nad wytłomaczeniem zwiększonej ilości biegunów w wielobiegunowych mitozach.

Drugą sprawą, która w obrazach figur mitotycznych wielobiegunowych uderza i odznacza się swą różnorodnością, jest ugrupowanie wzajemne zwiększonej ilości promieniowań i rozmieszczenie ich wobec chromatyny; stosunek ten występuje najbardziej charakterystycznie w okresie gwiazdy macierzystej, jakoteż w okresach bezpośrednio po niej następujących, i wówczas też odrębne cechy tego układu najbardziej się uwydatniają.

Nie wszędzie, gdzie w jednem ciele komórkowem mamy więcej niż dwa promieniowania, tworzą się obrazy wielobiegunowej mitozy; nie będziemy mówili o mitozie wielobiegunowej, jeśli np. w przypadkowo (wszystko jedno z jakiego powodu) niepodzielonem ciele komórkowem mamy dwa (por. ryc. A), trzy, czy też nawet i większą ilość wrze-



Ryc. A wedle Baltzera.

cionek, leżących w większym odstępie i nie oddziaływających na siebie, nie łączących się swemi promieniowaniami. Bardzo ciekawe obrazy np., które uzyskiwał Brachet w wielokrotnie zapłodnionych (polispermicznych) jajkach żaby (por. ryc. B) lub Kopsch w preparatach brzegów tarczy



Ryc. B wedle Bracheta.

zarodkowej u Belone acus (ryc. C), nie podpadają pod



Ryc. C wedle Kopscha.

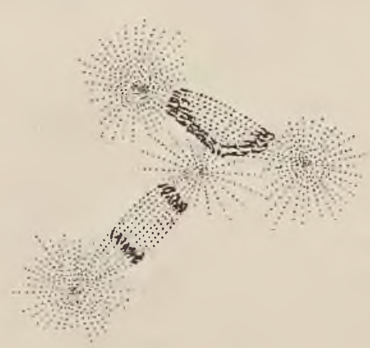
pojęcie wielobiegunowej mitozy, lecz dają przykład wielu niezależnie od siebie wśród plazmy rozmieszczonych wrzecionek dwubiegunowych

Dopiero, jeśli wrzecionka z promieniowaniami nie są od siebie oddzielone pewną warstwą obojętnej plazmy i przychodzi bądź to do połączeń między promieniowaniami wrzecionek, bądź też do oddziaływania promieniowań jednego wrzecionka na chromosomy drugiego, otrzymujemy charakterystyczne cechy wielobiegunowej mitozy.

Formą niejako przejściową między niezależnemi wrzecionkami, leżącemi tylko we wspólnem ciele komórkowem, a między mitozą wielobiegunową są np. znane nam już obrazy, opisane przez Henneguyego i Bracheta (por. ryc. D_1 i D_2), w których jak widzieliśmy, promieniowanie je-



Ryc. D_1 wedle Bracheta.



Ryc. D_2 wedle Henneguy'ego.

[1]) por. Przegląd Lekarski 1911, Nr 22.

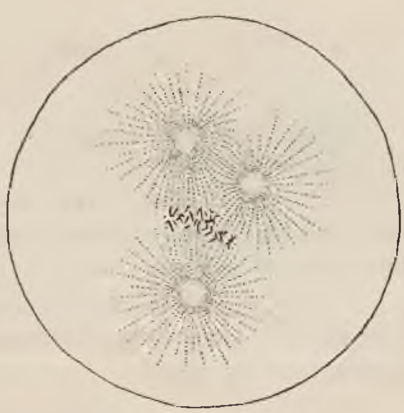
dnego wrzecionka, zbliżone do chromosomów drugiego, wywoływa zboczenie w ich układzie, pociągając i przytrzymując je częściowo ku sobie.

Cały szereg przykładów poucza nas, że wytworzenie się wielobiegunowej mitozy zależne jest od blizkiego położenia wrzecionek, a głównie od położenia promieniowań jednego wrzecionka w stosunku do chromosomów drugiego. Jeśli zaś cofniemy się wstecz i pomyślimy, że wrzecionko tworzy się przez to, iż jądro rozpada się na chromosomy, a bieguny wrzecionka przez podział centriolu, który w stanie spoczynku i nawet w pierwszych okresach mitozy ściśle do jądra przylega, to ogólniej powiedzieć możemy, że wielobiegunowa mitoza, różnorodność jej typów, polegająca na tak różnorodnem ugrupowaniu promieniowań i chromatyny, zależna jest przedewszystkiem od wzajemnego rozmieszczenia jąder w plazmie wspólnego ciała komórkowego i od kierunku osi rozwijających się wrzecionek, co znowuż jest w zależności od tego, po której stronie jąder leżą ich centriole.

W pierwszym mym artykule o wielobiegunowej mitozie mówiłem o tem, że trójbiegunowowa mitoza (a nawet czterobiegunowa) może się czasem wytworzyć z jądra jednowartościowego (t. j. mającego normalną ilość chromosomów) skutkiem przedwczesnego podziału centriolu — czy to na jednym, czy na obydwu biegunach zwykłego dwubiegunowego wrzecionka — na dwa centriole drugiego pokolenia (por. ryc. E_1 i E_2); że w takim razie centriole ze



Ryc. E_1 wedle Schockaerta.



Ryc$_2$ E wedle Baltzera.

swemi promieniowaniami grupować się będą około wspólnej masy chromosomów, łatwo zrozumiemy. Jeśli mamy jądro, które powstało ze zlania się kilku jąder (t. zw. synkaryon), w takim razie centriole, których liczba zwykle odpowiadać będzie zdwojonej liczbie jąder, z której synkaryon powstał, również ugrupują się ze swemi promieniowaniami około wspólnej grupy chromosomów; już więcej różnorodne będzie ugrupowanie mas chromatycznych przy jądrach płatowatych lub leżących blizko siebie, a oczywista najróżnorodniejsze będzie rozmieszczenie pojedynczych grup chromosomów, o ile powstają one z jąder, leżących w większem od siebie oddaleniu. Nie możemy omawiać tu dokładniej różnych czynników, wpływających na to, że jądra, zawarte w większej ilości wśród jednej komórki [1]), raz mogą pozostawać jako niezależne jądra w większem od siebie oddaleniu, drugi raz zbliżać się aż do zetknięcia, a nawet zlania, tworząc czy to stos jąder, czy jądro płatowate, czy wreszcie jedno wspólne jednolite pęcherzykowate jądro (synkaryon).

Stwierdzić tylko możemy, że położenie jąder jest niejako ustalone w chwili, gdy jądro wstępuje w okres mitozy, czyli że chromosomy tworzą albo zupełnie, albo mniej więcej wspólną masę, albo też tworzą odrębne grupy, leżące w mniejszem lub większem od siebie oddaleniu; centriole, otoczone promieniowaniem, opanowują nietylko chromosomy, powstające z tych jąder, do których centriole pierwotnie należały, ale dążą one do owładnięcia także chromosomów, pochodzących z innych jąder, o ile te leżą w pobliżu, w ich sferze działania (por. powyżej ryc. D_1 i D_2); co się natomiast tyczy wzajemnego stosunku promieniowań z centriolami podczas mitozy, to nie mają one tendencyi skupiania, zbliżania i zlewania się, przeciwnie wykazują dążność do oddalania się, każde stara się wytworzyć własną sferę działania, co mianowicie wyraźnie występuje między promieniowaniami nie połączonemi grupami chromosomów; chromosomy są niejako łącznikiem między promieniowaniami.

Ta zależność powstawania figur mitotycznych wspólnych wielobiegunowych od położenia jąder jaknajwyraźniej ujawnia się przy polispermii.

Wielokrotnie zapłodnione, polispermiczne jajko uważać możemy za komórkę wielojądrową (to, że każde jądro plemnika zawiera, jak wiemy, tylko połowę ilości chromosomów w stosunku do komórek somatycznych, jest dla nas chwilowo obojętne); jądru każdego plemnika towarzyszy centriol, który następnie dzieli się na dwa.

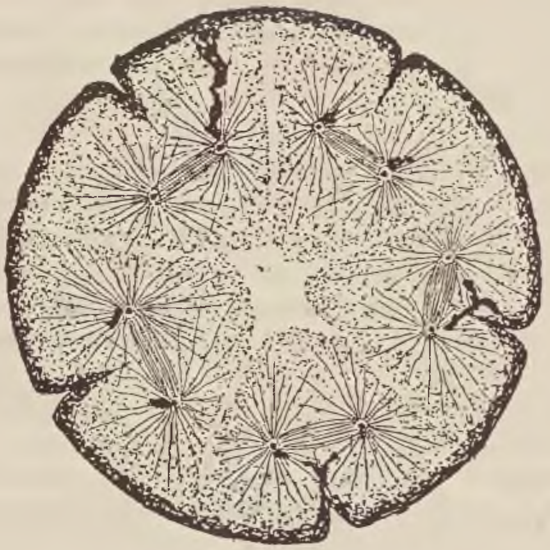
Losy tych plemników zależne są od tego, czy pozostają one w większem oddaleniu od siebie, a głównie od jądra jajka, czy też się ku niemu zbliżają, a to zależy głównie od wielkości jajka, albo raczej od ilości zawartej w niem deutoplazmy, t. j. żółtka.

U niektórych zwierząt, które posiadają jajko bardzo wielkie, polispermia należy do objawów prawidłowych, ale z całego szeregu plemników, jakie wnikają, jeden tylko łączy się z jądrem jajka, dając wrzecionko dwubiegunowe, inne zaś tworzą niezależne odrębne dwubiegunowe wrzecionka, nie łączące się w figury wielobiegunowe.

Polispermia, wywołana sztucznie w jajkach żaby, zawierających dużą masę żółtka, wiedzie również do wytworzenia się szeregu niezależnych, w równomiernych odstępach ułożonych wrzecionek (Brachet, Herlant, por. ryc. F)

U zwierząt posiadających małe stosunkowo jajka, a głównie u zwierząt z równomiernie rozłożoną deutoplazmą, daje wielokrotne zapłodnienie obrazy bardzo różnorodne i przez to niezmiernie pouczające. Polispermiczne jajka spotyka się dość często pomiędzy innemi prawidłowo za-

[1]) Biorę tutaj na uwagę tylko jądra pełnowartościowe' z których każde posiada swój centriol; w niektórych komórkach (np. leukocytach) mamy bowiem jądra płatowate albo szereg małych pęcherzykowatych osobnych jąder, które są jednakowoż raczej tylko kawałkami jądra i które dopiero wszystkie razem wzięte reprezentują pełną wartość jądra, w chwili mitozy wszystkie razem dopiero dają normalną ilość chromosomów w dwubiegunowem wrzecionku. Takie cząstkowe jądra mogą powstawać albo przez to, że po ostatniej mitozie chromosomy gwiazdy potomnej utworzyły grupami kilka małych pęcherzykowatych jąder albo też przez późniejszą zmianę kształtu, przewężanie się i rozdzielenie się jądra pierwotnie okrągłego.



Ryc. F wedle Bracheta.

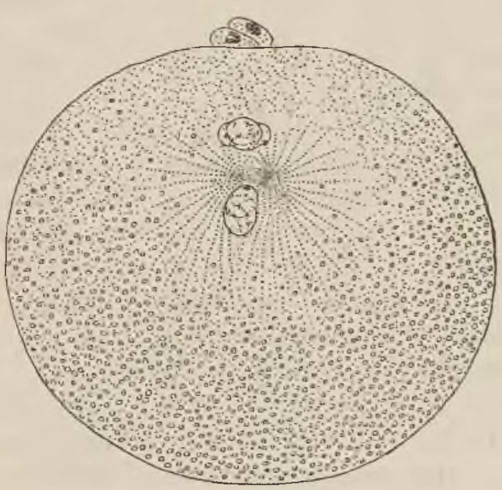


Ryc. H_1 wedle Wilsona.



Ryc. H_2 wedle O. Hertwiga.

płodnionemi jajkami, albo też można polispermię otrzymać sztucznie (przez dodanie bardzo dużej ilości plemników w stosunku do jajek, przez zastosowanie różnych odczynników chemicznych, bodźców mechanicznych, termicznych i t. p.); obrazy wielokrotnie zapłodnionych jaj badane były dokładnie, począwszy od prac Fola, braci Hertwigów (1887) aż do ostatnich lat, ponieważ dawały one podstawę do rozstrzygnięcia szeregu zagadnień z życia komórki, jak analizy mechaniki mitozy, istoty procesu zapłodnienia, sprawy dziedziczności i t. p. Przy prawidłowem zapłodnieniu jedna główka (jądro) plemnika zbliża się, poprzedzona zazwyczaj swem zdwajającem się promieniowaniem, ku jądru jajka (por. ryc. G), aby się z niem zetknąć lub, u znacznej części



Ryc. G. Zapłodnione jajko Cerebratulus marginatus.

zwierząt, nawet i zlać; promieniowania plemnika z centriolami tworzą bieguny pierwszego wrzecionka podziału (fuseau de ségmentation, Furchungsspindel), centriol jajka zanika; taksamo i przy wielokrotnem zapłodnieniu główki plemników dążą ze swemi promieniowaniami ku leżącemu w środku lub blizko środka jądru jajka i o ile wszystkie jądra plemników zetkną się istotnie z jądrem jajka, mogą one tu tworzyć stos jąder albo też zlać się we wspólne wielkie jądro (por. ryc. H_1), około nich lub niego i taksamo, gdy wszystkie jądra rozpadną się na chromosomy, około wspólnej masy chromosomów (por. ryc. H_2), układają się jak na obwodzie kuli promieniowania plemników, których liczba odpowiada zdwojonej ilości plemników; układają się one zazwyczaj w bardzo regularnych odstępach, tak że otrzymujemy jakoby wielościan, wrysowany w kulę, którego wierzchołki oznaczają promieniowania a krawędzie wrzecionka (por. ryc. H_3).



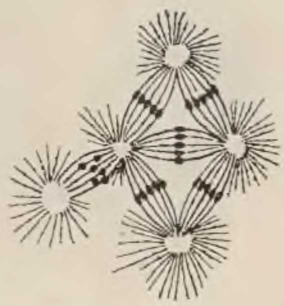
Ryc. H_3 wedle O. i R. Hertwigów; wyrysowane są tylko wrzecionka leżące w jednej połowie kuli.

Czasem jednak tylko część główek plemników dotrze do jądra jajka i wytworzy regularne figury wielobiegunowe, reszta zaś może się spóźnić w swej wędrówce, czy to skutkiem tego, że nie wszystkie plemniki równocześnie wniknęły, czy też skutkiem tego, że rozwijające się ich promieniowania ze sobą kolidowały i odpychały się; te plemniki mogą rozpaść się na chromosomy i wytworzyć wrzecionka w pewnem oddaleniu od jądra jajka, a więc od głównej figury mitotycznej, w której mieszczą się chro-

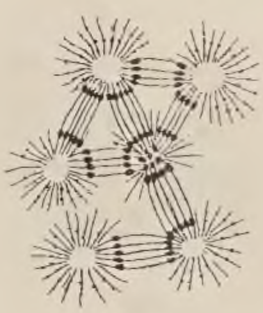
mosomy jajka i szeregu plemników, i tu znów mogą one albo leżeć w znaczniejszem od niej oddaleniu, oddzielone warstwą obojętnej, ziarnistej plazmy, nie łącząc się z nią zupełnie (por. ryc. I_1), albo też wrzecionka te mogą jednym biegunem zbliżać się do głównej figury i tworzyć w ten sposób częściowo łączny obraz (por. ryc. I_2).

Jeżeli zaś w polispermicznie zapłodnionem jajku jeden tylko plemnik dotrze ze swem promieniowaniem do jądra jajka i wytworzy z niem dwubiegunowe wrzecionko, inne plemniki mogą albo wytworzyć zupełnie samodzielne, niezależne, w pewnem oddaleniu leżące wrzecionka, albo też jednym biegunem mogą się te wrzecionka zbliżyć do głównego i łącznie z niem tworzyć wielobiegunową figurę (por. ryc. I_3 i I_4).


Ryc. I_1.


Ryc. I_2.


Ryc. I_3.


Ryc. I_4.

Ryc. I_{1-4}. Wielokrotnie zapłodnione jajka jeżowców wedle O. i R. Hertwigów.

Wrzecionka plemników, leżące w plazmie w pewnem oddaleniu od amfikaryotycznych wrzecionek, (t. zn. wrzecionek, zawierających chromosomy jądra jajka i plemników), mogą znowuż, o ile leżą po kilka blizko siebie, wytwarzać łączne figury wielobiegunowe (por. ryc. I_1).

Szereg kombinacyi wielobiegunowych figur, jakie możemy mieć w jajkach polispermicznych, opisywali u jeżowców bracia Hertwigowie; zupełnie podobne obrazy spotykałem w jajkach Mactry, ale ani opisem, ani setkami figur nie możnaby przedstawić wyczerpująco tej olbrzymiej różnorodności, jaka tu panuje; sądzę jednak, że te uwagi wystarczą, aby przedewszystkiem zaznaczyć wpływ położenia jądra na obraz wytwarzającej się wielobiegunowej figury.

Poznanie tej kategoryi wielobiegunowej mitozy pozwoli nam też łatwiej ocenić obrazy, które powstają czy to w doświadczeniach nad jajkami, czy też w pierwszych blastomerach, czy wreszcie w komórkach somatycznych (prawidłowych lub nowotworowych), skutkiem tego, że poprzedniej mitozie nie towarzyszył podział komórki.

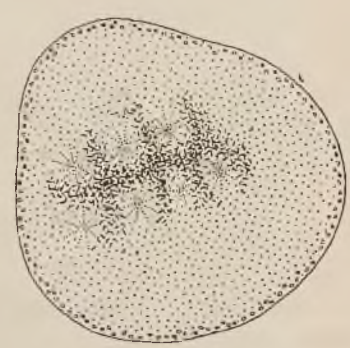
Jeśli np. po dwubiegunowej mitozie mamy komórkę dwujądrową i obok każdego jądra znajduje się przynależny doń centriol, to uwzględniając prawa mitozy, które poznaliśmy, stwierdzić musimy, że anomalią byłoby powstanie w takiej dwujądrowej komórce mitozy dwubiegunowej, z góry natomiast musimy oczekiwać czterech biegunów, których pojawienie się będzie tylko naturalnem następstwem poprzedniej nieprawidłowości, t. j. niewystąpienia podziału ciała komórkowego po poprzedniej mitozie; jeśli i w dalszym ciągu podział ciała komórkowego nie towarzyszy mitozie, otrzymujemy przy każdej nowej mitozie zdwajającą się ilość biegunów (o możliwości pewnych wahań co do ilości biegunow mówiłem w poprzednim artykule).

I tu znów, podobnie jak w polispermicznych jajkach, możemy mieć albo niezależnie od siebie leżące odrębne dwubiegunowe wrzecionka, albo też mogą się tworzyć łączne figury mitotyczne, a więc mitozy wielobiegunowe; zależy to znowuż od tego, jak wrzecionka leżą względem siebie i o ile silnie rozwinięte są ich promieniowania, dla położenia zaś wrzecionek, jak już mówiliśmy, decydującem będzie wzajemne położenie jąder, wstępujących w okres mitozy.

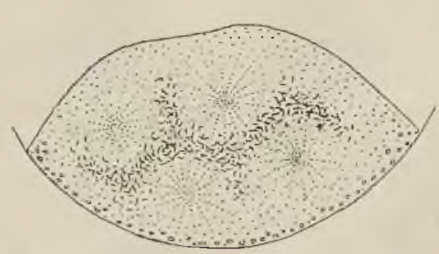
Jeśli mitozy szybko po sobie następują, a więc przedewszystkiem w doświadczeniach na jajkach w pierwszym okresie rozwoju, możemy bezpośrednie następstwo zmian łatwo wyśledzić i zależność obrazów mitotycznych od położenia jąder niezmiernie wyraźnie stwierdzić.

Tam, gdzie jądra leżą w pobliżu, a tem więcej, gdzie się zlewają, tworząc płatowate albo jednolite kuliste lub owalne synkaryonty (por. ryc. K_1), otrzymujemy kłębki chromosomów blizko siebie ułożone albo nawet zupełnie jednolite i w okresie gwiazdy macierzystej łączną ale naturalnie na wrzecionka odpowiednio rozłożoną płytę równikową chromosomów (ryc. K_2 i K_3).


Ryc. K_1.


Ryc. K_2.

Jajka Mactry rozwijające się partenogenetycznie bez podziału plazmy.


Ryc. K_3.

Jeden z blastomerów partenogenetycznie rozwijającego się jajka Mactry.

O ile zaś jądra w większej ilości rozmieszczone były w plazmie mniej więcej równomiernie (ryc. L_1) i promieniowania wrzecionek przy mitozie silnie są rozwinięte, tak że opanowują leżące w pobliżu chromosomy, mogą się tworzyć obrazy wielobiegunowej mitozy, jakie opisałem w jajkach Mactry, rozwijających się partenogenetycznie bez podziału plazmy, a które ilustrują ryc. L_2—L_5. W okresie gwiazdy macierzystej całe ciało komórkowe wypełnione jest niezmiernie regularnie rozłożonymi chromosomami i pro-



L_1.



L_2.



L_3.



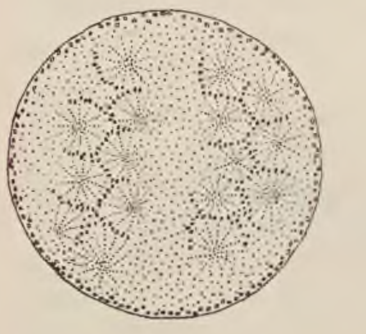
L_4.



L_5.

Ryc. L_1—L_5. Jajka Mactry.

mieniowaniami, chromosomy tworzą jakby ściany pianki albo woszczyny, a wnętrze każdego pola zajmują promieniste słońca; widzimy, że odstęp między promieniowaniami



M_1.



M_2.

Ryc. M_1 i M_2. Jajka Mactry.

jest zupełnie równy, co odnieść należy do wpływu odpychającego, jaki jedna sfera na drugą wywiera. Obrazy mitotyczne, jak w ryc. M_1, odnieść trzeba do rozmieszczenia jąder widocznego w ryc. M_2; tutaj odstęp między grupami jąder, leżącemi po jednej, a jądrami, leżącemi po drugiej stronie, był zbyt wielki i stąd nie przyszło do połączeń między temi dwiema grupami mitotycznemi wielobiegunowemi. Ryc. zaś N_1 i N_2 przedstawiają obrazy rozwoju jajka zapłodnionego Mactry, u którego odbywał się podział jąder, ale podział plazmy był powstrzymany. Jądra ułożyły się zupełnie, jak w prawidłowo rozwijającem się jajku blizko obwodu, tylko brak jest granic, oddzielających terytorya komórkowe; ryc. N_2 przedstawia obraz przekroju ta-



N_1.

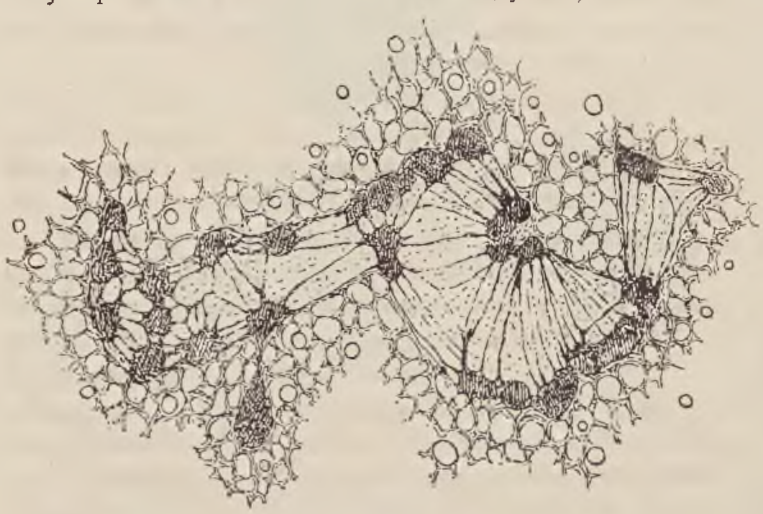


N_2.

Ryc. N_1 i N_2. Jajka zapłodnione Mactry.

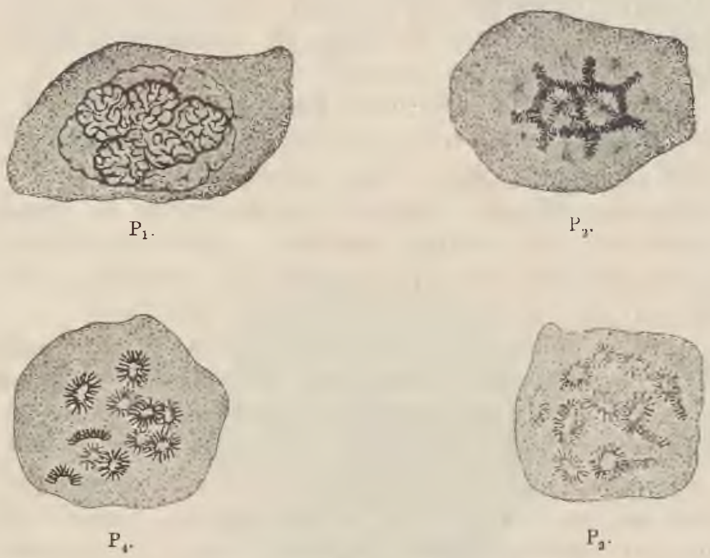
kiego jajka w mitozie. Rekonstruując obraz całego jajka z szeregu przekrojów, widzimy, że mitozy ułożone są jakby w siatkę pod powierzchnią kuli, wnętrze zaś jest wypełnione obojętną plazmą.

Jako dalszy przykład jednej z form, ilustrujących dobrze zależność konfiguracyi wielobiegunowej mitozy od rozmieszczenia jąder, mogą nam służyć obrazy, opisywane przez Hisa i innych autorów w obwodowych częściach tarczy zarodkowych niektórych zwierząt, których jaja dzielą się meroblastycznie. Na brzegach tarczy zarodkowej pozostaje zawsze masa protoplazmatyczna niezróżnicowana chwilowo w odrębne terytorya komórkowe, zawierająca większą ilość jąder (t. zw. syncytyum); leży ona podobnie jak cała tarcza zarodkowa na wielkiej masie deutoplazmy, żółtka; w tej cienkiej stosunkowo blaszce plazmy leżą jądra obok siebie, po części połączone albo też i zlane ze sobą. Przechodząc w okres mitozy, tworzą one jakby rodzaj opony, sieci złożonej z promieniowań i chromosomów (ryc. O).



Ryc. O wedle Hisa.

Obrazy, które poznaliśmy we wczesnych okresach rozwoju jajka, dają nam wskazówki do ocenienia wielobiegunowej mitozy w komórkach somatycznych, jak olbrzymich komórkach szpiku kostnego, wątroby zarodka (por. ryc. $P_1 - P_4$), w doczesnej, w tkankach odradzających się,



Ryc. $P_1 - P_4$. Komórki olbrzymie wątroby zarodka.

a taksamo i w nowotworach. Geneza ich niewątpliwie jest tasama, t. j. pochodzą one stąd, że poprzednim mitozom nie towarzyszył podział komórki. Przeważnie mamy w nich typ mitozy z jednolitą łączną, rozgałęzioną płytą równikową chromosomów (por. ryc. P_2), ale też jądra w stanie spoczynkowym leżą w tych komórkach olbrzymich zwykle blizko siebie, przeważnie nawet stykają się (tworząc albo stos, albo wieniec, albo jakby kulę wewnątrz pustą i t. p.), przytem przeważnie zlewają się ze sobą, dając jądra płatowate albo też nieraz prawie zupełnie kuliste synkaryonty. A z różnego kształtu obrazu gwiazd macierzystych, mianowicie, że spotyka się i różne obrazy okresu przejściowego, t. j. kłębka macierzystego (por. ryc P_1), można jeszcze odtworzyć sobie obraz rozmieszczenia jąder w stanie spoczynku.

Co na to wpływa, że jądra, czy to w komórkach olbrzymich, czy też w wielojądrowem niepodzielonem jajku lub blastomerach czasem zachowują swą samodzielność, czasem zaś mają tendencyę zbliżania się i tworzenia mniej lub więcej jednolitych synkaryontów, tego wytłomaczyć na razie nie możemy. Przy doświadczeniach różne czynniki, którymi powstrzymujemy podział komórki, różnie pod tym względem działają, a czasem nawet w tem samem doświadczeniu w różnych fazach rozwoju jądra zachowują się różnie, np. w pierwszych okresach partenogenetycznego rozwoju u Mactry, wywołanego zadziałaniem chlorku potasu, jądra miały tendencyę zlewania się, w późniejszych natomiast okresach zachowywały swą samodzielność.

———

Oddawna już autorowie, opisujący wielobiegunowe figury mitotyczne, starali się sformułować pewne prawa, wedle których promieniowania i chromosomy względem siebie się układają.

Krompecher w pracach swych podnosił słusznie, że przy ocenianiu figur wielobiegunowych musimy mieć na uwadze, iż bieguny i wrzecionka nie zawsze leżą w jednej płaszczyźnie, ale że tworzą one figury stereometryczne; prócz tego zwracał on również słusznie uwagę na to, że jedna i tasama forma przestrzenna, widziana pod mikroskopem z różnych stron, może dać pozornie bardzo odmienny obraz, tak np. różne formy czterobiegunowej mitozy (poza niektóremi formami, gdzie bieguny i wrzecionka są ugrupowane w jednej płaszczyźnie) sprowadza on do typu czworościanu umiarowego, tylko w rozmaitem położeniu.

Mojem zdaniem zupełnie niesłusznie czyni tylko Krompecher poprzednim autorom zarzut, jakoby opisane przez siebie obrazy pojmowali, jako leżące w jednej płaszczyźnie; cały szereg autorów poprzednio już w opisach swych zwracał uwagę na obrazy figur przestrzennych, jakie przy wielobiegunowej mitozie wynikają i w rycinach to niejednokrotnie uwydatniał. W dążeniu zaś swem sprowadzenia obrazów wielobiegunowych mitotycznych do typu wielościanów umiarowych, w. foremnych, w. Platona (t. j. czworo- sześcio-ośmio-dwunasto- i dwudziestościanów) poszedł Krompecher za daleko w schematyzowaniu; jak zobaczymy, już przy czterobiegunowej mitozie, którą Krompecher głównie analizuje, mamy tak różnorodne obrazy, że kategorye Krompechera ani w przybliżeniu ich nie wyczerpują. Co się zaś tyczy figur o większej ilości biegunów, to bieguny te nietylko odpowiadać mogą wierzchołkom wielościanów umiarowych (4—6—8—12—20-ścianów), lecz ilość biegunów może być dowolna, czyli że mogą się tworzyć wielościany z bardzo różną ilością wierzchołków, czasem są one istotnie jakby wpisane w kulę, ale czasem także tworzą one bryły o znacznie mniej regularnych kształtach. Mojem zdaniem różnorodność obrazów jest zbyt wielka, aby się dały wtłoczyć w kilka tylko figur przestrzennych.

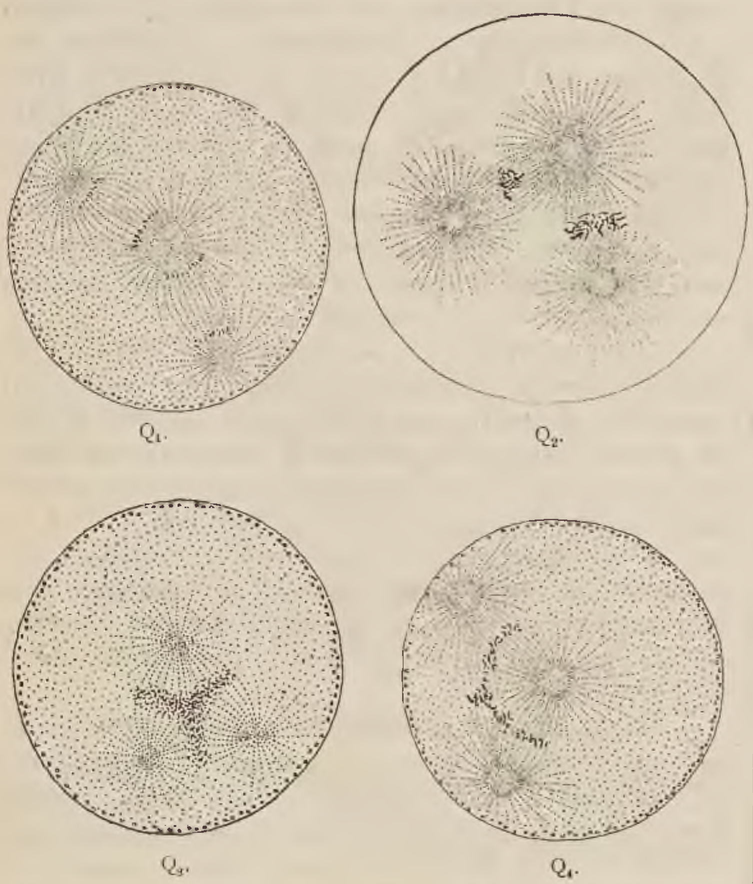
Część autorów rozróżnia kształty figur mitotycznych wielobiegunowych wedle układu wzajemnego promieniowań, inni zaś kładą główny nacisk na układ chromatyny w okresie gwiazdy macierzystej, akcentując wytwarzanie się jednolitej rozgałęzionej blaszki równikowej chromosomów (plaque nucléaire multiple, einheitliche verzweigte Kernplatte i t. p.); tak np. niektórzy oznaczają nazwą Triaster obraz trzech promieniowań, inni tej nazwy używają do oznaczenia tych obrazów, gdzie chromosomy, ułożone w równikach każdego z wrzecionek, stykając się ze sobą, tworzą jakby gwiazdę o trzech promieniach.

Mojem zdaniem będziemy mogli, o ile chodzi o definitywnie rozwinięte figury wielobiegunowe, a więc przedewszystkiem o obrazy gwiazdy macierzystej, najlepiej zoryentować się w różnych obrazach, jeśli weźmiemy za wytyczne punkta bieguny, a więc centra promieniowań i osi wrzecionek. Chromosomy dają mniej przydatne kryteryum do rozróżniania, a to z kilku powodów: nasamprzód promieniowania i łączące je wrzecionka taksamo, jak przy dwubiegunowej mitozie, uzyskawszy pewien stopień wzajemnej równowagi, pozostają przez dłuższy okres we względnie stałem położeniu, natomiast chromatyna zmienia swe położenie, z układu równikowego przez metakinezę przechodzi w układ gwiazd potomnych, co całemu obrazowi nadaje zaraz inne cechy; następnie, jeśli nawet weźmiemy same obrazy gwiazd macierzystych, to, o ile chodzi o ustawienie pewnych ogólnych praw dla różnych zwierząt i różnych komórek, musimy mieć na uwadze, że chromosomy,

tworzące blaszkę równikową w niektórych komórkach, u niektórych zwierząt ułożone są tylko na obwodzie w równiku wrzecionka, tak że widziane z góry ułożone są jakby na obwodzie koła, u innych natomiast rozmieszczone są i wśród wrzecionka, tak że widziane z góry leżą nietylko na obwodzie koła, ale i wśród niego; następnie, jeżeli mamy choćby trzy wrzecionka na biegunach połączone, to, o ile wrzecionka są wysmukłe, chromosomy w równikach ich mogą tworzyć trzy osobne zupełnie blaszki równikowe, o ile natomiast wrzecionka są szersze, mogą się nagromadzone w równiku trzy blaszki chromosomów ze sobą zetknąć i będą np. widziane z boku tworzyły to, co autorowie niemieccy nazywają »Dreistrahl«.

Aby uprzytomnić ogromną różnorodność obrazów, mogących się tworzyć przy większej ilości biegunów, ograniczę się do przedstawienia szeregu napotykanych w mych preparatach (jajkach Mactry) figur dwóch najprostszych form wielobiegunowej mitozy, t. j. figur trój- i czterobiegunowych.

Przy trójbiegunowej mitozie spotykałem obrazy, które tłomaczą nam ryc. Q_{1-4}, (por. także ryc. E_1 i E_2).



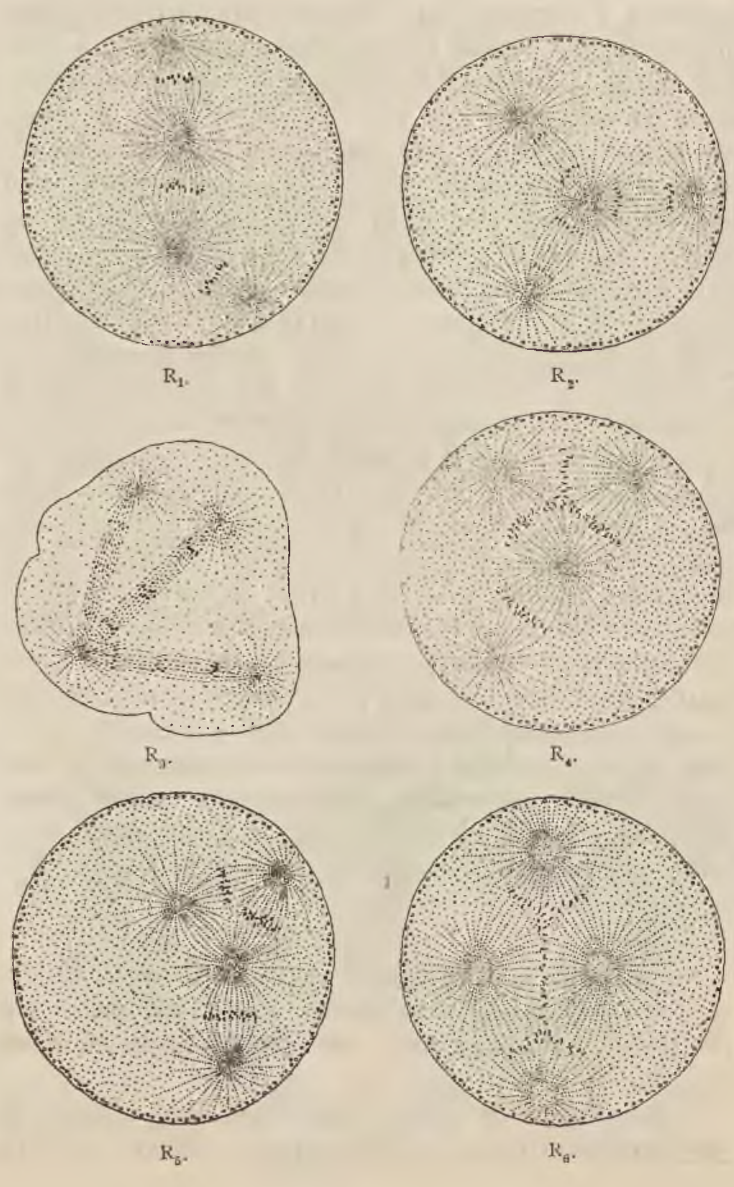
Ryc. Q_1, Q_3, Q_4. Jajka Mactry, Q_2. Jajko jeżowca wedle Baltzera.

Możemy mieć dwa wrzecionka, mające jeden biegun wspólny, osi wrzecionek mogą albo leżeć jedna w przedłużeniu prostolinijnem drugiej albo też mogą być pochylone ku sobie pod kątem mniej lub więcej rozwartym (Q_1), prostym albo mniej lub więcej ostrym. Dwa bieguny mogą albo mieć promieniowania zupełnie samodzielne (Q_2) o ile zaś ich promieniowania się połączą i wytworzą trzecie wrzecionko, otrzymujemy obraz trójkąta równobocznego lub równoramiennego (ryc. Q_3 i Q_4). Jedno z wrzecionek może być »fuseau achrome«, t. j. może zupełnie nie zawierać chromosomów, które ograniczają się wówczas tylko do dwóch wrzecionek, albo też chromatyna może być rozłożona na wszystkie trzy wrzecionką, równomiernie (ryc. Q_3.) albo i nierównomiernie (Q_4).

O wiele już więcej możliwych kombinacyi mamy przy mitozie czterobiegunowej; w ryc. $R_1 - R_8$ daję tylko stosunkowo mały wybór, niejako tylko główne typy napotkanych przezemnie figur, nie mogąc się pokusić o przedstawienie całego mnóstwa form przejściowych.

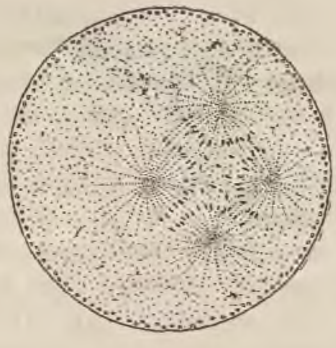
I tak możemy mieć układ łańcuchowy, jak w ryc. R_1; albo, o ile wszystkie trzy wrzecionka mają biegun wspólny, układ promienisty (R_2); z tego wspólnego bieguna w matematycznie równych odstępach rozchodzą się osi trzech wrzecionek; o ile wspólny wszystkim trzem wrzecionkom biegun przesunie się ku obwodowi, osi wrzecionek pod kątem mogą być ku sobie zbliżone (ryc. R_3).

Albo też cztery bieguny mogą układać się w ten sposób, że trzy tworzą wspólną jakby podstawową trójkątną figurę, a do jednego z biegunów dołączone jest jakby dodatkowe wrzecionko (R_4 i R_5); wrzecionka trójkąta podstawowego mogą albo wszystkie zawierać chromatynę, która tak, jak w ryc. R_4 w okresie gwiazdy macierzystej może po części się stykać, albo też jedno z wrzecionek może być pozbawione chromatyny (R_5), dodatkowe zaś wrzecionko może być więcej lub mniej pochylone ku jednej ze ścian trójkąta.





R_7.



R_8.



R_9.

Ryc. R_1, R_2, R_4—R_9. Jajka Mactry, ryc. R_3 jeden z blastomerów Ascaris lumbricoides wedle Kr. Bonnerie.

Jeśli pomyślimy sobie wrzecionko w rycinie R_4 pochylone jeszcze więcej, promieniowanie jego swobodnego bieguna zyska łączność z sąsiednim biegunem i wytworzy się wówczas obraz czworoboku, jak w ryc. R_6. W czworobokach takich odstęp biegunów albo może być zupełnie równy (R_8), tak że otrzymujemy obraz zupełnie regularnego kwadratu, albo też tworzą się romby, romboidy (R_6 i R_7); oprócz wrzecionek, tworzących ściany czworoboku, mogą być i między przeciwległymi biegunami wrzecionka przekątne (R_6, R_7).

Chromatyna albo może być ułożona we wszystkich wrzecionkach, przyczem ogólny jej obraz zależny będzie od oddalenia biegunów, albo niektóre (jak w ryc. R_5, R_7) mogą być pozbawione chromatyny.

Przy takich obrazach jak R_4, R_5, a nawet R_6 i R_7, nie zawsze, a nawet rzadko tylko wszystkie cztery bieguny leżą w jednej albo mniej więcej w jednej płaszczyźnie; wobec trzech biegunów (które zawsze pomieścić możemy w jednej płaszczyźnie) czwarty leżeć może w płaszczyźnie innej, tak że przynależne doń wrzecionko może być pod różnym kątem i w różnym kierunku wobec głównej figury pochylone. Biegun taki, leżący w innej płaszczyźnie, niż trzy bieguny, może być połączony wrzecionkiem tylko z jednym biegunem albo z dwoma, albo też najczęściej z trzema; oprócz trzech wrzecionek podstawowych mamy wówczas dalsze trzy wrzecionka, łączące czwarty biegun z trzema innymi, czyli tak częsty przy czterobiegunowych mitozach obraz czworościanu umiarowego (R_9), którego wrzecionka znów albo wszystkie, albo częściowo mogą zawierać chromosomy.

Kształtów ogólnych grup chromatynowych z osobna w różnych tych kategoryach figur czworobocznych nie omawiam: są one zbyt różnorodne i zależne od tego, czy grupy chromosomów powstały z jąder, leżących w większem od siebie oddaleniu, czy też z jąder, stykających się albo ze zlanych ze sobą synkaryontów, następnie, przy układzie bryłowatym, obraz tej samej figury mitotycznej, widzianej z różnych stron, może być bardzo różny.

Jeśli już przy czterobiegunowej mitozie zmienność napotykanych obrazów jest tak wielka, to przy mitozie o większej ilości biegunów możliwość różnych kombinacyi układu biegunów i wrzecionek wzrasta niepomiernie, a różnorodność napotykanych istotnie obrazów nie pozostaje wstecz po za teoretycznie wykombinowanemi możliwościami. I tutaj możemy mieć układ łańcuchowy, promienisty, część biegunów może tworzyć jakby główną figurę, do której biegunów, czy to do jednego, czy większej ich ilości dołączają się jakby dodatkowe wrzecionka, czy to dwubiegunowe, czy też znów kilkubiegunowe; albo wreszcie może się tworzyć przez równomierne rozmieszczenie promieniowań i wrzecionek obraz mniej lub więcej regularnego wielościanu; o ile promieniowania nie są rozmieszczone na powierzchni mniej więcej regularnej kuli, lecz jakby przypłaszczonej kuli albo elipsoidu, bieguny przeciwległych ścian mogą być ze sobą połączone wrzecionkami, obrazy jak te, które widzieliśmy na ryc. L_1 — L_5 pouczają nas, że wnętrze kuli może być całe wypełnione i wrzecionkami i promieniowaniami, leżącemi w regularnych odstępach.

Najbardziej skomplikowany obraz dają wielobiegunowe mitozy w okresie t. n. metakinezy, t. j. w okresie, gdy z rozszczepienia chromosomów powstałe chromosomy potomne wędrują ku biegunom; obrazy te na skrawkach spotykamy stosunkowo rzadko, a to dlatego, że metakineza w porównaniu do innych okresów mitozy przebiega szybko; jeśli jednakowoż taki obraz spotkamy, widzimy chromosomy jakby rozsiane w ciele komórkowem, a obraz ten więcej będzie zawiły, im większa jest ilość biegunów i o ile chromosomy, jak to często bywa, nie wszystkie w zupełnie równem tempie ku biegunom się posuwają.

Gdy chromosomy zgromadzą się już na biegunach w kształcie gwiazd potomnych i taksamo, gdy z nich powstaną kłębki potomne, a z tych znów zaczną się wytwarzać przedziurawione pierścieniowate najczęściej jądra, nie zawsze, — mianowicie jeśli zanikły promieniowania i resztki wrzecionek środkowych —, będzie można rozpoznać, jakiego typu wielobiegunową mitozę mieliśmy w poprzednich okresach; zawsze tylko ilość gwiazd, kłębków i jąder potomnych odpowiada ilości biegunów.

Na ukształtowanie się wzajemnego stosunku jąder potomnych może w znacznej mierze wpływać wspomniane powyżej nierównomierne posuwanie się chromosomów ku biegunom w czasie metakinezy. Nieraz bowiem to opóźnienie niektórych chromosomów, które i przy dwubiegunowej mitozie czasem spotykamy, a przy wielobiegunowej nie należy do rzadkości, może być znaczniejsze, i gdy już z przeważnej części chromosomów rekonstruują się kłębki i jądra potomne, to niektóre chromosomy mogą pozostać wzdłuż nitek wrzecionka środkowego. Z takich w wędrówce swej powstrzymanych chromosomów mogą się tworzyć samodzielne małe jądra, albo raczej małe kawałki jąder, czasem znowuż takie chromosomy tworzą jakby łącznik między dwiema głównemi grupami chromatynowemi,

a gdy one taksamo jak gwiazdy potomne zamienią się przez wakuolizacyę i przez pęcznienie na pęcherzykowate jądra, będą tworzyły jakby pomost między jądrami głównemi; takie połączenia, przytrzymujące nawzajem jądra, ułatwiają tworzenie się jąder płatowatych i ewentualne zlewanie się ich, tworzenie się synkaryontów.

Co się tyczy jąder potomnych przy wielobiegunowej mitozie, to niezawsze są wszystkie równe. Wielkość jądra zależy od ilości chromosomów, z których powstaje. Przy dwubiegunowej mitozie chromosomy stoją pod wpływem dwóch promieniowań i po podłużnem rozszczepieniu jedna połowa zostaje pociągnięta ku jednemu, druga ku drugiemu biegunowi; czasem tylko zdarzają się t. n. niesymetryczne mitozy z nierównomiernym rozdziałem chromosomów na dwa bieguny (Hansemann, Stroebe, Galeotti i i.); przy wielobiegunowej mitozie, jak spojrzawszy na którąkolwiek figurę widzimy, każde promieniowanie jednego bieguna może mieć łączność kilku z grupami chromosomów, a znowu ku każdej grupie chromosomów mogą się zwracać promieniowania kilku biegunów, chromosom każdy jednak dzieli się taksamo, jak przy mitozie dwubiegunowej przez rozszczepienie tylko na dwa chromosomy potomne; przy metakinezie skutkiem tego chromosomy nietylko mogą, ale przeważnie muszą rozdzielać się nierównomiernie na pojedyncze bieguny; wyjątkowo, w pewnych warunkach wypaść może i prawie zupełnie, a nawet zupełnie równa liczba chromosomów na każdy biegun i wówczas możemy mieć równie wielkie jądra potomne.

Jest to więc raczej rzeczą przypadku, ile każdemu biegunowi przypadnie chromosomów w udziale; — już wobec choćby niebardzo nawet znacznej liczby chromosomów przy trój- albo czterobiegunowej mitozie ilość możliwych kombinacyi jest niezmiernie wielka. Boveri i Baltzer poświęcili dokładne bardzo prace tym stosunkom w jajkach jeżowców, zapłodnionych dwoma plemnikami, a badanie rozwijających się z takich jajek larw, badanie zmian w obrębie części ich rozwijających się z blastomerów o nierówno rozdzielonych chromosomach, posłużyły Boveriemu do bardzo ważnych, daleko idących wniosków co do różnicy jakościowych właściwości i wartości chromosomów.

Charakterystycznym objawem przy wielobiegunowej mitozie, któremu ona głównie właśnie swe istnienie zawdzięcza, jest to, że wszystkie jądra, zawarte w niepodzielonem ciele komórkowem, zazwyczaj wszystkie równocześnie wchodzą w okres mitozy i że we wszystkich mitoza w równem tempie przebiega; wahanie w przebiegu pojedynczych faz (jak np. wspomniana powyżej nierównomierna wędrówka chromosomów ku biegunom, jak np. spotykane czasem gwiazdy potomne obok przeważnej części kłębków potomnych lub nawet początkowych okresów pęcherzykowatych jąder) czasem tylko mogłem zauważyć, znacznie zaś rzadziej obrazy, aby niektóre (zawsze nieliczne, czasem nawet tylko pojedyncze) jądra pozostały w spoczynku, gdy przeważna część przeszła w mitozę. Częściej spotyka się to w mitozach komórek olbrzymich nowotworowych (Stroebe, Galeotti i i.), choć i tam przeważnie wszystkie jądra równocześnie odbywają mitozę. Ta równoczesnosć zmian w jądrach nietylko zlanych, ale taksamo i we wszystkich jądrach, choćby zachowały one swą samodzielność, ale leżą we wspólnem ciele komórkowem, jak np. w ryc. L_1, M_2, N_1, wskazuje na oddziaływanie wzajemne jądra i plazmy, a jest ona analogią i wyraźniejszem zaznaczeniem objawu, który spotykamy w komórkach o płatowatych lub rozkawałkowanych jądrach, mających jednakowoż razem wzięte morfologiczną wartość tylko jednego jądra, jak np. w leukocytach, w których również zawsze mitotyczne zmiany występują we wszystkich częściach na kawałki rozszczepionego jądra równocześnie.

Figury mitotyczne, wielobiegunowe, czy to takie, które powstały skutkiem tego, że przy poprzednich mitozach nie nastąpił podział ciała komórkowego, czy też takie, które zawdzięczają swe powstanie wielokrotnemu zapłodnieniu, polispermii, czy też wzmożonemu nadmiernie, albo przedwczesnemu podziałowi centriolów, czy też rozwinięciu się centriolów »de novo«, mogą prowadzić do podziału ciała komórkowego. Komórka macierzysta może albo naraz podzielić się na ilość komórek potomnych, odpowiadającą ilości biegunów, albo też podział może być częściowy, mogą się oddzielić terytorya jednojądrowe obok terytoryów wielojądrowych lub zawierających większe zlewające się lub zlane jądra, synkaryonty. Można przytem stwierdzić, że rozmiary komórek, zawierających kilka jąder lub synkaryonty, są większe, że wielkość przypadającej na jądro masy plazmatycznej jest proporcyonalna, ustosunkowana do wielkości jądra; następne mitozy mogą znów te większe terytorya rozłożyć na mniejsze komórki. Tam, gdzie wielokrotna mitoza rozwijała się w komórce, której podział powstrzymały jakiekolwiek wpływy, ten podział następny ma zatem znaczenie procesu regulacyjnego, wiodącego do przywrócenia stosunku prawidłowego albo przynajmniej zbliżonego do prawidłowego.

Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Ducha w Warszawie.

Przyczynek do anatomii przepuklin przykątniczych. Hernia recessus ileo-coecalis superioris.

Napisał

Leon Kryński.

Z istniejących zachyłków otrzewnej, mogących być miejscem tworzenia się przepuklin wewnętrznych (foramen epiploicum (Winslowii), fossa duodeno-jejunalis, recessus paracoecales, fossae praevesicales, fossa intersigmoidea) okolica kątnicy przedstawia stosunki anatomiczne najbardziej różnorodne. Stąd też wynika i rozmaitość postaci spotykanych tu przepuklin, których sposób powstawania i topografia dopiero w nowszych czasach należycie zostały wyświetlone. W sprawie tej jednakże, na co słusznie narzeka Marcinkowski *) w swej pracy, natworzono tyle nazw rozmaitych dla określenia istniejących tworów anatomicznych, że trudno bywa rozeznać się dokładnie w dość chaotycznem mianownictwie oddzielnych autorów. Jest przeto rzeczą bardzo pożądaną racyonalne uproszczenie tej nomenklatury anatomicznej, która i do pojęć klinicznych pewien wprowadza zamęt.

*) Przegląd chirurgiczny i ginekologiczny 1909, T. I.

Jak wiemy, miejsce połączenia dwóch części przewodu jelitowego: kiszki grubej, (kątnicy) i jelita biodrowego, (krętnicy), i stosunek do nich pokrywającej błony otrzewnej i jej fałdów, wytwarza tam trzy główne zachyłki otrzewne, mające znaczenie w patogenezie przepuklin wewnętrznych. Są to, poczynając od dołu:

1. Zachyłek zakątniczy, leżący poza kątnicą i poniżej niej i utworzony w miejscu przejścia otrzewnej ściennej na powierzchnię przednią tej kiszki przez dwa fałdy, idące podłużnie ku dołowi, które przymocowują kątnicę do ściany tylnej brzucha. Odróżniają tu autorzy (Waldeyer, Treitz, Jonnesco) dwa oddzielne zagłębienia: »fossa coecalis«, więcej ku tyłowi i nazewnątrz kątnicy i »fossa subcoecalis« ku dołowi i pod kątnicą, sięgająca niekiedy wzdłuż tylnej jej ściany popod okrężnicę wstępującą. Ponieważ jednak wielkość ich i samo istnienie bywają bardzo niestałe, słusznie uważa Wilms za najodpowiedniejszy pogląd Broesikego, określającego wszystko to, jako jeden twór nazwą »recessus retrocoecalis«, mieszczący się pomiędzy kątnicą a tylną ścianą jamy brzusznej i ograniczony od wewnątrz wspomnianym powyżej fałdem ścienno-kątniczym, od wewnątrz zaś przyczepem krezki kiszkowej do tylnej ściany brzucha.

2. Zachyłek krętniczo-kątniczy dolny mieści się w zagłębieniu poniżej ujścia krętnicy do okrężnicy, ograniczony od tyłu krezeczką wyrostka robaczkowego, od przodu zaś fałdem otrzewnej, biegnącym od dolnego brzegu końca krętnicy do powierzchni krezeczki u nasady wyrostka. Najodpowiedniejsze miano obu tym tworom nadał Jonnesco, nazywając je »plica et recessus ileoappendicularis«, co w sposób krótki i wyraźny określa ich anatomiczną siedzibę.

3. Zachyłek krętniczo-kątniczy górny zajmuje przeciwległy, górny kąt ujścia krętnicy i utworzony jest przez sierpowaty fałd otrzewnej, zaczynający się od przedniej powierzchni krezki krętniczo-kątniczej i ponad wymienionym kątem ujścia krętniczego przechodzący w przednią powierzchnię otrzewnej kątnicy. Jeżeli zgodnie z Jonnesco zachyłek poprzedni nazwiemy »krętniczo-wyrostkowym«, to dla tego pozostanie nazwa »krętniczo-kątniczego«. Zazwyczaj fałd ów bywa wyrażony dość słabo i przedstawia niewysokie grzebykowate pasemko ponad kątem połączenia obu jelit, ten zaś drugi kąt kształtem swym różni się znacznie od analogicznego kąta dolnego. Jest to następstwem przebiegu dolnego końca krętnicy, który zwykle wpada do okrężnicy nie prostopadle do linii jej ściany wewnętrznej, lecz ukośnie od dołu i od strony lewej ku górze i stronie prawej; dzięki temu oba wymienione kąty, górny powyżej ujścia i dolny poniżej niego, nie są sobie równe, proste, lecz pierwszy z nich jest większy, rozwarty, a więc płytszy, drugi zaś, dolny, jest mniejszy, ostry, a więc głębszy. Ten stosunek anatomiczny stwierdziłem wielokrotnie podczas operacyi i na sekcyach, o nim wszakże nie znajduję wzmianki ani u anatomów, ani u chirurgów, którzy sprawy te badali.

Jednakże szczegół ten ułatwia nam bardzo zrozumienie różnicy w zjawiskach klinicznych występowania przepuklin w każdym z tych zachyłków. Albowiem zachyłek krętniczo-wyrostkowy bywa miejscem uwięźnienia przepuklin, jak to kilkakrotnie opisywano (Snow, Riese, Nasse, Little), podobnie jak i zachyłek zakątniczy (Rieux, Engel, Aschoff, Neumann, Funkenstein), natomiast zachyłek krętniczo-kątniczy, zazwyczaj płytki, nie przedstawia interesu pod względem klinicznym, nie spostrzegano w nim bowiem przypadków uwięźnienia wewnętrznego (Wilms, Dmochowski). Z tego względu godzien uwagi jest przypadek uwięźnienia pętli jelitowej w tym zachyłku krętniczo-kątniczym, a więc pierwszy dotychczas tego rodzaju, spostrzegany i operowany przezemnie w zimie roku ubiegłego 1910. We wspomnianej powyżej pracy Marcinkowskiego znajduje się wzmianka o istnieniu jedynego w literaturze przypadku takiej przepukliny, podanego przez Secorda w roku 1906, opis jednakże tego przypadku jest tak niejasny pod względem anatomicznym, że pozostawia wielkie wątpliwości w umyśle czytelnika.

Przypadek mój przedstawia się następująco:

M. L. lat 42, wyrobnik, przybył do szpitala 10. II. 1910 z objawami niedrożności jelit. Cierpienie datuje się od tygodnia i zaczęło się od bolów w prawej połowie brzucha, występujących szczególnie przy pracy i podczas oddawania stolca. Od 4 dni nie ma stolca wcale, brak również wiatrów, natomiast zwiększyła się bolesność i silne wzdęcie brzucha; wymiotował raz jeden rano w dniu przybycia do szpitala, wymiociny miały być żółciowe, nie cuchnące. Mężczyzna dobrego wzrostu, budowy prawidłowej; twarz blada, oczy podkrążone, język suchawy, C. 37·8°, T. 100, dość miękkie. Brzuch jednostajnie wzdęty, o powłokach napiętych, bolesny na ucisk głównie po stronie prawej, gdzie na 3 palce na prawo i poniżej pępka wyczuwa się wyraźnie zwiększony opór, w kształcie ciała guzowatego, elastycznego, nie chełboczącego.

Rozpoznanie wahało się pomiędzy zapaleniem wyrostka robaczkowego i uwięźnieniem wewnętrznem. Operacyę wykonałem wkrótce po przyjęciu chorego do szpitala.

Uśpienie chloroformowe. Cięcie brzucha wzdłuż brzegu mięśnia prostego prawego. Po odsunięciu mocno rozdętych pętli jelitowych znalazłem guz w miejscu ujścia krętniczo-kątniczego, pokryty licznymi złogami włóknika. Przy bliższem badaniu okazało się, iż guz ten stanowi niewielka pętla jelita krętego, barwy ciemno-czerwonej, wklinowana w kąt górny pomiędzy ścianą krętnicy i okrężnicy w ów zachyłek krętniczo-kątniczy, i pokryta od przodu dość szerokim fałdem otrzewnej, ciągnącym się od wewnątrz ku przedniej powierzchni kątnicy i mocno obciągającym wymienioną pętlę jelitową. Fałd ten przecięto poprzecznie do samej podstawy, oddzielono od jelita, które wówczas udało się wysunąć z miejsca uwięźnięcia w zachyłku, gdzie pozostało nieco cieczy mętnej, ropiastej, mocno cuchnącej. Wydobyta pętla stanowi odcinek krętnicy, oddalony o 50—60 cm. od zastawki Bauhina, mocno obrzękły, zaczerwieniony i pokryty płatami włóknika. Pętla ta zgięta jest pod bardzo ostrym kątem, którego wierzchołek stanowi miejsce uwięźnięcia, obejmującego jednak tylko część najbardziej wypukłą ściany zgiętego jelita; w miejscu tem znajduje się mała powierzchnia zmartwiała i w środku niej maleńki otworek, prowadzący do światła jelita. Mieliśmy tu więc uwięzłą przepuklinę ścienną (hernia Littriana), z częściowem obumarciem i przedziurawieniem ściany.

Należało usunąć zmienioną część jelita, co też zrobiłem, wycinając niewielki klin i zeszywając następnie ze sobą przecięte końce szwem trzypiętrowym. Przecięty fałd otrzewnej, który stanowił ścianę przednią zachyłka i zaciskał znajdującą się tam pętlę jelitową, wyciąłem zupełnie, do jamki zachyłka wprowadziłem pasmo gazy. Przyglądając się bliżej okolicy krętniczo-kątniczej »in situ«, zauważyć było można, iż dolny odcinek jelita, wchodzący do okrężnicy, kieruje się do niej nie od dołu i wewnątrz, lecz od góry i wewnątrz, że przeto z linią ściany okrężnicy tworzy

kąt górny ostry, dolny zaś rozwarty, a więc odwrotnie w stosunku do tego, co widzimy zazwyczaj.

Przebieg pooperacyjny był pomyślny. W ciągu trzech dni pierwszych po operacyi ciepłota dochodziła wieczorem do 38·2°—38·4°, później opadła i w dalszym ciągu utrzymywała się w granicach prawidłowych. Po 8 dniach usunięto gazę z jamy otrzewnej i w końcu czwartego tygodnia po operacyi chory w stanie zupełnie dobrym opuścił szpital.

Mechanizmowi powstawania przepuklin wewnętrznych i ich uwięźnień poświęcili niektórzy autorowie dużo uwagi i miejsca. Sądzę, że bez daleko idących rozumowań mechanizm ten w naszym przypadku wyjaśnić się da na zasadzie opisanych danych topograficznych i pewnych warunków czynnościowych przewodu jelitowego. A więc, istniejący kąt ostry pomiędzy ścianą górną krętnicy a okrężnicą, przykryty od przodu przez dość szeroki fałd otrzewnej, tworzy jamkę dosyć głęboką, do której bez trudności pętla jelitowa dostać się może. Aby zaś pętla taka uledz mogła uwięźnieniu, na to trzeba współdziałania trzech głównych czynników: działania tłoczni brzusznej, napełnienia światła jelita i wzmożenia ruchów robaczkowych, które to czynniki w odpowiedniej ze sobą kombinacyi prowadzić mogą do uwięźnięcia jelita wraz ze wszystkimi ciężkimi objawami klinicznymi, które w opisanym przypadku pomyślny wzięły obrót.

Strona rozpoznawcza takich przepuklin przedstawia się dość niejasno, nie mają bowiem one żadnych cech swoistych, któreby pozwalały na odróżnienie od niedrożności ostrych innego pochodzenia. Zazwyczaj jednak rozpoznanie dokładne jest tu rzeczą mniejszej wagi i dla chorego obojętną, albowiem objawy kliniczne dają nam obraz niedrożności ostrej, wymagający w każdym razie szybkiej interwencyi chirurgicznej. W każdym razie zabieg operacyjny oprócz zadania bezpośredniego powinien mieć na widoku i zabezpieczenie przed możliwością nawrotu cierpienia. Do tego celu różni chirurgowie dążyli rozmaicie, najczęściej przez zaszywanie zachyłka mieszczącego przepuklinę. Sądziłbym, że najprostszy i najlepiej do celu prowadzący jest sposób, zastosowany przezemnie, wycięcia całego fałdu, tworzącego przednią ścianę zachyłka i powodującego zaciśnienie pętli jelitowej.

W końcu powracam do sprawy mianownictwa, o którem mówiłem powyżej. Sądzę, że do określenia każdego z przedstawionych zachyłków przykątniczych powinniśmy ogólnie przyjąć omówione wyżej nazwy: dla zachyłka krętniczo-kątniczego górnego »recessus ileo-coecalis«, dla zachyłka krętniczo-kątniczego dolnego »recessus ileo-appendicularis«, wreszcie dla obu leżących po za, czy pod kątnicą »recessus retrocoecalis«. Usuwają one wszelką dwuznaczność i oddają dobrze przedstawiane pojęcia anatomiczne.

Z pracowni kliniki dermatologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego (Prof. Reiss).

Przyczynek do badań działania salwarsanu na nacieki kiłowe.

Podał

Franciszek Krzyształowicz.

Odkąd wprowadzono do leczenia, głównie po klinikach i szpitalach, nowy przetwór arszenikowy Haty-Erlicha (salwarsan), zaczęły się pojawiać w szybkiem tempie prace o typie przeważnie jednakowym, stwierdzające mianowicie szybkie działanie tego środka na różne wykwity kiłowe wszystkich okresów, a wskazujące równocześnie na jego nieszkodliwość. Przedewszystkiem zatem tylko spostrzeżenia kliniczne różnych przypadków, leczonych salwarsanem, były przedmiotem wielkiej liczby prac, mniej liczne zaś badania odnosiły się do zachowania się krętków podczas leczenia i do wpływu stosowanego przetworu na odczyn Wassermanna. Dopiero w ostatnich czasach zaczynają się pojawiać prace więcej ściśle dotyczące zmian anatomicznych, powstałych w miejscu stosowania tego przetworu.

Wszystkie te, mniej lub więcej ściśle spostrzeżenia nie wyjaśniły jednak dotąd sposobu działania środka Ehrlicha-Haty; dotąd nie ma jeszcze metodyki leczenia i dawkowania, dotąd nie wiemy, czy możemy się ograniczyć tylko do użycia samego salwarsanu w leczeniu kiły, czy też powinniśmy obok tego przetworu stosować i dawne leczenie rtęcią i jodem? Każdy ze stosujących ten nowy przetwór, używa dotąd podanych sposobów, wprowadza go zatem podskórnie, miąższowo lub śródżylnie, w rozczynach kwaśnych, obojętnych lub alkalicznych, — ale bez dowodów, który rozczyn lub który sposób użycia jest najlepszy. Pomijając wstrzykiwania podskórne i miąższowe, w których znaczna część odczynu zdaje się zależeć od zmian w miejscu wstrzyknięcia, — możemy śmiało powiedzieć, że nie wiemy, na czem ten odczyn polega, nawet po wstrzykiwaniach środżylnych. Nie zdajemy sobie dokładnie sprawy z tego, dlaczego w jednych przypadkach wstrzykiwanie śródżylne wywołuje odczyn, chociaż krótkotrwały, ale silny w innych tylko słaby? dlaczego w jednych jest bardzo szybki, w innych opóźniony, wreszcie dlaczego go w niektórych przypadkach wcale nie ma? To też trzeba stwierdzić, że nie rozstrzygnięto jeszcze, czy arsenobenzol działa, jak chce Ehrlich, zabójczo na mikroby (parasitotrop), czy też raczej na tkanki (organotrop), czy też mamy i z jednem i drugiem działaniem do czynienia?

Fritz Lesser podniósł pierwszy wątpliwości w tym kierunku, przytaczając, zdaniem mojem, bardzo słuszne momenty, dowodzące raczej tego, że arsenobenzol działa więcej wzmacniająco na ustrój, niż zabójczo na mikroby. O dotychczasowym środku, używanym dla leczenia kiły, — o rtęci, — nie możemy również twierdzić, że jest środkiem swoistym, a uważać go należy raczej za środek wspomagający leczenie choroby przez sam ustrój; — środek Ehrlicha zdaje się działać w tym kierunku jeszcze silniej. Nie mamy zatem wcale stanowczego dowodu, że arsenobenzol zabija krętki blade, jak to wykazano w zakażeniach

innymi krętkami (typhus recurrens, spirillosis gallinarum i t. p.), bo nie można przeprowadzać analogii między krętkami, żyjącymi we krwi, a krętkami, znajdowanymi głównie w tkankach. Nie mamy również żadnych dowodów na to, że salwarsan działa na samą chorobę i w okresie utajonym, bo widzimy tylko wybitne jego działanie na objawy kiłowe w okresie wybuchu.

Ileż zatem potrzeba jeszcze spostrzeżeń, jak najściślejszych i drobiazgowych, ile badań w różnych kierunkach, ile pola jeszcze do mniej lub więcej prawdopodobnych przypuszczeń, — nim dojdziemy do oceny rzeczywistej wartości przetworu Ehrlicha-Haty. Obecnie powiedzieć można śmiało, że działanie jego na zmiany kiłowe jest silniejsze i szybsze od dotąd używanych środków, co ma wielkie znaczenie w zapobieganiu chorobie i znaczenie społeczne, dalej że daje korzystne wyniki leczenia wtedy, gdy dotychczasowe nasze środki były niejednokrotnie bezsilne, mianowicie w przypadkach kiły złośliwej, w przypadkach zmian skłonnych do rozpadu. Z zalet tego przetworu nietylko zdajemy sobie sprawę, ale umiemy je należycie ocenić, — w obec jednak tak licznych niewyjaśnionych jeszcze wątpliwości nie są one pierwszorzędnego znaczenia.

Wreszcie jest jeszcze jedna wątpliwość wielkiego znaczenia, która tylko częściowo jest dotąd rozwiązana, t. j. sprawa nieszkodliwości dla ustroju tego właśnie przetworu arszenikowego. Wstrzykiwania podskórne i miąższowe salwarsanu wywołują niewątpliwie w miejscu wstrzyknięcia bardzo wybitne zmiany w tkankach, w które rozczyn tego przetworu się dostał. Każdy to wie z własnego doświadczenia, a wyniki badań anatomicznych niektórych autorów wybitnie to potwierdziły (Orth, Fischer, Torday, Herxheimer i Reinler, Scholtz i Salzberger, Martius, Tryb). Dlatego to coraz więcej skłaniamy się do stosowania salwarsanu zapomocą wstrzykiwań wprost do żył. Ale prócz tego musimy myśleć także o toksycznem działaniu salwarsanu na ustrój w przyszłości, — musimy mieć pewność, że przetwór ten i po dłuższym czasie nie sprowadzi jakich ciężkich zmian w narządach wewnętrznych lub w pewnych rodzajach tkanek. Spostrzeżenia dotychczasowe są jeszcze za krótkie, aby można wydać w tym kierunku stanowcze orzeczenie, — przyszłość dopiero pokaże, o ile twierdzenia Ehrlicha o zupełnej nieszkodliwości tego przetworu są słuszne, o ile toksyczność salwarsanu jest mniejsza, niż innych dotąd podanych połączeń arszenikowych, o ile jest silniejsze jego działanie zabójcze na krętki (parasitotrop).

Ze względu na nasuwające się na myśl niejasności o działaniu przetworu Ehrlicha-Haty w kile w ogóle, a na zmiany przez nią wywołane w szczególności, przedsiębrałem badania histologiczne nacieków kiłowych pierwszego i drugiego okresu w takiej chwili ich przemiany po zastosowaniu tego środka, w której już był widoczny wpływ działania i w obrazie klinicznym.

Badania moje odnoszą się do siedmiu przypadków kiły leczonej salwarsanem, opisanych w pracy, ogłoszonej wspólnie z Prof. Reissem; w dwóch przypadkach badałem nacieki pierwotne, z których jeden był świeży, bo nie doszło jeszcze do wybuchu wysypki (odczyn Wassermana był już dodatni), w drugim przypadku pojawiła się już świeża wysypka plamista. Z pięciu przypadków wysypek guzkowych, w jednym wycięto kłykcinę sączącą podgojoną, w jednym głęboki guzek świeżej ciężkiej postaci kiły z dążnością do rozpadu, w trzech pozostałych guzki zwyczajne, ale wybitne.

Chociaż swoich badań histologicznych tych przypadków nie uważam w szczegółach za wykończone, podaję w krótkości ogólny obraz anatomiczny wykwitów kiłowych, wyciętych w 2 – 7 dni po wstrzykiwaniach dużych dawek (przeważnie 0,70) salwarsanu w mięśnie pośladkowe. W jednym przypadku tylko wyciąłem guzek w piątym dniu po wstrzykiwaniu śródżylnem (0,60 gr.).

Tak w przypadkach nacieków pierwotnych, jak i guzków okresu drugorzędnego, zaznacza się w obrazie mikroskopowym rozpad komórek, najwidoczniejszy w tym najważniejszym składniku wszystkich nacieków kiłowych, mianowicie w komórkach plazmatycznych. Spostrzega się zatem, że cytoplazma tych komórek barwi się mniej wyraźnie, a więcej jednolicie, zarysy komórek są miejscami nadżarte lub więcej rozlane, a cytoplazma ich bez wyraźnej ziarnistości. Jądra tych komórek zatracają także zwyczajną barwliwość, chromatyny ziarnistej jest mniej i bez znamiennego dla komórek plazmatycznych gwiaździstego ułożenia, a jest ona więcej nieregularnie rozrzucona. Obok tego i zarysy jąder wielu komórek są zmienione, niektóre jądra skurczone z resztkami cytoplazmy, inne obnażone, wolno leżące. Wśród tak zmienionych nacieków widzi się również dużo resztek cytoplazmy w postaci drobnej ziarnistości lub pasemek. W niektórych guzkach nie ma prawie komórek, któreby za komórki plazmatyczne uważać należało, a w miejscu nacieków okołonaczyniowych spostrzega się wielką ilość komórek tkanki łącznej, dużych, obrzękłych, jakie znajdują się w ziarninach. W jednym przypadku guzka, wyciętego w 48 godzin po wstrzykiwaniu, po którem wystąpił bardzo wybitnie odczyn Jarisch-Herxheimera, znalazłem obok zanikających komórek plazmatycznych i komórek tkanki łącznej stosunkowo dużą ilość komórek tucznych (»Mastzellen« Ehrlicha). Wreszcie zaznaczyć należy, że w guzku, wyciętym w pięć dni po wstrzykiwaniu śródżylnem, objawy rozpadu nacieku były znacznie wybitniejsze, niż w guzkach wyciętych w późniejszym czasie (7 dni) po wstrzykiwaniach miąższowych.

Z badań tych nacieków kiłowych, ustępujących pod wpływem działania salwarsanu, nie chcę wysnuwać dalekich wniosków, — w każdym razie jednak te badania histologiczne potwierdzają spostrzeżenia kliniczne, mianowicie, że przetwór Ehrlicha-Haty ma wybitny wpływ na nacieki pod wpływem krętków kiłowych powstałe. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że nacieki te ulegają w krótkim czasie po wstrzykiwaniu rozpadowi, a następnie wessaniu. Nie podobna orzec na mocy wspomnianych badań z całą stanowczością, że przetwór ten działa na samą tkankę kiłową więcej, niż na pasorzyty, — można jednak twierdzić, że działa bardzo wybitnie i wybiórczo na znamienne nacieki wszystkich okresów kiły.

Poczuwam się w końcu do miłego obowiązku złożenia Dyrektorowi kliniki JW. Prof. Reissowi serdecznego podziękowania za chętne użyczenie mi materyału do niniejszego badania.

Opukiwanie pograniczne jako metoda oznaczania dolnej granicy wątroby.

Podał

Witold Orłowski.

»Die Wahrheit ist dass die allgemein für abgeschlossen und vollendet gehaltene Perkussionslehre längst auf einen falschen Weg gelangt war und in einem prinzipiellen Punkte der Umgestaltung bedarf«. Goldscheider: Ueber die physikalische Frühdiagnose der Lungenschwindsucht Zeitschrift für klinische Medizin 1908, t. 69, str. 205.

Równo 150 lat temu w swojej rozprawce pod tytułem: »Inventum novum ex percussonie thoracis humani ut signe abstrusos interni pectoris morbos detegendi. Vindobonae MDCCLXI. Typis Joanni Thomae Trattner« jako wynik siedmioletnich swoich studyów ogłosił Auenbrugger, jak wiadomo, sposób fizycznego badania ustroju, zwany metodą opukową. Jego odkrycie przyjęli spółcześni mu klinicyści zupełnie ozięble, nawet szyderczo. Tylko u schyłku XVIII wieku początkowo Stoll, następnie zaś znakomity Corvisart, zapoznawszy się z pracami Stolla, ocenili należycie znaczenie tej metody i swoją powagą, zwłaszcza Corvisart, przeszczepili ją w umysły lekarzy do tego stopnia, że zajęła ona w dyagnostyce pierwszorzędne miejsce na równi z osłuchiwaniem i obmacywaniem. Dalszy rozwój tej metody szedł tak szybko, jej podstawy dzięki pracom przeważnie niemieckich klinicystów zostały w stosunkowo krótkim czasie wyświetlone z taką drobiazgowością i zdawały się tak silne, że znakomity Skoda we wstępie do drugiego wydania swojej »Abhandlung über Perkussion und Auskultation« już w roku 1842 uznał za słuszne wygłosić następujące zdanie: »Ich gestehe ferner, dass ich denjenigen bedaure, der alles gelesen hat, was über die Auskultation und Perkussion bereits geschrieben worden ist«. Tymczasem dziś, kiedy metoda ta należy niezaprzeczalnie do podstawowych metod badań ustroju, której nigdy pominąć nie możemy, znów rozpoczęła się praca nad wyświetleniem tych jej podstaw, które, zdawało się, że zostały już rozstrzygnięte zupełnie ściśle. Tę pracę rozpoczął klinicysta niemiecki Goldscheider [1]), wynalazca opukiwania pogranicznego (Schwellenwertperkussion). Nowe myśli, rzucone przez niego, skierowały właśnie moją uwagę na jamę brzuszną i przyczyniły się do podjęcia przezemnie szeregu badań w celu wydoskonalenia naszej zwykłej metody opukowej przy badaniu narządów tej jamy.

Jak wiadomo, zwykła metoda opukowa ma przy badaniu jamy brzusznej znaczenie ograniczone, ustępując pod względem doniosłości metodzie palpacyjnej i umiejętnie przeprowadzonym wywiadom. Niestety, niezawsze badanie brzucha macaniem doprowadza do wyników pożądanych. Przyczyną tego bywa już to wzmożone napięcie powłok brzusznych, zwłaszcza nad ogniskami chorobowemi, już to silne wzdęcie brzucha lub obfitość podściółki tłuszczowej i t. d. Uwzględniając wyniki stosowania opukiwania pogranicznego w oznaczeniu rozmiarów serca, należało przypuszczać, że metoda ta okaże się cenną również i dla oznaczania granic niektórych narządów jamy brzusznej, jakoteż jej nowotworów i nacieków zapalnych. Istotnie, co do pierwszych, mamy w jamie brzusznej kilka narządów, które będąc same bezpowietrzne, graniczą z pętlami jelit, zawierającemi zwykle mniejszą lub większą ilość gazów, lub które (żołądek, przynajmniej w dolnej swej części) mogą być przez wypełnienie spożytym pokarmem lub masą bizmutową odgraniczone od zawierających gazy pętli jelitowych. Co do nowotworów i nacieków zapalnych w jamie brzusznej, to o ile one wchodzą w styczność z pętlami jelit, można było również spodziewać się ich wykrycia drogą opukiwania pogranicznego, coby miało ogromne znaczenie w tych przypadkach, w których te sprawy chorobowe są dla jakiejkolwiek bądź przyczyny niedostępne dla wyczuwania.

Badania swoje nad poruszoną tu sprawą rozpocząłem w drugiej połowie r. 1907; prowadziłem je w miarę możności w kierunku oznaczania granic różnych narządów jamy brzusznej, jako też nowotworów i nacieków zapalnych. Mając co do nacieków zapalnych tylko niewielkie doświadczenie, ograniczę się tutaj jedynie do wzmianki, że dla otrzymania opukiwaniem pogranicznem pewnych danych należy przedewszystkiem dokładnie oczyścić przewód pokarmowy. Nie zatrzymując się więc nad tą sprawą dłużej, mam zamiar przedstawić dziś wyniki swoich badań, dotyczących stosowania metody opukiwania pogranicznego tylko do oznaczania dolnej granicy wątroby, ponieważ zebrany przezemnie w tym kierunku materyał jest najlepiej opracowany.

Badania przeprowadzałem w sposób następujący: U badanej osoby, leżącej na wznak z wyciągniętemi dolnemi kończynami, oznaczałem najpierw dolny brzeg wątroby opukiwaniem pogranicznem. W tym celu, położywszy na przedniej powierzchni ściany brzusznej koniec wskazującego palca lewej ręki, który trzymałem w ułożeniu Plescha, uderzałem z lekka w dośrodkowy koniec jego drugiego członka końcem wskazującego palca ręki prawej, począwszy od linii pępkowej ku górze wzdłuż prawej linii sutkowej i linii środkowej ciała. W ten więc sposób jako pukadło służył mi koniec palca wskazującego lewego, a jako młoteczek wskazujący palec prawej. Podczas badania starałem się unikać silniejszego nacisku palcem na przednią powierzchnię brzucha, ponieważ im mocniej naciskamy pukadło, tem, jak wykazuje codzienne doświadczenie lekarskie przy zwykłem opukiwaniu fale przedostają się głębiej i niewątpliwie rozchodzą się szerzej po jamie powierzchni, którą opukujemy. Uderzenia stosowałem tak słabe, że powstający odgłos zaledwie był słyszalny przy osłuchiwaniu tuż w pobliżu palca opukiwanego. Wobec tak słabego opukiwania zwracałem bacznie uwagę, żeby w otoczeniu panowała zupełna cisza, najmniejszy bowiem szmer zmusza badającego do stosowania większej siły opukowej i przez to przywodzi do wniosków mylnych. Uderzałem zawsze równolegle do linii środkowej ciała i prostopadle do powierzchni brzusznej. Ten warunek uważam za bardzo ważny, jego niezachowanie bowiem wiedzie do otrzymania błędnego rzutu dolnego brzegu wątroby na przednią ściankę brzuszną. Okoliczność ta zależy od tego, że przy nader słabem opukiwaniu fale, idące w kierunku uderzenia, t. zw. fale osiowe, górują nad innemi falami rozchodzącemi się na boki i to tak znacznie, że daje się słyszeć jedynie odgłos, wywołany falami pierw-

szego rodzaju. (Goldscheider [2]). Gdy więc uderzamy skośnie do powierzchni brzusznej, np. tak, że oś palca, który opukujemy, jest skierowana ku prawemu podżebrzu, to fale osiowe, rozchodząc się wgłąb, dochodzą do wątroby i dają stłumienie, jeszcze zanim dojdziemy do istotnego rzutu dolnego brzegu wątroby na przednią ścianę brzucha. Wykrywszy drogą opukiwania pogranicznego dolny brzeg wątroby w prawej linii sutkowej i w linii środkowej brzucha, przechodziłem do oznaczenia dolnej granicy wątroby zwykłą metodą opukową, więc słabem opukiwaniem, poleconem przez Weila, zaznaczając jednocześnie w każdym przypadku cechy odgłosu opukowego na całej przestrzeni od linii pępkowej aż do tej granicy; wreszcie oznaczałem dolny brzeg wątroby zapomocą macania.

Dla wyświetlenia wpływu stanu przewodu pokarmowego na wyniki badania opukiwaniem pogranicznem przeprowadzałem podobne badania w całym szeregu przypadków na tym samym osobniku wielokrotnie. Już bowiem pierwsze badania wykazały mi, że zaparcie stolca, zwłaszcza długotrwające, wywiera pod tym względem tak silny wpływ, iż często udaremnia usiłowania wykrycia dolnej granicy wątroby metodą opukiwania pogranicznego. Wobec tego w dalszym biegu badań przystępowałem zwykle do oznaczenia granicy po uprzedniem opróżnieniu jelit zapomocą lawatywy z 3 szklanek wody o ciepłocie pokojowej lub przez podanie złożonego proszku lukrecyi.

Ogółem zbadałem 500 osób z najróżnorodniejszemi cierpieniami, w tej liczbie 288 mężczyzn i 212 kobiet; wszystkich badań wykonałem 1200. W 52 badaniach na 26 osobach otrzymywałem zawsze na przestrzeni od linii pępkowej do prawego łuku żebrowego odgłos tępy, który uniemożliwiał oznaczenie u tych osób dolnej granicy wątroby opukiwaniem pogranicznem. Tu należały przeważnie osoby z uporczywem zaparciem stolca. Ponieważ z przyczyn niezależnych odemnie nie mogłem osób tych badać wielokrotnie po stosowaniu silniejszych środków przeczyszczających, przeto w dalszych swych obliczeniach przypadków tych szczegółowo nie rozpatruję, już bowiem z góry nie możemy u nich z powodu tępego odgłosu opukowego oczekiwać wyników stosowania opukiwania pogranicznego. Mamy tedy do rozejrzenia wyniki 1148 badań, dokonanych na 474 osobach. W tej liczbie stwierdziłem na przestrzeni od linii pępkowej do dolnej granicy wątroby wzdłuż prawej linii sutkowej odgłos przytłumionobębenkowy przy zwykłem opukiwaniu 411 razy, bębenkowy 570, wreszcie nader głośny bębenkowy, który rozchodził się na daleką przestrzeń, 167 razy. Dolna granica wątroby, znaczona zwykłem słabem opukiwaniem, okazała się stosunkowo rzadko zgodną z granicą, otrzymaną drogą opukiwania pogranicznego lub macania, zwłaszcza w przypadkach o odgłosie bębenkowym i nader głośnym bębenkowym. To też ograniczę się tylko do porównania granicy macalnej z granicą oznaczoną zapomocą opukiwania pogranicznego.

Naprzód zatrzymam się na danych, otrzymanych przezemnie pod tym względem wzdłuż prawej linii sutkowej. Otóż tu przedewszystkiem zasługuje na znaczenie ta okoliczność, że na wyniki badania opukiwaniem pogranicznem wzdłuż tej linii ogromny wpływ wywiera stan prawej nerki, mianowicie jej siedziba, resp. obniżenie. Glénard [3]), jak wiadomo, odróżnia, oprócz prawidłowo usadowionej nerki, 4 stopnie nerki ruchomej: pierwszy — gdy dolny brzeg nerki jest wyczuwalny, lecz nie może być utrzymany ręką, drugi — gdy można wyczuć i utrzymać ciało nerki, trzeci — gdy wyczuwa się górny biegun nerki i możemy palcami przejść ponad nim, wreszcie czwarty — gdy całą nerkę wyczuwa się w okresie wydechu. Hilbert [4]) nazywa nerką ruchomą pierwszego stopnia stan taki, gdy wyczuwa się dolny brzeg lub dolną połowę nerki (ren palpabilis), drugiego stopnia, gdy wyczuwa się całą nerkę (ren mobilis sensu proprio), wreszcie, trzeciego, gdy nerkę ruchomą drugiego stopnia można swobodnie przesuwać ku dołowi i ku wewnątrz (ren migrans). Mathieu [5]) do pierwszego stopnia ruchomości nerek zalicza przypadek, gdy można wyczuć $^1/_2$—$^2/_3$ nerki, do drugiego stopnia, gdy się wyczuwa całą nerkę, do trzeciego wreszcie stopnia, gdy nerka przesuwa się bardzo łatwo we wszystkich kierunkach. Botkin [6]) odróżniał pod względem siedziby nerki prawidłowo ułożone i ruchome wysoko i nizko ułożone; do pierwszej kategoryi ruchomych nerek, zdarzającej się częściej, należą takie nerki, których dolny brzeg wyczuwa się tuż pod łukiem żebrowym, nerki zaś ruchome drugiej kategoryi wychodzą z pod podżebrza i są przesuwalne ku dołowi mniej lub więcej znacznie, nawet aż do miednicy małej. Nie przytaczając zdań innych klinicystów, zaznaczę, że odróżniam trzy stopnie ruchomych nerek. Nerką ruchomą pierwszego stopnia nazywam taką, której wyczuwa się jedynie dolny brzeg, do nerek ruchomych drugiego stopnia zaliczam te, w których nerkę wyczuwa się do połowy jej długiej osi, wreszcie nerką ruchomą trzeciego stopnia nazywam taką, którą wyczuwa się całą. Z 474 przypadków, zbadanych przezemnie, była prawa nerka ruchoma w 110, w tej liczbie było 27 przypadków nerki ruchomej pierwszego stopnia, 69 drugiego i 14 trzeciego. Na chorych z nerką ruchomą pierwszego stopnia przeprowadziłem 61 badań: w 17 z nich zwykłe opukiwanie wykazało poniżej prawego podżebrza odgłos przytłumionobębenkowy, w 32 bębenkowy i w 12 głośny bębenkowy. Na chorych z nerką ruchomą drugiego stopnia dokonałem 156 badań: w 42 z nich odgłos przy zwykłem opukiwaniu w wyżej wymienionej okolicy był przytłumionobębenkowy, w 92 bębenkowy i w 22 głośny bębenkowy. Wreszcie na 14 chorych z nerką ruchomą trzeciego stopnia przeprowadziłem 37 badań: w 21 z nich zwykłe słabe opukiwanie wykazało poniżej prawego podżebrza odgłos przytłumionobębenkowy, w 12 bębenkowy i w 4 głośny bębenkowy. We wszystkich przypadkach nerki ruchomej I i II stopnia otrzymywałem opukiwaniem pogranicznem zawsze stłumienie odgłosu opukowego wzdłuż prawej linii sutkowej, lecz stłumienie to po odprowadzeniu nerki albo znikało zupełnie, jeśli wątroba nie była powiększona, albo przesuwało się ku prawemu podżebrzu do miejsca, odpowiadającego rzutowi dolnego brzegu wątroby na przednią powierzchnię brzucha. W 24 przypadkach nerki ruchomej 2. i 3. stopnia istotna dolna granica wątroby i dolny brzeg prawej nerki dawały jednakowy rzut na przednią powierzchnię brzucha, co jednozgodnie stwierdzało badanie macaniem i opukiwaniem pogranicznem. Co się tyczy prawej nerki ruchomej pierwszego stopnia, to wywarła ona wpływ na oznaczenie opukiwaniem pogranicznem dolnej granicy wątroby 14 razy na 61 badań, więc w 23%, w tej liczbie 8 razy przy odgłosie bębenkowym i 6 razy

przy odgłosie głośnym bębenkowym. W przypadkach z odgłosem przytłumionobębenkowym w okolicy poniżej prawego podżebrza nie wywarła prawa nerka ruchoma pierwszego stopnia wpływu na oznaczenie dolnej granicy wątroby opukiwaniem pogranicznem ani razu; co prawda, w 7 z 17 należących tu badań oznaczenie dolnej granicy wątroby opukiwaniem pogranicznem okazało się niemożliwem, ponieważ wykazywało ono na całej przestrzeni od linii pępkowej do prawego łuku żebrowego wzdłuż prawej linii sutkowej stłumienie równomierne, co, jak przekonamy się niżej, zdarza się nieraz w przypadkach, w których zwykłe opukiwanie wykrywa w tej okolicy odgłos przytłumionobębenkowy.

Wobec tak wybitnego wpływu prawej nerki ruchomej na prawidłowość oznaczenia dolnej granicy wątroby opukiwaniem pogranicznem wzdłuż prawej linii sutkowej, będę w dalszych swoich wnioskach opierać się na badaniach, przeprowadzonych u osób, u których nie było prawej nerki ruchomej 2. lub 3. stopnia; pomijam również 14 badań na chorych z nerką ruchową pierwszego stopnia, w których ujawnił się wpływ nerki na dane opukiwania pogranicznego. Pozostaje więc po odliczeniu jeszcze 49 badań z rozdymaniem jelit przez odbyt, o których powiem nieco niżej, 892 badań, z których w 306 słabe opukiwanie zwykłą metodą wykazywało na przestrzeni między linią pępkową a prawym łukiem żebrowym odgłos przytłumionobębenkowy, w 451 bębenkowy i w 135 głośny bębenkowy. Wyniki tych badań dla łatwiejszego przeglądu przytaczam w tablicy I.

Tablica I.

	Odgłos przytłumiony bębenkowy (306 badań)		Odgłos bębenkowy (451 badań)		Odgłos głośny bębenkowy (131 badań)	
	Liczba badań	%	Liczba badań	%	Liczba badań	%
Macalna i pogranicznoopukowa granica dolnego brzegu wątroby jednostajna w	236	77	404	89,6	105	78
taż granica niejednostajna w	14	4,6	42	9,3	30	22
opukiwanie pograniczne wykazało w całej przestrzeni od linii pępkowej do prawego łuku żebrowego stłumienie równomierne w	56	18	5	1,1	0	0

Dane tej tablicy należy uzupełnić wynikami 49 oznaczeń dolnej granicy wątroby opukiwaniem pogranicznem po uprzedniem wydęciu jelit przez odbyt w przypadkach, w których pierwsze oznaczenie tąż metodą wykazało stłumienie równomierne na całej przestrzeni od linii pępkowej do prawego łuku żebrowego. Takich badań w przypadkach z odgłosem przytłumionobębenkowym w tej okolicy, otrzymanym przy zwykłem opukiwaniu, przeprowadziłem 42, a w przypadkach z odgłosem bębenkowym 7. Z tych 7 w 4, a z 42 we wszystkich bez wyjątku otrzymałem opukiwaniem pogranicznem po wydęciu jelit grubych granicę dolną wątroby jednakową z granicą macalną. Wobec tego podana w powyższej tablicy odsetka prawidłowych oznaczeń dolnej granicy wątroby opukiwaniem pogranicznem wzrasta dla przypadków z odgłosem przytłumionobębenkowym na przestrzeni od linii pępkowej do dolnej granicy wątroby z 77 do 80, a dla przypadków z odgłosem bębenkowym z 89,6 do 89,7. Jeśli uwzględnimy te liczby, a jednocześnie zważymy, że i w przypadkach z nader głośnym odgłosem bębenkowym, który rozchodził się ku górze od łuku żebrowego na znaczną przestrzeń, prawidłowość oznaczenia opukiwaniem pogranicznem dolnej granicy wątroby wzdłuż prawej linii sutkowej dosięga także, jak widzimy z tablicy, wysokiej liczby, bo 78%, to dojdziemy do wniosku, że metoda opukiwania pogranicznego podnosi w wysokim stopniu wartość zwykłej metody opukowej w zakresie badania wątroby.

Dla wytworzenia ściślejszego sądu o wartości metody opukiwania pogranicznego pod tym względem dodać muszę, że podane przed chwilą liczby badań, w których opukiwanie pograniczne wykryło dolny brzeg wątroby zgodnie z rzeczywistym jego rzutem na przednią powierzchnię brzucha, są, według wszelkiego prawdopodobieństwa, nieco niższe od istotnych. Rzecz w tem, że w przypadkach ze znacznem otłuszczeniem powłok brzusznych nieraz pomimo starań nie mogłem wyczuć dolnego brzegu wątroby, wtenczas gdy opukiwanie pograniczne wykazywało powiększenie tego narządu, również w przypadkach silnej bolesności przy macaniu pod prawym łukiem żebrowym czasami nie udawało mi się wyczuć wątroby, lecz jednocześnie oznaczałem jej powiększenie opukiwaniem pogranicznem. Wszystkie te przypadki zaliczyłem dla ostrożności do grupy takich spostrzeżeń, gdzie oznaczenie dolnego brzegu wątroby macaniem i opukiwaniem pogranicznem dało wyniki różne, a przecież przynajmniej w części tych spostrzeżeń można przypuszczać, że wątroba była istotnie powiększona, być może nawet w tym stopniu, jak to wykazywało opukiwanie pograniczne. Na korzyść takiego przypuszczenia przemawia ta okoliczność, że w 147 badaniach znajdowałem przy pierwszem macaniu odpowiednio do granicy oznaczonej opukiwaniem pogranicznem, jedynie zwiększoną oporność, brzeg zaś wątroby udało mi się wyczuć wyraźnie dopiero podczas wtórych badań u tychże osób i okazał się on wtenczas właśnie tam, gdzie wykrywało go i opukiwanie pograniczne.

Nieścisłość oznaczenia dolnej granicy wątroby opukiwaniem pogranicznem przypada w moich badaniach przeważnie na przypadki nawykowego zaparcia stolca, znacznego otłuszczenia powłok brzusznych i nader silnego ich napięcia. Niezgodnie z danemi macania wykazywało opukiwanie pograniczne dolny brzeg wątroby i w tych razach, gdy ten brzeg był bardzo ostry i miękki, a równocześnie sąsiadujące z wątrobą pętle jelitowe zawierały dużo gazów i dawały bardzo głośny odgłos bębenkowy, który rozchodził się na daleką przestrzeń. Na wyniki badania dolnej granicy wątroby opukiwaniem pogranicznem wzdłuż prawej linii sutkowej wywierała wpływ również, jak wyżej już wykazałem, prawa nerka ruchoma, zwłaszcza 2. i 3. stopnia,

i prawe wodonercze, którego jeden przypadek w biegu swojej pracy poddałem badaniu. Z tych wszystkich czynników, które były powodem niezgodnych wyników niektórych badań, zasługuje na specyalne omówienie jeszcze otłuszczenie powłok brzusznych.

Osób z ogólnem i miejscowem otłuszczeniem w okolicy jamy brzusznej spostrzegałem 136, badań na nich dokonałem 329. W 13 przypadkach, pomimo 20 badań, otrzymałem w okolicy poniżej prawego łuku żebrowego wskutek nadmiernego otłuszczenia powłok brzusznych zupełnie tępy odgłos opukowy, co uniemożliwiło mi oznaczenie opukiwaniem pogranicznem dolnej granicy wątroby Odliczając te 20 badań, jak również jeszcze 3, w których wyraźnie wystąpił wpływ prawej nerki ruchomej, miałem 306 badań, których wyniki przedstawiono w tabl. II.

Tablica II.

	Odgłos przytłumiono-bębenkowy (146 badań).		Odgłos bębenkowy (118 badań)		Odgłos nader głośny bębenkowy (42 badań)		Ogólna liczba	
	Liczba badań	%	Liczba badań	%	Liczba badań	%	Liczba badań	%
Macalna i pograniczno-opukowa granica dolnego brzegu wątroby jednostajna w . .	101	68,7	102	86	36	86	239	78
Opukiwanie pograniczne dało stłumienie równomierne poniżej prawego łuku żebrowego w	38	25,8	4	3,4	2	4,8	44	14
Opukiwanie pograniczne wykazało zwiększenie wątroby, macaniem zaś brzeg wątroby niewyczuwalny w . . .	7	4,76	12	10,2	4	9,5	23	7,5

Z tej tablicy wynika, że przy otłuszczeniu powłok brzusznych opukiwanie pograniczne wykazywało często tęsamą granicę dolną wątroby, co i macanie, mianowicie, biorąc liczby ogólne bez względu na stan odgłosu opukowego w okolicy niżej prawego łuku żebrowego, w 78%. W 14% opukiwanie pograniczne nie zdołało wykazać dolnego brzegu wątroby, ponieważ badanie tą metodą dawało w tej okolicy stłumienie równomierne. Z tablicy łatwo się przekonać, że taki stan rzeczy zdarza się zwłaszcza w tych razach, w których zwykłe opukiwanie wykazuje na wymienionej przestrzeni odgłos przytłumionobębenkowy. W tych właśnie przypadkach odpowiednia odsetka wynosiła 25,8%, w przypadkach zaś z odgłosem bębenkowym i głośnym bębenkowym była ona bardzo mała, bo zaledwie 3,4 i 4,8%. W 23 wreszcie badaniach ze 306 opukiwanie pograniczne wykazało, jak widać z tablicy, powiększenie wątroby, wtenczas gdy macaniem dolnego jej brzegu wyczuć nie mogłem. O ile w tych przypadkach wątroba istotnie nie wychodziła na prawej linii sutkowej z pod łuku żebrowego, tego przesądzać nie mogę, dla ostrożności jednak wszystkie te przypadki zaliczyłem do grupy osobnej. Zaznaczę jeszcze, że w 7 badaniach przy odgłosie przytłumionobębenkowym, w 6 przy bębenkowym i w 6 przy głośnym bębenkowym dolny brzeg wątroby wyczuwałem nie bardzo jasno, lecz odpowiednio do dolnej granicy, oznaczonej opukiwaniem pogranicznem.

Z dalszych wyników moich badań wzdłuż prawej linii sutkowej zasługuje na zaznaczenie ta okoliczność, że w przypadkach, w których zwykłe opukiwanie wykrywa na przestrzeni między linią pępkową a dolną granicą wątroby odgłos przytłumionobębenkowy, opukiwanie pograniczne dość często, bo w 18% (tab. I.), nie jest zdolne wykazać dolnego brzegu wątroby, przy takiem bowiem opukiwaniu otrzymujemy na całej tej przestrzeni stłumienie równomierne. Ta więc okoliczność dotyczy nietylko osobników z otłuszczonemi powłokami brzusznemi, jak wyżej widzieliśmy, lecz wogóle tych, u których dla jakiejbądź przyczyny powstaje przy zwykłem opukiwaniu poniżej prawego łuku żebrowego odgłos przytłumiono-bębenkowy. W tych jednak razach przez mierne rozdymanie jelita grubego powietrzem, przez odbyt dokonane, udało mi się we wszystkich bez wyjątku przypadkach stworzyć takie warunki, śród których opukiwanie pograniczne wykazało dolną granicę wątroby zupełnie tę samą, co i macanie. Stąd możemy wyciągnąć wniosek, że rozdymanie okrężnicy podnosi znacznie możność oznaczenia dolnego brzegu wątroby opukiwaniem pogranicznem w tych przypadkach, w których toż opukiwanie dawało przedtem stłumienie równomierne. Zabieg ten nie jest jednak bezwzględnie pewnym, jakby zdawało się z badań przed chwilą przytoczonych, a dokonanych na osobach, u których przy stosowaniu zwykłej metody opukowej na przestrzeni od linii pępkowej do prawego łuku żebrowego był odgłos przytłumiono-bębenkowy. Istotnie w 3 badaniach z 7 na osobach z odgłosem bębenkowym w tej okolicy zabieg ten, jak nadmieniłem już wyżej, zawiódł pokładane w nim nadzieje.

Przejdźmy teraz do rozpatrywania, jaki wpływ wywiera na wyniki opukiwania pogranicznego stan zbitości wątroby. Wyniki te przedstawiam w tablicy III.

Tablica III.

Wątroba	Macalna pogranicznoopukowa granica dolna wątroby.	Odgłos przytłumiono-bębenkowy (wątroba wymacalna w 250 badaniach)		Odgłos bębenkowy (wątroba wymacalna w 446 badaniach)		Odgłos głośny bębenkowy (wątroba wyczuwalna w 135 badaniach)	
		Liczba badań	% prawidłowego oznaczenia opuk. pogranicznem	Liczba badań	% prawidłowego oznaczenia opuk. pogranicznem	Liczba badań	% prawidłowego oznaczenia opuk. pogranicznem
zbita	jednakowa . . .	137	96	240	93	51	79,6
	niejednakowa . .	5		18		13	
miękka	jednakowa . . .	99	91,7	164	87	54	76
	niejednakowa . .	9		24		17	

Z tej tablicy wynika, że wątroba zbita daje możność częstszego prawidłowego oznaczenia dolnej jej granicy opukiwaniem pogranicznem, niż wątroba miękka, bez względu na to, jakie cechy ma odgłos opukowy przy zwykłem opukiwaniu na przestrzeni od linii pępkowej do prawego łuku żebrowego. Jeśli nie będziemy uwzględniać, jak to przedstawiłem w tablicy, różnych cech tego odgłosu, a uwzględnimy jedynie liczbę badań, to odsetek prawidłowego oznaczenia opukiwaniem pogranicznem dolnego brzegu dla zbitej wątroby wynosi 92%, dla miękkiej zaś 86%.

Jeśli teraz zestawimy wszystkie przypadki, w których wpływ prawej nerki ruchomej był wyłączony, i to bez względu na cechy odgłosu opukowego wzdłuż prawej linii sutkowej na przestrzeni od linii pępkowej do prawego łuku żebrowego, to okaże się, że na 892 badań opukiwanie pograniczne wykazało dolny brzeg wątroby zgodnie z wynikami macania 745 razy, więc w 83,5%. Widzimy więc, że w opukiwaniu pogranicznem zyskujemy dość ścisłą metodę oznaczania dolnej granicy wątroby, o wiele donioślejszą, niż zwykłe opukiwanie słabe. Przyczyny tego są następujące. Jak wiadomo, gdy uderzamy o pukadło, uderzenia wprowadzają w drgania tkanki podłoża. Drgania te rozchodzą się po powierzchni i wgłąb. Od tego właśnie współbrzmienia tkanek sąsiednich zależy właśnie nieścisłość oznaczenia granic zbitych narządów, znajdujących się w jamie brzusznej, nawet pomimo stosowania opukiwania słabego, albowiem i słabe uderzenia wprowadzają we współbrzmienie gazy przewodu żołądkowo-jelitowego i wywołują powstanie odgłosu bębenkowego, który rozchodzi się daleko po za obrębem żołądka i pętli jelitowych, występując nawet tam, gdzie się znajdują już narządy bezpowietrzne. Tego współbrzmienia gazów unikamy oczywiście przy stosowaniu opukiwania pogranicznego, kiedy opukujemy nadzwyczaj słabo. Rozchodzeniu się drgań po powierzchni zapobiegamy również przez używanie pukadła tak małych rozmiarów, jak koniec palca wskazującego. Wobec takiego postępowania otrzymujemy przy opukiwaniu pogranicznem rozchodzenie się fal wgłąb prawie w kształcie linii. Na wyniki więc opukiwania wpływają tu, jak zaznaczyłem już wyżej, jedynie fale osiowe, gdy natomiast fale, rozchodzące się na boki, nie wywołują odgłosu słyszalnego. W rezultacie, gdy tylko przy opukiwaniu pogranicznem wzdłuż prawej linii sutkowej w kierunku ku prawemu podżebrzu fale osiowe dochodzą do dolnego brzegu wątroby, otrzymujemy zupełne stłumienie odgłosu opukowego, wskazujące, że fala przy przedostawaniu się wgłąb napotkała narząd bezpowietrzny. Przez wykonywanie opukiwania palcem, trzymanym równolegle do środkowej linii ciała i prostopadle do przedniej powierzchni brzucha, osiągamy wreszcie to, że rzut dolnego brzegu tego narządu bezpowietrznego na przednią powierzchnię brzucha odpowiada w zupełności macalnej jego granicy dolnej. Ta zgodność między granicą macalną a opukowo-pograniczną znika w tych razach, gdy, jak to widzieliśmy, niżej wątroby znajduje się inny twór bezpowietrzny, np. nerka lub masy kałowe w sąsiedniej części okrężnicy. Przez odprowadzenie takiej nerki ruchomej i opróżnienie okrężnicy stwarzamy nowe warunki, które umożliwiają prawdziwe oznaczenie granicy opukiwaniem pogranicznem. Oczywistą jest również rzeczą, że oznaczenie dolnej granicy wątroby opukiwaniem pogranicznem jest możliwe tylko wtenczas, gdy sąsiadująca z nią pętla okrężnicy zawiera gazy i daje odgłos bębenkowy. W przeciwnym razie opukiwanie pograniczne nie może, rzecz prosta, wykazać dolnej granicy wątroby aż do dostatecznego rozdęcia tej pętli powietrzem przez odbytnicę. Ta właśnie okoliczność tłómaczy nam, dlaczego granica, oznaczona opukiwaniem pogranicznem, była w naszych badaniach stosunkowo najrzadziej zgodną z granicą macalną w tych przypadkach, w których zwykłe opukiwanie wykazywało pod prawym łukiem żebrowym odgłos przytłumionob-ębenkowy (w 68,7% w porównaniu do 86% przy odgłosie bębenkowym i nader głośnym bębenkowym), i dlatego w tych właśnie przypadkach częściej, niż w innych, bo w 25,8%, otrzymywałem przy opukiwaniu pogranicznem stłumienie równomierne. W tych przypadkach bębenkowy odcień odgłosu zależał oczywiście przeważnie od współbrzmienia przy opukiwaniu metodą zwykłą gazów w dalej od wątroby położonych pętlach jelit, nie zaś w sąsiadującej z wątrobą pętli.

Przechodzę teraz do omówienia wyników badań, dokonanych dla oznaczenia dolnej granicy wątroby opukiwaniem pogranicznem wzdłuż linii środkowej brzucha. Przy tych badaniach nie miałem niestety tak dobrego sprawdzianu, jakim dla badań wzdłuż prawej linii sutkowej było obmacywanie, z wyjątkiem bowiem kilku przypadków dolnego brzegu wątroby w linii środkowej wyczuć nie mogłem. Lecz zdaje się, że i tu możemy mówić o ścisłości metody opukiwania pogranicznego: do takiego stopnia wyraźnie zarysowuje się ta granica opukowa. Niezbędny dla otrzymania tej granicy warunek stanowi tu przedewszystkiem sąsiedztwo wątroby z żołądkiem, a potem dostateczna ilość powietrza w żołądku. Co do pierwszego wymagania, to wśród badanych przezemnie było 22 przypadki znacznego opadnięcia żołądka. We wszystkich tych przypadkach opukiwanie pograniczne nie dało wzdłuż linii środkowej żadnych wyników. Z drugiej znowu strony dostateczna ilość powietrza w żołądku stanowi również pierwszorzędnej wagi warunek, którego brak uniemożliwia ścisłe oznaczenie dolnej granicy wątroby wzdłuż linii środkowej brzucha. Ta zależność jest zupełnie zrozumiałą, jeśli uprzytomnimy sobie to, co podałem wyżej o znaczeniu zawartości gazów w okrężnicy, sąsiadującej z wątrobą, dla prawidłowego oznaczenia dolnego brzegu wątroby wzdłuż prawej linii sutkowej. Zwykle dno żołądka zawiera, jak wiadomo, pęcherz powietrzny. Rozmiary tego pęcherza, jakkolwiek niejednakowe nawet u tegoż osobnika, wystarczają do umożliwienia oznaczenia dolnej granicy wątroby wzdłuż linii środkowej brzucha metodą opukiwania pogranicznego. Należy tylko badanego tak ułożyć na wznak, żeby część tego powietrza weszła w styczność z dolną częścią wątroby odpowiednio do linii środkowej. Ten cel da się osiągnąć w jednych przypadkach przy zupełnie poziomem położeniu badanego na wznak, w drugich przy ułożeniu na wznak z mniej więcej podniesionym tułowiem, w innych wreszcie, mianowicie, gdy pęcherzyk jest nader mały, przy ułożeniu badanego zlekka na lewym boku, przez co pęcherz powietrzny, zajmujący zawsze najwyższe miejsce w żołądku, przesuwa się z okolicy dna żołądka bliżej małej jego krzywizny, więc zbliża się do dolnego brzegu wątroby.

Tak więc metoda opukiwania pogranicznego, zastoso-

wana przez Goldscheidera do badania serca i płuc, a przez v. Korany'ego [7]) już w trakcie moich badań do oznaczania granic żołądka, okazuje się bardzo cenną i dla badania wątroby. Podnosi ona znacznie wartość badania wątroby opukiwaniem, bo w swych wynikach graniczy pod względem ścisłości z obmacywaniem. Oprócz tego badania moje nad tą metodą przemawiają także za niesłusznością naszego poglądu, że opukiwaniem możemy wykazać tylko ogniska bezpowietrzne, usadowione nie głębiej, niż o 6—7 cm od powierzchni ciała (Weil [8]), niedawne doświadczenia v. Oestreicha z de la Campem [9]), i to pod warunkiem, że ogniska te nie są zbyt małe. Przeciwnie widzieliśmy, że przy opukiwaniu pogranicznem, więc nadzwyczaj słabem, obniżona prawa nerka pomimo, że przestrzeń między nią a powierzchnią brzucha w wielu badaniach niewątpliwie znacznie przewyższała 5—6 cm., wywiera bardzo wyraźny wpływ na wyniki badania, wywołując stłumienie odgłosu. Oczywiście więc przy opukiwaniu nader słabem fale rozchodzą się wgłąb o wiele dalej, jak tegoż dowodzą co do płuc doświadczenia Röhla, Goldscheidera i Moritza z Röhlem, a co do brzucha również doświadczenia Goldscheidera.

Piśmiennictwo. 1) Goldscheider. Ueber Herzpercussion. Deutsche medizinische Wochenschrift 1905, N. 9—10. — 2). Goldscheider. Untersuchungen über Perkussion. Deutsches Archiv. für klinische Medizin. 1908, t. 94. — 3) Glénard. Néphroptose et enteroptose. Bull. et mémoir. de la Société méd. des hôpit. de Paris 1893, t. 10. — 4) Hilbert. Ueber palpable und bewegliche Nieren. Deutsches Archiv für klinische Medizin 1892, t. 50. — 5) Mathieu. Etude clinique sur le rein mobile chez la femme Bull. et mem. de la Société méd. des hôpitaux de Paris 1893, t. 10. — 6) Botkin. O podwiżności poczek. Kliniczeskija lekcyi. Petersburg. 1898, t. II. — 7) v. Koranyi. Die Schwellenwertspercussion des Magens. Zeischrift für klinische Medizin 1909, t. 67. — 8) Weil. Handbuch und Atlas der topographischen Perkussion. Leipzig 1880. — 9) Oestreich und de la Camp. Anatomie und physikalische Untersuchungsmethoden. Berlin. 1905. — 10) Röhl. Verhandlungen des Kongresses für innere Medizin 1907. — 11) Moritz und Röhl. Deutsches Archiv f. klin. Medizin 1909, t. 95.

Rozwój metod badania i leczenia chirurgicznego krtani, tchawicy i oskrzeli; współudział w nim szkoły krakowskiej i „Przeglądu lekarskiego" w ciągu pięćdziesięciu lat.

Podał

Przemysław Pieniążek.

Pomiędzy postępami, jakie w naukach lekarskich w ciągu ostatnich pięćdziesięciu lat mamy do zaznaczenia, niepoślednie miejsce zajmuje rozwój metod badania dróg oddechowych zapomocą wzroku i dokonywania w nich pod jego kontrolą zabiegów miejscowych, a zwłaszcza operacyjnych. W r. 1908 obchodzono na międzynarodowym Zjeździe laryngologów w Wiedniu pięćdziesięciolecie istnienia laryngoskopii, jako metody klinicznego badania krtani, składając przytem należną cześć pamięci jej twórców, Türcka i Czermaka. Pomysł oglądania krtani i tchawicy w lusterku, trzymanem w gardle, umożliwił rozpoznawanie zmian chorobowych w tych narządach, a zarazem otwarł drogę do wykonywania w nich mechanicznych zabiegów pod kontrolą wzroku. Droga ta jednak dopiero w trzy lata później wyzyskana została dla zabiegów operacyjnych, gdy W. Bruns dokonał na niej r. 1861 pierwszej operacyi polipa krtani. Tak więc pięćdziesiąta rocznica pierwszej laryngoskopijnej operacyi schodzi się z obchodem pięćdziesięciolecia »Przeglądu lekarskiego«. Przy tej sposobności pragnę tu przedstawić, jak w ciągu tego czasu uwydatniał się w »Przeglądzie lekarskim« postęp w nauce rozpoznawania i leczenia chorób krtani, tchawicy i oskrzeli i o ile rozwój nowych metod na tem polu u nas miał miejsce.

Postęp ten dokonywał się stopniowo i zrazu powoli; nawet pierwsza udana próba laryngoskopijnej operacyi polipa krtani nie odrazu i nie wszędzie znalazła zwolenników i naśladowców. Nieraz zadawalniano się stwierdzeniem polipa, by go dopiero w razie powstania bardziej przykrych, lub nawet groźnych przypadków usunąć przy pomocy rozcięcia płyt chrząstki tarczowej (laryngofisury). Spotykamy też w czasopismach lekarskich z owego czasu spory pomiędzy zwolennikami laryngofisury, a zwolennikami operowania polipów przy laryngoskopie; dopiero z biegiem czasu ustaliło się przekonanie, że jedynie tam, gdzie operacya laryngoskopijna nie da się wykonać, laryngofisura może być potrzebną. Z owego czasu spotykamy też i w »Przeglądzie lek.« pracę Gilewskiego, profesora kliniki chorób wewnętrznych w Krakowie: »Rzecz o operacyi polipów krtani przecięciem na pionowej linii spojenia obu chrząstek tarczykowatych« (r. 1865. Nr 28, 29, 30). Potem spotykamy jednak dopiero w r. 1879 w »Przeglądzie lek.« pracę o laryngofisurze Szeparowicza ze Lwowa, który tę operacyę w czterech przypadkach zwężeń krtani z dobrym wynikiem wykonał. Wspomnieć też muszę, że i w następnych latach ogłosił Szeparowicz w »Przeglądzie lek.« dwie prace o leczeniu zwężeń krtani (Kazuistyka chirurgiczna krtani: r. 1880. Nr 14—20 i r. 1881 Nra 14 15, 16). Dotąd zwężenia krtani natury niezapalnej leczono zwykle zapomocą systematycznej dylatacyi metodą Schröttera, laryngofisurę zaś wykonywano w nich tak rzadko, że Schüller w »Deutsche Chirurgie« w r. 1880 zdołał zebrać tylko 21 przypadków, w których ją z powodu zwężenia lub zupełnego zarośnięcia krtani wykonano. Szeparowicz wykonał ją sam cztery razy, a wkrótce poszedł też za jego przykładem u nas Obaliński, który jeszcze w r. 1879 wykonał laryngofisurę z dobrym skutkiem u mojej chorej z przerostem błony śluzowej pod brzegami strun głosowych, u której nie udało mi się przez dylatacyę uniknąć tracheotomii. Następną laryngofisurę w Krakowie wykonał dopiero r. 1883 Mikulicz u chorego, u którego po przerżnięciu krtani w celu samobójczym zupełne zarośnięcie jej bliznowate nastąpiło. Trzecią laryngofisurę wykonałem ja sam r. 1884 z powodu obfitych, a ciągle powracających brodawczaków. Operowałem przy zwieszonej w tył głowie, co chorego od aspiracyi krwi w zupełności uchroniło, a znalazłem w tem takie ułatwienie, że się odtąd daleko śmielej na laryngofisurę decydowałem. To też r. 1890 ogłosiłem w »Przeglądzie lekarskim« 21 przypadków laryngofisury, którą trzy razy Obaliński, dwa razy Mikulicz, dwa razy Rydygier po naradzie ze mną wykonali, a którą ja sam 14 razy wykonałem. W r. 1893 pisałem w »Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. 36.« znów o laryngofisurze, którą sam już 51 razy wykonałem.

Ilość laryngofisur zwiększyła się u nas jeszcze znacznie, gdy r. 1894 otwarto w szpitalu św. Łazarza oddział, resp. klinikę laryngologiczną; dziś liczymy po kilkadziesiąt laryngofisur każdego roku, a oprócz mnie wykonywali lub wykonują ją także moi kliniczni asystenci: dawniej Prof. Baurowicz, potem Prof. Nowotny, a dziś także Dr Pachoński. Ta częstość laryngofisury jest właściwością krakowskiej kliniki laryngologicznej; zawdzięczamy ją głównie materyałowi, jaki się u nas znajduje, t. j. częstości zwężeń krtani, pomiędzy któremi twardziel pierwsze miejsce zajmuje. Do tak częstego wykonywania laryngofisury przyczynia się jednak wiele ułatwienie, jakiego doznajemy przez zastosowanie do niej pozycyi Rosego (zwieszenia w tył głowy), które o wiele wyżej, niż operowanie przy kaniulach tamponowych (Trendelenburga lub Hahna), postawić muszę. Do pomyślnego przebiegu po laryngofisurze przyczynia się także wiele tamponowanie krtani po dokonaniu operacyi, którego stale używamy. Toteż na setki przypadków laryngofisury, dokonanej dotąd na klinice laryngologicznej, nie mamy wcale żadnej pooperacyjnej śmiertelności do zaznaczenia.

Oprócz twardzieli dość często wykonujemy także laryngofisurę z powodu zwężeń pozostałych po zapaleniu ochrzęstnej. Podnoszą to jako właściwość szkoły krakowskiej, gdzieindziej bowiem ograniczają się zwykle w zwężeniach, po zapaleniu ochrzęstnej pozostałych, do systematycznej dylatacyi, którą my rzadziej i więcej jako uzupełnienie laryngofisury stosujemy. O zapaleniu ochrzęstnej krtani i leczeniu zwężeń po niem pozostałych pisałem jeszcze w r. 1894 w »Przeglądzie chirurgicznym«.

Do laryngofisury dają nam też sposobność przypadki zwężeń krtani, jakie po przebytej błonicy czasem się wytwarzają. Dawniej mieliśmy głównie z zwężeniami pobłoniczemi pozostałemi po tracheotomii do czynienia, dziś zaś mamy w leczeniu zwykle przypadki, w których się zwężenie po odleżynie skutkiem intubacyi wytworzyło. Są to wogóle zwężenia o wiele trudniejsze do usunięcia, a nieraz spotykamy tu nawet zupełne zarośnięcie krtani, czasem wraz z częścią tchawicy, ponad rurką tracheotomijną. Przypadki tego rodzaju obejmują dziś dość znaczną część naszych chorych, a postępowanie nasze w nich polega częścią na zabiegach operacyjnych, zwłaszcza na laryngofisurze, częścią na systematycznej dylatacyi, którą według różnych metod stosujemy, a często z zabiegami operacyjnymi kombinujemy. Wspomnieć tu muszę i o stosowanej u nas intubacyi dylatacyjnej, polegającej na użyciu rurek szerszych, odpowiadających prawidłowej szerokości głośni, jakie nieraz po laryngofisurze lub też i bez niej u dzieci w celu dylatacyi zakładamy.

W klinice laryngologicznej ważną rolę odgrywają nowotwory krtani, a i nasza klinika przedstawia też pod tym względem obfity materyał. Nowotwory jednak łagodne, dające się usunąć na drodze laryngoskopijnej, operujemy ambulatoryjnie, a wyjątkowo tylko zachodzi potrzeba u dzieci wykonać z ich powodu tracheotomię i usunąć je następnie przy laryngofisurze. Częściej natomiast zdarza się nam operować przy pomocy laryngofisury nowotwory złośliwe, a zwłaszcza raki krtani. Niestety rzadko chorzy godzą się na laryngofisurę, gdy rak jeszcze nie jest bardzo rozszerzony tak, że na skutek operacyi prawie na pewne liczyć można; najczęściej godzą się na nią wtedy dopiero, kiedy z powodu ciężkiego oddechu przedewszystkiem tracheotomia staje się konieczną, a wtedy doszczętne usunięcie raka z powodu jego rozszerzenia się mniej już jest pewne. W takich przypadkach wycinamy nieraz przy laryngofisurze po stronie przez raka zajętej wszystkie części miękkie wraz z ochrzęstną chrząstki tarczowatej i tylnej płyty chrząstki obrączkowatej, usuwając z niemi i chrząstkę nalewkowatą tak, że właściwie dokonujemy częściowej laryngektomii. Z wyników laryngofisury w 20 przypadkach raka krtani zdałem sprawę na Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie r. 1907, a potem opisałem je w »Arch. internat. de laryng.« w r. 1909 w języku francuskim. Przypadków raka, leczonych z pomocą laryngofisury, od tego czasu jeszcze nam przybyło; wielu chorych przychodzi jednak i dziś jeszcze w takim stanie, że już całkowita laryngektomia staje się konieczną, a czasem i na nią już jest za późno i musimy się zadowolnić tracheotomią, by chorego przynajmniej od zaduszenia uchronić. Oprócz raka wykonywaliśmy też laryngofisurę z powodu mięsaka, u dzieci czasem z powodu obfitych brodawczaków krtani, kilka razy z powodu nacieków gruźliczych, zwężeń po kile pozostałych, wreszcie z powodu ciał obcych w krtani (u dzieci), i t. p.

Z prac kazuistycznych, jakie się w »Przeglądzie lek.« w pierwszych 25 latach ukazały, odnoszą się do krtani następujące: Gilewskiego: przypadek kiły krtani (r. 1866), Domańskiego: o leczeniu gruźlicy krtani (r. 1871), Merunowicza: trzy przypadki zapalenia ochrzęstnej krtani (rok 1874), Wiszniewskiego: przypadek zapalenia ochrzęstnej krtani po ospie (r. 1874), Mahla: o rozpoznawaniu wrzodów gruźliczych krtani (r. 1882), tegoż: przypadek porażenia struny głosowej przy wolu (r. 1882) i Smolarskiego: »Cieśń krtani skutkiem kiły« (r. 1886), z kliniki pedyatrycznej. Nie będę wymieniać prac, tyczących się błonicy i jej leczenia, nie stojących w związku z badaniem laryngoskopijnem, ani z zabiegami chirurgicznymi, wymienić zaś muszę własną pracę: »Dwa przypadki tracheotomii w dyfteryi« (Przegl. lek, r. 1879, Nr 48, 49), w której opisuję obraz laryngoskopijny w krupie. Ilość badanych podówczas laryngoskopijnie przypadków krupu była jeszcze wcale niewielka; ja sam badałem ich kilka zaledwie i te starałem się w tym opisie wyzyskać. Później, t. j. w r. 1888, podałem w »Arch. f. Kinderheilk.« tom X. dokładny opis obrazów laryngoskopijnych w krupie spotykanych, oparty na większej ilości badanych przypadków. Z prac odnoszących się do przypadków, w których wykonano tracheotomię, mam jeszcze do wymienienia: Noskiewicza (r. 1864), Hofmokla (r. 1872), Rydygiera (r. 1873), Szeparowicza (rok 1875 i później r. 1879), Serkowskiego (r. 1877), Paulego (r. 1878): prace te jednak nie stoją w związku z badaniem laryngoskopijnem. Natomiast zasluguje na wzmiankę przypadek opisany przez Obtułowicza (Przegl. lek. r. 1878. Nr 50, 51, 52), w którym dolna część tchawicy i oba oskrzela były przez okrężną bliznę w jednym ciągu tak zwężone, że w miesiąc po tracheotomii zaduszenie nastąpiło; przypadek taki zasługiwał na opisanie, zwłaszcza przed 33 laty. Ważny jest też przypadek Rydygiera (z Chełmna, r. 1885, Nr 16), w którym po ranie postrzałowej tchawicy pomimo tracheotomii śmierć skutkiem rozszerze-

nia się rozedmy podskórnej i śródpiersiowej nastąpiła. Jako przypadek ważny, a rzadki, podnieść też muszę przedstawiony przez Krajewskiego na I. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie okaz nowotworu tchawicy, zatykającego jej światło tak, że nastąpiło zaduszenie; obok niego znaleziono przerzuty w płucach, wątrobie, śledzionie i gruczole tarczowym (Przegl. lek. r. 1869, Nr 39, 40, 41). Później stwierdzono w pracowni anatomo-patologicznej Prof. Biesiadeckiego, że był to pierwotny mięsak drobnokomórkowy tchawicy (Rozprawy i sprawozdania z posiedzeń Wydz. matem. przyrodn. Akad. Umiej. w Krakowie T. I., r. 1874). Tu wspomnę też i o własnym przypadku (Przegl. lek. 1884, Nr 1, 2), w którym wykonałem tracheomię z powodu guza na tylnej ścianie krtani i tchawicy, zatykającego światło w wysokim stopniu, a następnie usunąłem guz przez powtarzane co jakiś czas wypalanie galwanokauterem, którego dokonywałem przez przetokę tchawiczą, a w końcu, na resztach guza, pod kontrolą trzymanego w przetoce stalowego lusterka Czermaka. Guz ten który wówczas za nowotwór łagodny uważałem, był najprawdopodobniej wolem śródtchawiczym; dziś wyciąłbym go przy pomocy laryngofisury, jak to w podobnym przypadku, opisanym przez Baurowicza z mego oddziału, zrobiłem (Arch. f. Laryng. Bd. 8), wtedy jednak laryngofisura wydawała mi się cięższą operacyą, niż dzisiaj, przez krtań zaś bałem się guza wypalać wobec wielkiej drażliwości chorej.

W laryngologii, a zwłaszcza pod względem zabiegów wykonywanych w krtani przy laryngoskopie, zaznaczył się bardzo wybitnie rok 1884, w którym zaczęto używać kokainy do znieczulenia krtani. Usunięcie drażliwości na dotknięcie ułatwiało w wysokim stopniu zabiegi operacyjne w krtani, a tem samem przyczyniło się znacznie do rozszerzenia granic ich wskazań. Zapendzlowanie krtani rozczynem 20%—25% nie znosiło jednak drażliwości przy głębszych wycięciach, jakie się czasem w krtani mogły okazać potrzebne. W czasie, gdym właśnie zaczął używać kokainy do operacyi laryngoskopijnych, t. j. pod koniec roku 1884, miałem w leczeniu chorego na zwężenie krtani miernego stopnia, sprawione przez zgrubienia i wpuklenia tkanki w głośni i jej sąsiedztwie, pozostałe obok bliznowatych wciągnięć po wygojonych wrzodach kiły trzeciorzędnej. U tego chorego zastosowałem do krtani wstrzykiwania rozczynu 5% kokainy i mogłem przy nich z łatwością i bez bólu powycinać w kilku posiedzeniach wszystkie wzniesienia i wpuklenia tak, że szpara głośni do prawidłowej szerokości powróciła, a chory nietylko zupełnie lekki oddech, ale nawet niezły głos odzyskał. Wkrótce potem operowałem jeszcze kilku chorych laryngoskopijnie po znieczuleniu krtani przez miąższowe wstrzyknięcie tego rozczynu, a w jednym przypadku dokonałem przy niem tracheotomii zupełnie bez bólu. O tych wstrzykiwaniach kokainy w celu znieczulenia miałem wykład w Tow. lek. krakowskiem (Przegl. lek. r. 1885). Wstrzykiwania kokainy okazały mi się i potem nieraz przydatne do głębszych wycinań tkanki w krtani, większe jednak jeszcze oddają mi one usługi przy tracheotomii i laryngofisurze, które dziś w mojej klinice, z wyjątkiem u dzieci, prawie zawsze bez usypiania, a jedynie przy znieczuleniu miejscowem przez wstrzyknięcie kokainy się wykonuje. Dziś jednak nie używamy już rozczynu kokainy 5%, lecz tylko 2%, gdyż ten do znieczulenia, t. j. do anestezyi i operacyjnej analgezyi jest zupełnie wystarczający.

Na myśl używania wstrzykiwań kokainy do operacyi śródkrtaniowych wpadł nie o wiele później odemnie także i Heryng w Warszawie. Zaczął on mianowicie wstrzykiwać rozczyn kokainy 10% z małym dodatkiem kwasu karbolowego do operacyi nacieków gruźliczych krtani, co mu gruntowne ich usunięcie tylko ułatwić mogło. Nowy kierunek operacyjnego leczenia gruźlicy krtani, jaki Heryng wytworzył w Warszawie, nie odrazu znalazł swój wyraz w »Przeglądzie lekarskim«; w dwa lata dopiero po ukazaniu się pracy Herynga: »O chirurgicznem leczeniu suchot krtani i ich wyleczalności« pisałem o niej referat (Przegl. lek. rok 1889, Nr 14. 15, 16). Przez to miałem sposobność twierdzenia Herynga oceniać już na podstawie własnego doświadczenia, a tem samem omówić je krytycznie i nie poddając się przesadnemu entuzyazmowi, uwydatnić wielką wartość chirurgicznych zabiegów w odpowiednich przypadkach gruźlicy krtani.

Rok 1884 był jeszcze i z tego względu ważnym w mojej lekarskiej działalności, że w nim wpadłem na pomysł badania tchawicy i oskrzeli po tracheotomii przez przetokę tchawiczą wprost zapomocą wzroku. Zawdzięczam to przypadkowi, w którym u dwuletniego dziecka po tracheotomii zwężenie pod rurką tracheotomijną się wytworzyło. Przez wprowadzony do tchawicy przez przetokę lejek uszny zobaczyłem ziarniniak na jej tylnej ścianie i usunąłem go pod kontrolą wzroku. Wkrótce miałem sposobność w przypadkach krupu, przesuwającego się po tracheotomii na tchawicę i oskrzela, wyciągać z nich przez przetokę błony krupowe pod kontrolą wzroku szczypczykami, które (podobnie jak i łyżeczki oskrzelowe, które później w tym celu porobić kazałem) nawet do dolnych gałęzi oskrzelowych wprowadzałem. Użyłem do tego już trochę dłuższych rurek, a potem kazałem je w różnej długości i szerokości porobić. O tej tracheoskopii przez przetokę tchawiczą i o usuwaniu przy jej pomocy błon krupowych, zatykających tchawicę i oskrzela, mówiłem w Tow. lek. krakowskiem (Przegl. lek. r. 1886, Nr 29); później opisałem to postępowanie w »Arch. f. Kinderheilk.« (r. 1888, T. X.), a samą tracheoskopię w »Wien. med Blätter« (rok 1889). Dziś wobec surowicy przeciwbłoniczej usuwanie błon krupowych z tchawicy i oskrzeli wyjątkowo tylko bywa jeszcze potrzebne; tracheoskopia przez przetokę tchawiczą otwarła jednak drogę do leczenia zwężeń tchawicy i oskrzeli, oraz do wydobywania z nich ciał obcych pod kontrolą wzroku. Pierwsze dwa przypadki wydobytych na tej drodze ciał obcych opisałem w »Przeglądzie lek.« w r. 1887 i 1888; o zwężeniach zaś tchawicy i oskrzeli i ich leczeniu przy tej tracheoskopii pisałem w »Przeglądzie lek.« r. 1895, a obszerniej w »Arch. f. Laryng.« Tom IV. r. 1896.

Od otwarcia w szpitalu św. Łazarza r. 1894 oddziału laryngologicznego miałem z powodu licznych przypadków zwężeń dróg oddechowych dosyć sposobności dokonywać zabiegów operacyjnych w tchawicy, a nawet w oskrzelach w tracheoskopii po tracheotomii. Wyniki moich doświadczeń co do zwężeń dróg oddechowych wogóle przedstawiłem też w dziele systematycznem: »Die Verengerungen der Luftwege« r. 1901. (Wien — Leipzig. Verl. Fr. Deuticke).

W zabiegach operacyjnych na moim oddziale brał udział Prof. Baurowicz, który od r. 1894 do r. 1900 był moim klinicznym asystentem. Działalność nasza jest uwidoczniona w szeregu publikacyi Baurowicza tak w polskim, jak i w niemieckim języku, z których podnieść muszę coroczne sprawozdania z oddziału laryng. w »Przeglądzie lekarskim«, jako dające dokładny obraz naszej działalności. W końcu opracował Baurowicz twardziel (scleroma) na podstawie 100 przypadków u mnie obserwowanych, uwzględniając przytem częstość jej w poszczególnych powiatach Galicyi (Arch. f. Laryng. Bd. X. r. 1900). Prócz tego wykazał on przez systematycznie przeprowadzone szczepienie z świeżo wyciętych kawałków tkaniny, że nieraz z tkanki, w której mikroskop nie daje typowego obrazu twardzieli, zaszczepić można na agar prątki twardzielowe Frischa. Na podstawie tych szczepień odnieść musimy do twardzieli wiele przypadków, w których dawniej samoistny przerost błony śluzowej rozpoznawano.

Pod sam koniec zeszłego stulecia mamy w badaniu i leczeniu chorób dróg oddechowych nową, a ważną metodę do zaznaczenia. Jeszcze w r. 1895 przedstawił Kirstein metodę zaglądania do krtani bez pomocy lusterka (autoskopia). Metoda ta została dalej rozwinięta przez Killiana, a to głównie dzięki lampce czołowej Kirsteina, od której odbite reflektorem promienie, idąc równolegle, pozwalają na wpuszczenie dostatecznej ilości światła nawet przez wązką, a długą rurę. Z jej pomocą wydobył Killian w r. 1897 pod kontrolą wzroku przez rurę, wprowadzoną na naturalnej drodze do tchawicy, kość wpadłą do prawego oskrzela. Stworzył on w ten sposób tracheoskopię dla tych, co nie przebyli tracheotomii i nazwał ją tracheoskopią górną w odróżnieniu od mojej, dawniejszej, dokonywanej przez przetokę, której dał nazwę tracheoskopii dolnej. Jeszcze w r. 1898 rozszerzył on tracheoskopię przez wprowadzanie rurek do oskrzeli na bronchoskopię, zrazu dolną, później i górną; wreszcie wprowadzał bronchoskopy i do dolnych gałęzi oskrzelowych po obu stronach, a po stronie prawej także i do gałęzi średniej. Nowe te metody oddawały usługi głównie przy wydobywaniu ciał obcych wpadłych do oskrzeli, a używanie ich zaczęło się stopniowo coraz bardziej rozpowszechniać.

Tracheobronchoskopia górna znalazła też i u nas zastosowanie, ale używamy jej, tak ja, jak i Prof. Nowotny, który objął u mnie asystenturę z początkiem r. 1900, nietylko do wydobywania ciał obcych, lecz także, i to znacznie częściej, do operacyjnego usuwania zwężeń tchawicy, a nawet oskrzeli, do czego przedewszystkiem twardziel daje nam sposobność. O ciałach obcych dróg oddechowych mówiłem w Tow. lek. (Przegl. lek. r. 1903), a później opisał Nowotny z mojej kliniki przypadki ciał obcych w tchawicy, w oskrzelach i w przełyku (Przegl. lek. 1905); przedtem zaś ogłosiłem w »Przeglądzie lek.« (r. 1904) przypadki ciał obcych w nosie, gardle i przełyku. Dziś razem z Nowotnym mamy do 30 przypadków, w których wydobywaliśmy ciała obce z pomocą tracheo- resp. bronchoskopii dolnej lub górnej, nie licząc ciał obcych w krtani, gardle, nosie i przełyku.

Zwężenia tchawicy i oskrzeli usuwaliśmy dawniej jedynie przy tracheoskopii dolnej; dziś usuwamy je nieraz przy górnej tam, gdzie dawniej zaczęlibyśmy od tracheotomii, by sobie drogę do dalszych zabiegów otworzyć. Przy dolnej tracheoskopii wykonujemy dziś zabiegi u chorych, którzy po dawniejszej tracheotomii z rurką tracheotomijną do nas przychodzą; umyślnie zaś wykonujemy tracheotomię wtedy tylko, jeżeli z powodu rozległości zwężających tworów nie możemy liczyć na usunięcie ich przy tracheoskopii górnej, lub też zabiegi przy niej z powodu wysokiego stopnia zwężenia niebezpieczne nam się wydają. Wykonujemy też tracheotomię, jeżeli twory zwężające po usunięciu ich przy tracheoskopii górnej szybko powracają; usunąwszy je bowiem przy dolnej, zastosować możemy zapobiegawczą dylatacyę. Oczywiście wykonujemy tracheotomię i tam, gdzie obok tchawicy stan krtani tego wymaga. Zabiegów przeciw zwężeniom dokonujemy najczęściej przy samej tracheoskopii, czasem jednak i bronchoskopia, tak dolna, jak i górna, bywa nam do nich przydatna. W ten sposób pracujemy wraz z Prof. Nowotnym od początku roku 1900, a w ostatnich paru latach także wraz z Drem Pachońskim, obecnie II. asystentem kliniki, i mamy już cały szereg chorych leczonych operacyjnie przy górnej lub dolnej tracheobronchoskopii z powodu zwężeń tchawicy lub oskrzeli, po największej części na tle twardzieli powstałych. Postępowanie nasze w tych przypadkach opisał Nowotny w »Przeglądzie lek.« jeszcze w r. 1905, uwzględniając tak moje, jak i swoje własne przypadki; zarazem przedstawił on systematycznie opracowane zwężenia tchawicy i oskrzeli, oraz ich badanie i leczenie w »Arch. f. Laryng.« Tom 17. Wspomnieć tu także muszę o współudziale Nowotnego w dziele: »Die Therapie an den österreichischen Universitätskliniken« (Wien — Leipzig, 1905. Verl. Alfr. Hölder), w którem opisał leczenie na naszej klinice stosowane. Podał on też sprawozdanie z naszego oddziału z trzech lat (Monatschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinologie r. 1902); tamże ogłosił kilka prac kazuistycznych, podobnie jak i w »Arch. f, Laryng.«, a jedną w »Przeglądzie lek.« (rok 1903): »W sprawie rozpoznawania tętniaków tętnicy głównej«. Ja sam pisałem w »Przeglądzie lek.« o dychawicy oskrzelowej (r. 1904) i o zwężeniu tchawicy przez ropnie zaprzełykowe (r. 1906); oprócz tego opisałem stosowane u nas metody badania i leczenia pod kontrolą wzroku chorób tchawicy i oskrzeli w »Arch. internat de laryng.« r. 1907.

W zużytkowaniu tracheobronchoskopii posunął się w ostatnich czterech latach dalej jeszcze Nowotny. Wpuszczał on mianowicie przy górnej, a w jednym przypadku przy dolnej bronchoskopii do drugo- i trzeciorzędnych gałęzi oskrzelowych rozczyn kokainy z adrenaliną w przypadkach przewlekłej dychawicy (asthma bronchiale chronicum). O trzech pierwszych przypadkach, w których wynik tego zabiegu był doraźny i nader korzystny, opowiedział Nowotny na Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie r. 1907, a następnie opisał je w »Monatschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhin.« (r. 1907, Nr 12); gdy mu zaś jeszcze tych przypadków przybyło, opisał je w »Przeglądzie lek.« r. 1909. Ilość leczonych przez Nowotnego w ten sposób przypadków dychawicy zwiększa się ciągle powoli, a przytem metoda jego zyskuje sobie i za granicą zwolenników, którzy w ten sposób u chorych na przewlekłą dychawicę korzystne wyniki osiągnęli, jak Galebsky, Ephraim, Horn, Tretrop. Ephraim rozszerzył nawet lecze-

nie bronchoskopijne z przypadków dychawicy przewlekłej także na przypadki uporczywych przewlekłych nieżytów, a nawet na przypadki rozszerzenia oskrzeli (bronchiectasia). (Arch. f. Laryng. 1911).

Jak już wspomniałem, opisał Baurowicz w r. 1900 z mojej kliniki 100 przypadków twardzieli: do pracy tej dołączył on mapkę Galicyi, na której ilość przypadków tej choroby w poszczególnych powiatach oznaczył. W roku 1900 nawołuje Baurowicz (Przegl. lek. Nr 46) do zapobiegania szerzeniu się u nas twardzieli, którą trafnie trądem galicyjskim nazywa. Od r. 1900 ilość przypadków tego cierpienia, na naszej klinice leczonych, znacznie się jeszcze zwiększyła tak, że dziś już blizko 300 dochodzi. Wobec tego, że twardziel nie jest wyleczalna, że usunięte operacyjnie zwężenia twardzielowe po pewnym czasie powracają, albo też wytwarzają się na innych miejscach, a zwłaszcza coraz niżej w drogach oddechowych, chorzy twardzielą dotknięci szukają w ciągu lat niejednokrotnie pomocy w naszej klinice, tak że liczba podjętych u nich zabiegów operacyjnych jest znacznie większa, niżby się to z liczby tych chorych wydawać mogło. W r. 1910 zebrał Dr Pachoński 273 przypadków twardzieli, które od otwarcia oddziału laryngologicznego, t. j. od r. 1894 po koniec r. 1909 u nas były leczone i ogłosił je w »Przeglądzie lek.« (Nr 23—30). Wkrótce przesłaliśmy też i tłomaczenie tej pracy do »Arch. internat. de laryng.«, w którym się w r. 1910 i 1911 ukazała. Tak obfitego materyału pod względem twardzieli nie mógłby dziś żaden szpital przedstawić, a przytem chorzy ci przedstawiają o wiele większy jeszcze materyał operacyjny; u wielu z nich bowiem różnymi czasy niejednokrotnie rozmaite zabiegi operacyjne wykonywano. Oprócz tego praca Pachońskiego ważna jest i z tego względu, że wykazuje rozszerzenie się twardzieli w różnych okolicach naszego kraju dokładniej, niż to mógł wykazać Baurowicz przed 10 laty; spotykamy tu też i mapkę Galicyi, podaną przez Baurowicza r. 1900, w której ilość przypadków twardzieli, w poszczególnych powiatach przez niego oznaczona, uzupełniona jest przypadkami później u nas leczonymi.

Jak z powyższego zestawienia widać, szkoła krakowska brała od początku żywy udział w rozwoju metod badania i miejscowego leczenia chorób dróg oddechowych, jaki się w ciągu pół wieku dokonywał, zużytkowując nowsze zdobycze na tem polu i starając się ze swej strony do postępu w tej dziedzinie medycyny przyczynić. Kierunek chirurgiczny, jaki się u nas wyrobił, zawdzięczamy głównie częstości zwężeń dróg oddechowych, z jakiemi mamy do czynienia. Częstości przypadków krupu zawdzięczałem niegdyś pomysł dolnej tracheoskopii i dokonywania przy niej zabiegów w tchawicy i oskrzelach; częstości zwężeń krtani mamy dziś częstość tracheotomii i laryngofisury do zawdzięczenia, a częstość twardzieli daje nam oprócz tego wiele sposobności do zabiegów operacyjnych w tchawicy i w oskrzelach przy górnej lub dolnej tracheobronchoskopii. Klinikę naszą możnaby dziś nazwać kliniką zwężeń dróg oddechowych, obok których niewiele tylko innych i to ważniejszych operacyjnych przypadków na niej się znajduje. Działalność nasza znajduje też swój wyraz w »Przeglądzie lekarskim«, w którym w ciągu pięćdziesięciu lat jego istnienia spotykamy nietylko prace kazuistyczne i sprawozdania kliniczne, ale także i prace, przedstawiające zużytkowanie nowszych pomysłów i kierunków, albo też i przedstawienie pomysłów u nas powstałych i u nas po raz pierwszy praktycznie przeprowadzonych, i to zazwyczaj przedtem, zanim w fachowych czasopismach niemieckich ogłoszone zostały.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiell.

Cięcie cesarskie pochwowe jako metoda przerwania ciąży

(między 10-tym a 24-tym tygodniem)

podał

Aleksander Rosner.

Wszystkie sposoby przerwania ciąży podzielić można na trzy zasadniczo różne grupy. Jedne mają na celu wywołanie skurczów porodowych; są to sposoby prowokacyjne; drugie drażnią również macicę do skurczów, ale równocześnie rozszerzają jej szyję, a więc ułatwiają wyjście jaja; kombinują one prowokacyę z rozszerzeniem. Do trzeciej grupy należą te sposoby, które polegają na stworzeniu dostępu do jaja i doraźnem usunięciu go z macicy.

Do sposobów ściśle prowokacyjnych należą, jak wiadomo: założenie elastycznych świeczek między jaje a ścianę macicy, przebicie pęcherza, odklejenie dolnego bieguna jaja, wstrzykiwanie gliceryny lub innych płynów między jaje a macicę, długotrwałe przestrzykiwanie pochwy, drażnienie brodawek sutkowych, elektryzowanie macicy itd.

Między sposobami łączącymi prowokacyę skurczów z rozszerzeniem szyi zajmuje pierwsze miejsce metreuryza, czyli wprowadzanie do macicy balonu mniej lub więcej elastycznego, obciążonego lub wolno leżącego. Tu zaliczyć też musimy tamponowanie jamy i szyi macicy gazą, oraz do pewnego stopnia rozszerzenie szyi blaszecznicą (laminaria), która zdaniem Leopolda nietylko rozszerza szyję, ale przyczynia się do odklejenia jaja. Leopold twierdzi, że niejednokrotnie znajdował odklejone jajko na pręciku blaszecznicy, wyjętym z macicy.

Sposoby, należące do trzeciej grupy, nazwaćby można doraźnymi. Każdy z nich składa się z dwóch aktów, t. j. z rozszerzenia szyi i wyjęcia jaja. Zaliczyćby tu należało wyskrobanie młodego jaja po rozszerzeniu szyi rozszerzadłami Hegara, wyjęcie jaja młodego instrumentalne lub ręczne po rozszerzeniu szyi narzędziem w rodzaju Bossiego, wreszcie cięcie cesarskie pochwowe.

Sposobów przerwania ciąży jest więc bardzo dużo i bardzo rozmaitych. Niemniej każdy doświadczony położnik przyzna, że ilekroć przystępuje do tego zabiegu, ma niemały kłopot z wyborem metody operacyjnej. Jeśli wybiera jedną z licznych metod prowokacyjnych, lub należących do drugiej grupy, nie wie nigdy, czy w danym przypadku nie dozna zawodu, czy nie będzie zmuszony przejść do metody innej, czy skończy operacyę za kilkanaście godzin, czy kilkanaście dni. Cechą wszystkich tych sposobów jest niepewność działania, nieobliczalność wyniku.

Jakich zasad należy się trzymać w wyborze metody operacyjnej?

Rozstrzyga o tem, zdaniem mojem, jakość wskazania i okres ciąży.

Jeśli wskazanie jest istotnie doraźne, sposób operacyjny powinien być równie doraźny. Gdzie jest wybitne »periculum in mora«, gdzie godziny rozstrzygają o życiu ciężarnej, tam nikt chyba nie użyje metody, która da pożądany wynik za kilka dni, albo, co gorsza, zawiedzie zupełnie.

Przypuśćmy, że mamy chorą z niewyrównaną wadą sercową w późniejszych miesiącach ciąży i to wśród objawów groźnych, jak duszność, sinica, grożący obrzęk płuc. Tu użyć się musi sposobu doraźnego, ażeby w kilkunastu minutach opróżnić macicę. Sposobów tych jest tak niedużo, że łatwo jeden z nich wybrać — albo cięcie cesarskie pochwowe, albo rozszerzenie sposobem Bossiego, albo wreszcie któreś z cięć cesarskich brzusznych.

Wybór jest trudniejszy, jeśli choroba, dla której przerywamy ciążę, pozwala na zwłokę. Mamy np. przypadek z gruźliczym naciekiem płuc, jednem z najczęstszych wskazań do przerwania ciąży. Zwykle nic nie nagli i możemy bez wszelkiej szkody dla chorej odłożyć operacyę o kilka dni, albo, co na jedno wyjdzie, wybrać sposób wiodący powoli do celu.

Na podstawie własnego doświadczenia klinicznego doszedłem jednak do przekonania, że w wyborze metody rozstrzyga tu w pierwszym rzędzie okres ciąży.

Metody prowokacyjne, a więc mające na celu wywołanie skurczów porodowych, zawodzą znacznie częściej we wczesnych miesiącach ciąży, niż w pobliżu prawidłowego jej kresu. A zresztą, choćby tak nie było, i z innego względu nie nadają się do wywołania poronienia w ścisłem tego słowa znaczeniu, tj. w pierwszych czterech miesiącach. Przyczyn jest kilka. Przedewszystkiem najbardziej w użyciu będące, bo najpewniejsze, sposoby prowokacyjne dadzą się tylko z trudem zastosować w początku ciąży.

I tak metreuryza nie nadaje się do tego celu zgoła, gdyż macica jest, zwłaszcza w pierwszych $2^1/_2$ miesiącach, za mała, żeby pomieścić mogła nawet mały metreurynter. Przyznaje to jeden z największych zwolenników tego sposobu, Hannes, który kazał sporządzić bardzo małe, bo tylko 2 ctm w średnicy mające balony, a który przecież i te przyrządy uznać musiał za nieodpowiednie i niebezpieczne.

Przebicie jaja płodowego jest w tych bardzo wczesnych miesiącach i trudne i niebezpieczne. Jaje schowane w jednym z rogów macicy nie zawsze można znaleść zgłębnikiem lub innem narzędziem. Instrument oprzeć się może o dno, a przecież nie przebić jaja, co w późniejszych miesiącach jest zgoła niemożliwe.

Nie mówię już o gumowych świeczkach, które, jeśli wogóle mają działać, muszą leżeć między jajem a ścianą macicy, a które w pierwszych miesiącach ciąży mogą tam chyba zbłądzić przypadkowo.

Przytaczam tylko te sposoby; inne są jeszcze mniej pewne.

Ale i druga jest przyczyna, dla której wywołanie poronienia nie powinno być stawiane na równi z wywołaniem przedwczesnego porodu, a tą jest przebieg tego wywołanego poronienia. Jest on w najlepszym razie podobny do przebiegu poronienia powstałego samorodnie, tak jak przebieg porodu wywołanego tym lub innym sposobem przypomina przebieg porodu naturalnego. A przecież wiadomo, że przebieg każdego poronienia jest nieobliczalny, kapryśny; trwać ono może bardzo długo i niezmiernie często wymaga czynnej pomocy lekarskiej. Krwotoki, rozkład lub zatrzymanie kawałka jaja należą do bardzo częstych powikłań; są one co najmniej tak samo częste w przebiegu sztucznie wywołanego poronienia. Wynika z tego, że jeśli dla wywołania poronienia użyjemy jakiejkolwiek metody prowokacyjnej, musimy być na to przygotowani, że może się zjawić powikłanie, które nas zmusi raz jeszcze do operacyi.

Wszystkie te względy nie przemawiają chyba za użyciem sposobów prowokacyjnych w początkach ciąży i zmuszają do przyjęcia zasady, że dla przerwania ciąży w pierwszych jej miesiącach należy użyć metod doraźnych, choćby cierpienie, które stało się powodem zabiegu, nie mieściło w sobie samo przez się wskazania do postępowania doraźnego.

Od zasady tej nie odstępuję też w praktyce nigdy od szeregu lat i nie mam powodu tego żałować. Nie używam przytem naturalnie ani metody Bossiego, nieodpowiedniej zresztą wcale w tak wczesnej ciąży, ani cięcia cesarskiego pochwowego, tylko zwykłego doraźnego wypróżnienia macicy zwykłą łyżeczką, używaną do skrobania błony śluzowej macicy, naturalnie po znacznem rozszerzeniu szyi macicznej. Sposób ten uważam za doskonały, ale tylko w pierwszych dwóch, co najwyżej $2^1/_2$ miesiącach ciąży. W drugiej połowie trzeciego miesiąca zabieg ten może już być trudniejszym i krwawym.

Jak wyżej wspomniałem, sposoby prowokacyjne, połączone z rozszerzeniem szyi lub bez niego, nie są na miejscu w ogóle w pierwszej połowie ciąży. Potwierdzić mogę w zupełności zdanie Polana, że pobudliwość macicy wzrasta z biegiem ciąży, a więc jest w pierwszej połowie mniejsza, niż w drugiej. Stąd pochodzi, że wywołując poronienie względnie poród niewczesny w drugiej połowie 3-go miesiąca, a dalej w miesiącach 4-tym, 5-tym, a poniekąd i 6-tym, zdajemy sobie sprawę z tego, że manipulacye trwać mogą bardzo długo i nie możemy powiedzieć, kiedy poronienie względnie poród nastąpi. Polano, zachwalając metreuryzę, podaje, że w czterech z 22 przypadków wywołanych poronień — minęło 40 godzin, w jednym nawet 80 godzin, od prowokacyi do dobrowolnego względnie sztucznego wydalenia jaja. Jakoby zestawia 214 przypadków, w których dla wywołania przedczesnego porodu użyto świeczek. W 52 przypadkach (24%) upłynęło 31 do 60 godzin, w 25 przypadkach 61—150 godzin od założenia świeczek do porodu. Z zestawienia de Reyniera wynika, że poród, wywołany przez przebicie błon, trwa średnio 77 godzin; inne zestawienie z kliniki Herffa podaje tę średnią tylko na $26^1/_2$ godzin.

I własne moje doświadczenie poucza mnie, że metody te zawodzą często. W ostatnich trzech latach wywoływałem poronienie względnie poród niewczesny między drugą połową 3-go miesiąca a końcem 6-go miesiąca 27 razy, z tego 17 razy z pomocą metod prowokujących bóle lub rozszerzających ujście. Używałem następujących sposobów:

2) tamponada jamy i szyi macicznej gazą po uprzedniem rozszerzeniu szyi rozszerzadłami Hegara, 2) metreuryza, 3) przebicie pęcherza, 4) założenie świeczek między ścianę macicy a jaje. W przeważnej liczbie przypadków musiałem używać kilku metod u jednej chorej. W tych 17 przypadkach tylko 5 razy poród odbył się spontanicznie, 6 razy trzeba było wyjmować z macicy płód i popłód, 6 razy tylko popłód po dobrowolnem urodzeniu się płodu. Wynik ten jest bardzo mało zachęcający, gdyż największą zaletą sposobów prowokacyjnych ma być właśnie to, że tylko na początku macica narażona jest na uraz, poczem powinna odpowiedzieć nań porodem. Tak jednak bynajmniej nie jest. U moich chorych, w 70% przypadków, potrzebne były i pod koniec porodu zabiegi operacyjne, zgoła nie obojętne.

Od początku prowokacyi do końca poronienia lub porodu mijał czas rozmaicie długi, — najmniej 2 godz., najwięcej 180 godzin, czyli przeszło 7 dni. W pierwszych 24 godzinach skończył się poród tylko w 3 przypadkach. W trzech przypadkach wymagał do 48 godzin czasu. Siedem razy upłynęło więcej niż 48, a mniej niż 100 godzin, a w czterech przypadkach ciągnęła się cała sprawa od 100 do 180 godzin. Średnio otrzymujemy 77 godzin, co odpowiada trzem dobom i pięciu godzinom.

Wobec tak długiego trwania manipulacyi wewnątrzmacicznych zadziwić nie może fakt, że znaczna liczba tych osób gorączkowała przed rozwiązaniem. Było ich 7, u dziesięciu zaś ciepłota nie doszła do 37·7. Z tych siedmiu, u których podniesienie ciepłoty stało się wskazaniem do sztucznego rozwiązania, pięć miało gorączkę poniżej 38·5, jedna 39·5, jedna 40°.

Po rozwiązaniu spadła ciepłota do poziomu prawidłowego; przebieg pooperacyjny był u wszystkich prawidłowy. Cyfry moje są nieduże; być może, że dziwnym zbiegiem okoliczności spotkałem się z macicami leniwemi, nie odpowiadającemi na bodźce; w każdym razie wyniki nazwać muszę złemi, bo choć żadna chora nie umarła i u żadnej nie rozwinęła się cięższa sprawa zakaźna, jednak większa ich część narażona była na kilkodniowe męczące zabiegi i połączone z nimi niepokoje i bóle, a 40% z nich uległo krótkotrwałemu zakażeniu.

To spostrzeżenie i porównanie z przebiegiem doraźnego przerwania ciąży w pierwszych 10 tygodniach naprowadziło mnie na myśl, że sposób doraźny usunięcia jaja na jednem posiedzeniu ma nad wszystkiemi temi prowokacyjnemi metodami nieporównaną wyższość i że należałoby zastanowić się, czy i po 10-tym tygodniu nie możnaby na jednem posiedzeniu opróżnić ciężarnej macicy. Do tego celu nadaje się naturalnie najlepiej cięcie cesarskie pochwowe.

Zanim zacząłem go używać systematycznie, dwa razy wykonać je musiałem z konieczności. W pierwszym przypadku blaszecznica (laminaria), założona do szyi celem jej rozszerzenia (od kilku lat nie używam tego sposobu rozszerzania), wyśliznęła się z szyi do jamy macicy, gdzie ją zastałem w 20 godzin po założeniu. Takie samo nieszczęście wydarzyło się Kleinowi, Solmsowi i zapewne wielu innym operatorom.

Spostrzegłszy, co zaszło, wykonałem bezzwłocznie cięcie cesarskie pochwowe przez przednią ścianę po odsunięciu pęcherza i wyjąłem bez trudu blaszecznicę i jaje, poczem zaszyłem rany.

W drugim przypadku wywoływałem przez 5 dni najrozmaitszymi sposobami skurcze u osoby w początku 6-go miesiąca ciąży, macica była jednak do tego stopnia leniwa, że nie odpowiadała zgoła na te bodźce. Wśród tych zabiegów podniosła się ciepłota do 40°; wykonałem w typowy sposób cięcie cesarskie i opróżniłem doraźnie macicę, poczem ciepłota spadła do poziomu prawidłowego.

Prócz tych dwóch przypadków, operowanych z konieczności, użyłem cięcia cesarskiego pochwowego 10 razy celem przerwania ciąży, między 10-tym a 24-tym tyg. ciąży, nie próbując przedtem żadnych innych sposobów. W tych więc przypadkach była pochwowa hysterotomia metodą wyboru.

Z tych 10 osób u jednej była ciąża trzechmiesięczna, u czterech czteromiesięczna, u trzech pięciomiesięczna, u dwóch w szóstym miesiącu. Ani razu nie chodziło o wskazanie w całem tego słowa znaczeniu nagłe.

Przerywaliśmy ciążę 5 razy z powodu gruźlicy płuc i opłucnej; dwa razy z powodu niewyrównanej wady serca, po jednym zaś przypadku z powodu ciężkiego zapalenia nerek i niepowściągłych wymiotów w ciąży; u jednej chorej wreszcie był naciek gruźliczy w płucu, niewyrównana wada serca i zapalenie nerek. Wszystkie chore, z wyjątkiem jednej, przysłane były do nas przez wybitnych internistów lub przeniesione z kliniki chorób wewnętrznych. Jedynie u chorej z niepowściągłemi wymiotami dokonaliśmy zabiegu na podstawie dłuższej obserwacyi własnej w klinice.

Zabieg operacyjny nie przedstawiał nigdy trudności; wykonywaliśmy go sposobem Dührssena z modyfikacyą Bumma, tj. po odsunięciu pęcherza moczowego i odsłonięciu przedniej ściany szyi nadpochwowej, przecinaliśmy ją w linii środkowej. Od przyjętej powszechnie techniki odstępowaliśmy tylko o tyle, że pierwsze cięcie przez sklepienie przednie prowadziliśmy na poprzek, nie zaś podłużnie w linii środkowej. Tej zmiany nie uważam jednak za istotną Operacya trwała średnio 15 minut, nigdy zaś czas jej trwania nie przekraczał 30 minut. Przeciętą szyję zeszywaliśmy ciągłym szwem kagutowym, ranę zaś w sklepieniu przedniem szwami katgutowymi węzełkowymi.

Krwotoku z rany operacyjnej lub z jamy macicy nie spostrzegaliśmy ani razu. W przeważnej liczbie przypadków nie zachodziła wogóle potrzeba podwiązywania naczyń, a utrata krwi była wprost minimalna.

Wszystkie chore wyszły z kliniki uleczone o tyle, o ile stan chorobowy, który stanowił wskazanie do zabiegu, pozwala mówić o uleczeniu. Tylko jedna chora gorączkowała po zabiegu z powodu zmian pooperacyjnych, ale i u niej ciepłota nie przekroczyła 38·5. Przyczyną było zapalenie przymaciczne o lekkim przebiegu, które ustąpiło doszczętnie. Operacyę wykonywaliśmy sześć razy w znieczuleniu rdzeniowem tropakokainą (0·05—0·06), cztery razy w uśpieniu chloroformowem, a więc zawsze zupełnie bezboleśnie.

Jeśli porównam zabiegi operacyjne i cały w ogóle przebieg przerwania ciąży u owych 17 osób, u których użyliśmy sposobów prowokacyjnych, z przebiegiem operacyjnym i pooperacyjnym u tych 10 kobiet, które rozwiązaliśmy doraźnie przez pochwowe cięcie cesarskie, to stwierdzić muszę, że odniosłem wrażenie, iż te drugie lepiej wy-

szły na radykalizmie, niż tamte na pozornie łagodnym sposobie postępowania.

Wyższość doraźnego sposobu polega na tem, że 1) operacya trwa kilkanaście minut, a nie całe dnie. Pomijając już niebezpieczeństwo, połączone z tak długiem trwaniem manipulacyi wewnątrzmacicznych, podnieść muszę to, że wiele kobiet poddaje się ze wstrętem tej dla płodu morderczej operacyi i że przeciąganie jej na całe dnie jest dla nich moralną torturą. Nieraz słyszałem z ust tych biednych kobiet wymówki, które mi dotąd brzmią w uszach.

2) Sposoby prowokacyjne są bezwątpienia boleśniejsze, bo choćby się nawet użyło uśpienia do założenia balonu, przecież cały bieg wywołanego w ten sposób poronienia lub porodu odbywa się bez znieczulenia. Chore po pochwowem cięciu cesarskiem nie żalą się w ogóle na żadne bóle.

3) Położenie lekarza, prowokującego poronienie i nie mogącego chorej odpowiedzieć na zupełnie naturalne i usprawiedliwione pytanie, kiedy to się skończy, jest naprawdę nie do pozazdroszczenia. A jeśli natrafi się na leniwą, na bodźce nie odpowiadającą macicę, można przy najzimniejszej krwi stracić cierpliwość.

4) Zabieg doszczętny, acz polega na zadaniu rany ciętej, jest znacznie mniej krwawy, niż bywa powolne poronienie, zwłaszcza w drugiej połowie trzeciego i w czwartym miesiącu. Wbrew temu, co mówi Küstner, nie spotkałem się nigdy z krwotokiem atonicznym po szybkiem, byle tylko całkowitem usunięciu młodego jaja z macicy. Samo przecięcie jest, jak wyżej wspomniałem, prawie zawsze bezkrwawe. Gdzie chodzi o gruźlicę, a ta stanowi główne wskazanie operacyjne, tam z pewnością nie jest rzeczą obojętną, ile chora straciła krwi wśród zabiegu.

5) Choć nie straciłem żadnej z tych 27 chorych, jednak uznać muszę słuszność wywodów Döderleina, opartych na badaniach bakteryologicznych, które dowodzą, że tak na balonie gumowym, jak na świeczkach i gazie wprowadza się do macicy liczne bakterye, choćby z przewodu szyi. Na ogół biorąc, przebieg pooperacyjny bywał po cięciu pochwowem lepszy, niż po sposobach prowokacyjnych.

Zarzucić można cięciu pochwowemu (i zarzutu tego istotnie mu nie oszczędzono), że 1) stwarza bliznę, która w następnej ciąży lub wśród porodu może pęknąć. Zarzut ten jest, zdaniem mojem, niesłuszny. Morawski, pisząc o cięciu cesarskiem nadłonowem na podstawie materyału kliniki krakowskiej, omówił to szczegółowo i słusznie twierdzi, że nie wolno dopatrywać się tu analogii z zachowaniem się blizny w trzonie macicy po cięciu cesarskiem klasycznem, a Jung podnosi wyraźnie, że nikt nie przytacza przypadku takiego pęknięcia i że obawy co do tego są bezpodstawne. To samo zdanie wypowiadają Dührssen, Orłow, Beckmann i inni.

Mówiono też o tem, że cięcie pochwowe jest technicznie trudniejsze od sposobów prowokacyjnych. Ponieważ chodzi tu przeważnie o wieloródki, i to w miesiącach, w których szyja macicy stoi nizko, a zawartość macicy jest niewielka, odeprzeć muszę i ten zarzut. Moi asystenci i ja nabraliśmy przekonania, że przeciwnie zabieg ten jest uderzająco łatwy i prosty.

A przecież mimo tych wyraźnych zalet, mimo, zdaniem mojem, niewątpliwej wyższości nad sposobami prowokacyjnymi, mimo wreszcie i tej okoliczności, że żyjemy w dobie rozwoju metod chirurgicznych w położnictwie, cięcie cesarskie pochwowe nietylko nie jest powszechnie uznane jako metoda przerwania wczesnej ciąży przy braku nagłego, doraźnego wskazania, ale przeciwnie poważni autorowie uznają, że bez takiego doraźnego wskazania nie powinno być używane. Wyjątek stanowią Jahreiss, Gustaw Klein, E. Martin i Seitz.

Jahreiss, polecając gorąco cięcie pochwowe dla przerwania ciąży i uznając, że jest mniej niebezpieczne, niż metody powolne, popełnia jednak ten błąd, że używa go w bardzo wczesnej ciąży (raz w 6 tygodniu, raz w 8 tyg.), co jest, zdaniem mojem, zbyteczne. Klein jest przeciwnikiem blaszecznicy, balonów i gazy, i gorąco zaleca cięcie pochwowe dla wywołania poronienia już od 7. tygodnia ciąży. Przygodnie zachwalają też ten sposób Seitz i E. Martin. Są to jedyni zwolennicy tej operacyi nawet w przypadkach nie nagłych.

Przeciwników jest znacznie więcej. Na czele wymienić należy Dührssena i Bumma, którzy położyli największe zasługi dla rozwoju techniki pochwowego cięcia cesarskiego. Obydwaj są tego zdania, że można i należy zabieg ten wykonywać tylko w tych przypadkach, w których leniwa macica nie odpowiada skurczami na zwykłe bodźce metod prowokacyjnych. Raz tylko użył Dührssen pochwowego cięcia dla przerwania ciąży, ale tylko dlatego, że chciał na tem samem posiedzeniu wykonać jajowodową sterylizacyę kobiety na drodze pochwowej.

Tego samego zdania, co obydwaj twórcy tej metody operacyjnej, są Ehrendorfer, Bar i wielu innych. Prawie wszyscy zwracają uwagę na to, że operacya ta nadaje się przedewszystkiem do przypadków o wskazaniu nagłem (Hannes), jak również tam, gdzie po wydobyciu jaja ma się wykonać wyjęcie macicy przez pochwę, np. przy raku, lub gdzie dołączyć się pragnie wycięcie jajowodów przez pochwę dla sterylizacyi.

Pośrednio stają ci autorowie w obronie dawnych sposobów powolnych, przeważnie metreuryzy (Küstner, Hannes), rzadziej tamponady gazą (Dührssen). Stanowisko to byłoby zupełnie zrozumiałe i słuszne, gdyby statystyki wykazywały większe niebezpieczeństwo sposobu doraźnego. Tych statystyk nie ma jednak dotąd, bo jeśli cięcie cesarskie pochwowe ma być poddane cyfrowej ocenie, jako metoda wyboru dla przerwania wczesnej ciąży (do końca VI m.), to z zestawienia takiego wyłączyć trzeba wszystkie te przypadki, w których do cięcia pochwowego zabrano się jako do »ultimum refugium« po długich bezskutecznych próbach wzniecenia bolów innymi sposobami, dalej te przypadki, w których wskazanie jest nagłe i tak groźne, że choroba, a nie operacya staje się przyczyną śmierci, wreszcie te przypadki, w których płód jest donoszony lub prawie donoszony.

A takich zestawień nie ma. Zebrane razem przypadki Jahreissa (5), Gustawa Kleina (7) i moje (10), zakończone pomyślnie, nie pozwalają wyciągać żadnych statystycznych wniosków.

Na jedno jednak pragnę zwrócić uwagę. Cięcie cesarskie pochwowe przed końcem 6-go miesiąca, a ten sam zabieg pod koniec ciąży, to dwie w technice jednakowe, w rokowaniu zgoła niepodobne operacye. Przy donoszonym

płodzie zaciemniają to rokowanie krwotok, darcie się ciętej rany (Rissmann), wyrywanie się kleszczyków z cienkiej i miękkiej szyi, a u pierwiastek przeszkody w pochwie, wymagające jej rozległego nacięcia (Dührssen). Wszystko to odpada we wczesnej ciąży. Operacya jest wtenczas całkiem lub prawie całkiem bezkrwawa, o dalszem rozdzieraniu się rany nie ma mowy wobec małych rozmiarów płodu, szyja jest jeszcze jędrna i gruba tak, że kleszczyki trzymają ją doskonale, a wązka pochwa pierwiastki nie stanowi żadnej przeszkody.

Na rokowanie więc, na ciężkość tego zabiegu w początku ciąży nie mogą rzucać cienia te powikłania, które pod koniec ciąży są wynikiem wielkich wymiarów główki donoszonego płodu.

Przeciw stosowaniu tej metody przed końcem 6-go miesiąca nie przemawia więc nic, natomiast zaprzeczyć nie można, że ma ona wielkie zalety, z których nie ostatnią jest jej doraźny i pewny skutek bez fizycznych i moralnych tortur, jakich niestety niezawsze możemy oszczędzić tym pożałowania godnym kobietom, stosując u nich którąkolwiek z metod prowokacyjnych.

Wreszcie słowo o Bossim. Metoda, polegająca na nagłem rozszerzeniu szyi ciężkiem metalowem narzędziem Bossiego, występuje często jako sposób konkurencyjny dla pochwowego cięcia cesarskiego. Nie wchodzę tu w »meritum« sprawy i nie myślę rozstrzygać pytania, który z tych sposobów jest lepszy pod koniec ciąży lub w 1-szym okresie porodowym. Natomiast pragnę stwierdzić, że tam, gdzie chodzi o przerwanie wczesnej ciąży (do końca VI m.), gdzie praca porodowa nie zaczęła jeszcze rozwierać szyi, tam o przyrządzie Bossiego mowy być nie może. Właśnie twardość i grubość szyi, którą między innemi uznałem za cechę ułatwiającą wykonanie cięcia pochwowego, ta twardość i grubość sama przez się wyłącza użycie przyrządu Bossiego, który założony do szyi długiej, grubej i niepodatnej, mógłby sprowadzić nieobliczalne zniszczenia.

Niezwykły przypadek potworniaka rogówki.

Podał

Konrad Rumszewicz.

Już Ryba (Prager Vierteljahrschr. T. III, str. 1 1851), i Virchow (Arch. f. path. Anatomie u. Phys. T. VI str. 553 1854) udowodnili, że poprzednio opisywane pod nazwami »behaarte Muttermäler«, »verrucae conjunctivae« twory są to skórzaki brzegu rogówki. Początkowo w istocie znajdowano w nich tylko pierwociny skóry: nabłonek, niekiedy brodaweczki, torebki włosowe, gruczoły łojowe, rzadziej potowe, tkankę tłuszczową. Twory te opisywano jako guzki drobne, okrągłe, barwy żółtawej, wzniesione nieco nad poziom rogówki, a położone w okolicy rąbka, w części na rogówce, w części na spojówce. Niebawem jednak ogłoszono cały szereg spostrzeżeń, w których opisano już nie drobne, ale wielkie twory skórzakowe, które zajmowały całą lub prawie całą rogówkę. W przypadkach tych znajdowano niekiedy prócz pierwocin skóry gruczoły gronowe i chrząstkę, a jednak budowa samej gałki ocznej ulegała nieznacznym tylko zmianom, które nie przekraczały przedniej jej części. Lecz niemało też ogłoszono spostrzeżeń, w których już nietylko część przednia, lecz cała gałka ulegała bardzo znacznemu zniszczeniu, a w tworze, który gałkę całkowicie zastępował, znajdowano prócz pierwocin skóry bądź nieprawidłowo rozrzucone pierwociny różnych części składowych gałki i tkanek ją otaczających, mianowicie mięśnie gładkie i poprzecznie prążkowane, zwyrodniałe włókna soczewki, torbiele wysłane nabłonkiem migawkowym, strzępy siatkówki (bez warstwy nerwów i komórek zwojowych), resztki barwika (Wagenmann, Arch. f. Ophthalm. XXXV, 3) nadto jeszcze chrząstkę i blaszkę kostną (Sgrosso, Annali di oftalmologia Supl. str. 11 1895). Niekiedy znów skórzak przesuwał stę do wnętrza zwyrodniałej i nieprawidłowo małej gałki (Hanke, Arch. f. Ophth. LVII str. 38 1905 i v. Hippel. Ibid. LXIII, str. 38 1906).

Ogłoszone przypadki zebrałem przed dwoma laty w pracy mej o potworniakach rogówki (Postęp okulistyczny 1909), dodając własne spostrzeżenia. Okazało się, że od drobnych skórzaków brzegu rogówki, do potworniaków, które zajmują nietylko już całą powierzchnię rogówki, lecz nadto częściowo lub zupełnie niszczą gałkę oczną, istnieje cały szereg postaci przejściowych, że zatem wszystkie te przypadki zaliczyć należy do jednej kategoryi.

Niedawno spostrzegałem następujący przypadek:

A. N., 18-letnia dziewczyna, zasięgała rady z powodu oszpecenia lewego oka, które datuje się od urodzenia. W obu oczach wzrok prawidłowy V = 1.0. W prawem oku niema zgoła żadnych zmian. W lewem, na pierwszy rzut oka otrzymujemy wrażenie skrzydlika, położonego obok zewnętrznego brzegu rogówki. Przy dokładniejszem jednak przyjrzeniu się rzecz inaczej się przedstawia. W kierunku południka poziomego na wzgórku obok rąbka znajduje się 1 mm. średnicy mający, żółtawo-bladoróżowy okrągły guziczek, wznoszący się nieco nad poziom rogówki. Ku zewnątrz, już w obrębie spojówki gałkowej, przytyka doń bezpośrednio twór, leżący w kierunku poziomego południka na spojówce gałki, długości 5 mm., szerokości w środku 1,5 mm., podłużny, o powierzchni nierównej, barwy bardziej żółtawej, swobodnie przesuwalny ze spojówką. Brzeg zewnętrzny guzka wyraźnie odgraniczony; pęczka naczyń, skrzydlikowi właściwego, nie było. Należało rozpoznać skórzaka, względnie tłuszczako-skórzaka. Narośl usunąłem ze względów kosmetycznych, pozostałą nieznaczną plamę na rogówce później zabarwiłem. Wyrównaną na korku narośl zatopiłem w celloidynie, poczem pociąłem ją całkowicie na skrawki w kierunku poziomym.

Nabłonek na całej powierzchni narośli przedstawiał się prawie jednostajnie. Górne warstwy były zrogowaciałe, tworząc bardzo cienki pokład, raczej o cechach warstwy jasnej. Warstwa ziarnkowata w obrębie guzka wcale nie była widoczna. Dalej ku obwodowi komórki jej nigdzie nie stanowiły całkowitej warstwy i najczęściej występowały jako pojedyncze, rzadziej 2 lub 3 obok siebie położone; ziarnka keratohyaliny występowały jednak zupełnie wyraźnie. Warstwa kolczasta składała się z 3—4, niekiedy 2 tylko rzędów komórek. Skóra wcale nie miała warstwy brodawkowej; stanowiąca ją tkanka łączna była ułożona w grube pęczki, komórek było względnie mało, włókna sprężyste były bardzo liczne, prócz części położonej w obrębie rogówki. Na samej granicy rąbka znajdowały się 3 jedna nad drugą położone torebki włosowe o typie rzęs z bardzo rozwiniętymi gruczołami łojowymi. Włosy nie wystawały jednakże nad powierzchnię guza i dlatego na powierzchni jego zgoła nie były widoczne. Spostrzegać się dawały stosunkowo dość grube pęczki mięśni gładkich.

W głębokiej warstwie skóry znajdowały się 2 gruczoły potowe; jeden z nich znajdował się właściwie już poza obrębem warstwy skórnej, w jednej z grubszych beleczek tkanki, które kierowały się od skóry ku położonej pod nią warstwie tkanki tłuszczowej. Ta warstwa tkanki tłuszczowej zaczynała się zaraz za rąbkiem, lecz dalej ku zewnątrz stawała się znacznie grubszą. Nieopodal brzegu zewnętrznego guzka wśród skóry znajdował się gruczoł gronowy o 2—3 pęcherzykach, którego przewód wychodził na powierzchnię na samym brzegu. Gruczoł pod względem budowy zupełnie przypominał gruczoły śluzowe.

Co się tyczy genezy potworniaków rogówki, starałem się wykazać, za przykładem van Duysea, że najprawdopodobniej powstają one wskutek zrośnięcia powierzchni pęcherzyka ocznego zarodka z błoną owodną. Co do potworniaków brzegu rogówki, uznać możemy za ich przyczynę zrosty, powstałe po upływie pierwszego miesiąca rozwoju, a przed końcem drugiego, gdy rogówka zupełnie się już wytworzyła. Powstają zatem te twory w późniejszym okresie rozwoju oka. Zrost taki bez powodu nastąpić nie może. Jeśli zastanowimy się, jakie przyczyny wywołać go mogły, to za przyczynę musimy uznać sprawy dobrze znane w życiu płodowem, owrzodzenia rogówki. Zależnie też od obszaru, jaki owrzodzenie owo zajmuje na powierzchni rogówki, zrosty mogą powstać na różnej przestrzeni. Mogą mianowicie powstać na bardzo nieznacznej przestrzeni, — a w takim razie — w miejscu, które najczęściej ulega owrzodzeniu — mianowicie w okolicy brzegu rogówki. Jeśli zaś owrzodzeniu uległa większa część, lub cała rogówka, to zrosty będą rozleglejsze. W ten sposób łatwo daje się wytłómaczyć powstawanie mniejszych lub większych tworów skórzakowych na rogówce. Co się tyczy potworniaków, które rozwijały się we wnętrzu samej gałki i zupełnie niszczyły jej budowę, to powstawanie ich można wytłómaczyć tylko nieprawidłowym już w samym początku rozwojem wtórnego pęcherzyka ocznego, mianowicie jeśli pomiędzy pierwotnym pęcherzykiem, a warstwą zewnętrznej blaszki zarodkowej wyjątkowo znajduje się warstwa blaszki zarodkowej średniej, która staje na przeszkodzie wgłębieniu pęcherzyka pierwotnego przy powstawaniu wtórnego. Blaszka zarodkowa zewnętrzna zostaje w tym przypadku niezużytkowana, przybiera znamiona skóry i przeistacza się w guz, który rozczłonkowuje bardzo wątły pierwotny pęcherzyk oczny.

We wspomnianej pracy mojej starałem się wykazać, że wszystkie podane dotąd przypadki potworniaków rogówki, począwszy od najmniejszych skórzaków rąbka aż do tworów, w których już nietylko cała rogówka lecz nawet gałka ulega zniszczeniu, stanowią w gruncie rzeczy jedną i tę samą, mniej tylko lub znaczniej rozwiniętą sprawę. Przeważa w nich zawsze budowa skórzaka. Zaznaczyćby się jednak dała pewna różnica, mianowicie, gdy w drobnych tworach znajdowano tylko pierwociny skóry i to wcale nie zawsze wszystkie, to w większych znajdowano nadto jeszcze inne tkanki: kostną, chrząstkową, dalej skórze wcale już niewłaściwe gruczoły gronowe. Podany tu przypadek z tego mianowicie względu zasługuje na uwagę, że, pomimo bardzo nieznacznej wielkości guzka, były w nim jednakże: 1) pierwociny skóry z gruczołami łojowymi, potowymi i tkanką łączną; 2) gruczoły gronowe; 3) pęczki mięśni gładkich, inaczej zupełnie niż zwykle w skórze ułożone. Przypomnę, że w przypadkach guzków o wiele większych, które zajmowały nietylko rogówkę, lecz wywoływały nawet zmiany w samej gałce, np. w przypadkach Bernheimera (Arch. f. Augenheilk. XVIII str. 171) i Cohna (Ueber einen Fall v. Teratoma corneae cong. Diss. 1897) budowa skóry o tyle była niezupełna, że np. gruczołów potowych w przypadkach tych wcale nie było. W przypadkach bardzo drobnych skórzaków rąbka często bardzo nie znajdowano nietylko gruczołów potowych, lecz nawet łojowych i torebek włosowych; znajdowano w nich tylko skórę, w której do tego warstwy były ułożone zupełnie nieprawidłowo. Wyjątek z drobnych skórzaków zdaje się stanowił tylko jeden z przypadków, opisanych przez Wallenburga (Ueber die Dermoidgeschwülste des Auges. Diss. 1889), mianowicie trzeci przypadek tego autora. W przypadku tym znaleziono liczne nerwy. Skąd pochodzić mogły te nerwy? Bezwątpienia powstać one mogły i na miejscu, z pieńków nerwowych samej rogówki. Trudniej wytłómaczyć obecność w guzkach gruczołów gronowych, gdyż wiemy, że spojówka gałki żadnych zgoła tworów gruczołowych nie zawiera. Obecność tę najlepiej tłómaczy teorya zrostów rogówki z błoną owodną. Wskutek mianowicie tych zrostów łatwo nastąpić może przesunięcie pierwocin, które zawierały pierwiastki przyszłych gruczołów gronowych, z poblizkiej okolicy, w której powstają fałdy przejściowe spojówki, a te, jak wiemy, zawsze posiadają gruczoły gronowe. Zwrócę jeszcze uwagę na okoliczność że opisana w przypadkach drobnych skórzaków brzegu rogówki nader prosta ich budowa, na podobieństwo tylko samej skóry, nie dowodzi jeszcze, by w istocie nie zawierały one innych jeszcze pierwiastków, gdyż bardzo często większą rozmaitość budowy znajdujemy tylko w bardzo małej części guzka, która łatwo mogła pozostać nie zbadana, jeśli guzek nie został całkowicie skrajany na skrawki mikroskopowe. Przypominam, że na spojówce gałki opisano dawniej sporo przypadków tłuszczaków, jednakże nie trudno mi było udowodnić (Wiadomości lekarskie 1884), że były to wprost skórzaki, w których jednak pierwociny właściwej skóry tylko bardzo niewyraźnie występowały.

Przypadek zatem nasz ciekawy jest z tego względu, że mimo drobnych rozmiarów guzek zawierał części składowe wszystkich trzech blaszek zarodkowych, występował więc jako zupełnie rozwinięty potworniak, stanowiąc bardzo wyraźną postać przejściową od drobnych o niedokładnej nawet często budowie skóry skórzaków brzegu rogówki do potworniaków o budowie bardzo urozmaiconej, które zajmowały bądź całą rogówkę, bądź nawet niszczyły zupełnie gałkę oczną.

O wycinaniu sterczu (prostatectomia).

Według wykładu przeznaczonego na XI Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Podał

Ludwik Rydygier.

Powracam jeszcze raz do omówienia sprawy wycinania sterczu, bo i po ostatnim moim wykładzie na XVI. naszym Zjeździe chirurgów w Warszawie spotkałem się z zupełnie mylną oceną mego sposobu i to nawet w spra-

wozdaniu w »Zentrbl. f. Chirurg.« z wykładu kol. Mincera na tymże Zjeździe wygłoszonego. Zresztą dla braku czasu byłem wtenczas zmuszony w bardzo krótkiem streszczeniu sprawę przedstawić, a chociaż później w Pamiętniku tegoż Zjazdu rzecz dokładniej przedstawiłem, jestem przekonany, że niewielu z Kolegów zwróciło na to uwagę.

Dwie drogi mamy, chcąc usunąć stercz: albo górną ponad spojeniem łonowem przez pęcherz (prostatectomia transvesicalis) i drugą od krocza (prostatectomia perinealis). Na końcu dopiero zastanowimy się nad tem, który z tych dwóch sposobów postępowania i kiedy zasługuje na pierwszeństwo, a naprzód chciałbym dokładnie opisać swój własny sposób wycinania sterczu od krocza, jak go dziś wykonywam, a który tem się różni od postępowania Albarrana i innych, że zasadniczo staram się nie otwierać cewki moczowej, a nadto pozostawiam dwa paski tkanki gruczołowej sterczu obok cewki moczowej. Już w r. 1900 przedstawiłem po raz pierwszy sposób ten na Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich (zob. Pamiętnik tegoż Zjazdu), jako sposób nowy i zasadniczo się różniący od innych. Mimo że kilkakrotnie do tego przedmiotu wracałem i na I. Zjeździe międzynarodowym chirurgów na zaproszenie prezydyum miałem programowy wykład o leczeniu przerostu sterczu, nie pojęto należycie mojego postępowania, tak że n. p. Albarran na tymże Zjeździe, po mnie przemawiając, uważał to postępowanie za takie samo, jak Dittla, który przecież tylko dwa kliny z przerosłego sterczu zalecał wycinać.

Cięcie skórne prowadzę wzdłuż szwu krocza od nasady moszen aż do przedniego obwodu odbytu. Cięcie to jest najmniej obrażające, mniej obrażające, niż ogólnie używane cięcie łukowato-poprzeczne od jednego guza kulszowego do drugiego, a zupełnie wystarcza do utorowania sobie drogi do tylnej powierzchni sterczu. Dając pierwszeństwo prostemu cięciu w środku krocza, nie chodzi mi tyle o najmniej rozległe, o najmniej krwawe cięcie, jak o cięcie obrażające jak najmniej nerwy i mięśnie, gdyż, jak to jeszcze zobaczymy, sposobowi wycinania sterczu od krocza zarzucają rozmaite powikłania następowe, których przy odpowiedniem wykonaniu uniknąć można. Tylko przy raku sterczu, gdzie warunki do całkowitego wycięcia są daleko trudniejsze, możnaby do cięcia środkowego dodać łukowate, lub od razu wybrać cięcie poprzeczno-łukowate od jednego guza kulszowego do drugiego (O. Zuckerkandla).

Dalej w głąb postępujemy po części na tępo, po części zapomocą nożyczek Coopera. Przedewszystkiem staramy się odsłonić opuszkę cewki moczowej (bulbus urethrae), nie nacinając pokrywającego ją m. opuszkowo-jamistego (m. bulbo-cavernosus), a przecinając tylko w samym środku poprzecznie pasemko włókien, jakie idzie od m. zwieracza odbytu (m. sphincter ani) do opuszki (raphe ano-bulbaris zob. fig. 1. i fig. 2. a). Z tak przeciętą »raphe ano-bulbaris« oddzielimy razem wewnętrzne przyczepy mięśni poprzecznych krocza powierzchownych (mm. transversi perinei superf.) od linii środkowej i na bok odłożymy.

Pamiętać należy, że u osób starszych, a z takiemi mamy przy wycinaniu sterczu do czynienia, opuszka sięga zwykle bardziej do tyłu i przybliża się nieraz prawie zupełnie do odbytnicy. Trzeba ją więc odpowiednią kopystką do przodu naciągnąć. Pamiętać też należy o stosunkach samej odbytnicy na tem miejscu, na które specyalnie uwagę zwrócili Gosset i Proust, a które przedstawia ryc. 2. Na dolnym końcu sterczu przednia ściana odbytnicy wygina się prawie pod prostym kątem ku przodowi, jakby pociągana w tym kierunku przez m. odbytniczo-cewkowy (m. recto-urethralis) (fig. 2. f.). Tutaj jest miejsce, gdzie mniej ostrożny operator lub niedokładnie obznajomiony ze stosunkami anatomicznymi tej okolicy łatwo może obrazić odbytnicę, a w dalszym przebiegu potem musi walczyć z przetoką odbytniczą. Zarzutu powstawania tej przetoki nie trzeba jednak robić sposobowi, ale nieodpowiedniemu jego wykonaniu. To też, zanim po odciągnięciu ku przodowi opuszki (bulbus) w górę głębiej zaczniemy postępować, należy ostrożnie tuż blizko tylnej ściany cewki moczowej przeciąć m. cewkowo-odbytniczy (recto-urethralis) (fig. 2. b.). Dlatego to od samego początku wprowadzamy gruby cewnik metalowy do cewki, żeby każdej chwili z łatwością oznaczyć jej przebieg i chcąc tutaj uniknąć przedziurawienia odbytnicy, nie naciąć cewki. W tym celu zaleca się drążyć na tępo palcem pomiędzy tylnym brzegiem powięzi krocza właściwej (fascia perin. propr.) i pokrywającego ją m. poprzecznego krocza powierzchownego (m. transv. perin. superf.), o ile nie został już do przodu przeciągnięty, a m. dźwigaczem odbytu (m. levator ani) po obu stronach, ostrożnie w górę i ku przodowi ku tylnej powierzchni sterczu. M. unoszący odbyt (m. levator ani) możemy nawet nieco na brzegu nakarbować, żeby mieć lepszy przystęp. W ten sposób uwolnimy po bokach m. odbytniczo cewkowy (recto-urethralis), tak że go łatwiej nareszcie w środku nożyczkami Coopera przetniemy, nie obrażając ani tylnej ściany cewki, ani przedniej ściany odbytnicy, która cofnie się potem z łatwością ku tyłowi. Po przecięciu m. odbytniczo-cewkowego i odłożeniu połów jego do tyłu i ku przodowi, łatwo i bez trudu utorujemy sobie na tępo drogę do tylnej powierzchni sterczu, posuwając się przez tak zwane »spatium decollabile retroprostaticum« (fig. 2. e.), utworzone przez wiotką tkankę na tej wysokości pomiędzy sterczem a odbytnicą. Że się właśnie w tej przestrzeni znajdujemy, a nie pomiędzy jej tylną blaszką, a błoną mięsną odbytnicy (fig. 2. d.), coby i utrudniało oddzielenie i narażało na przedziurawienie przedniej ściany odbytnicy, to nam wskaże prawie zupełny brak krwotoku, który w przeciwnym razie zawsze jest dość znaczny, i połyskująca, gładka powierzchnia blaszek, przestrzeń tę ograniczających. Tak postępując, nie przetniemy ani większych gałęzi tętnic (art. profunda penis), ani nerwów (n. dorsalis penis), jak to nam pokazuje ryc. 1.

[1]) L. Rydygier. Dalsze doświadczenia nad leczeniem operacyjnem przerostu gruczołu krokowego własnym sposobem. Medycyna 1902.

Tenże. Śródtorebkowe odcięcie (resectio) gruczołu krokowego, jako postępowanie normalne przy przeroście. Przegląd Lek. i Zentrbl. f. Chirurg. 1902.

Tenże. W sprawie śródtorebkowego wyłuszczania przerosłego gruczołu krokowego. Przegląd Lek. 1903 i Zentrbl. f. Chir. 1904.

Tenże. O leczeniu przerostu sterczu. Lw. Tyg. lek. 1906.

Tenże. Traitement de l'hypertrophie prostatique. Extrait des comptes rendus. I. Congrès de la Societe internat. de chirurg. 1905.

Tenże. O wycinaniu sterczu. XVI. Zjazd chirurgów polskich. 1900.

Rozciągnąwszy ranę hakami, odsłaniamy sobie tylną powierzchnię sterczu, pokrytą torebką. Torebkę przecinamy dwoma cięciami na 1 2 cm. oddalonemi od linii środkowej, a przebiegającemi w kierunku od przodu do tyłu, naprzód po jednej stronie, a później po drugiej. W rowek tak utworzony wprowadzamy palec, odchylając kleszczykami lub haczykiem torebkę i powoli staramy się na tępo oddzielić i wyłuszczyć palcem płat ze wszystkich stron, o ile się tylko da, z wyjątkiem strony wewnętrznej, przylegającej do cewki moczowej. Tutaj bowiem naddarlibyśmy na pewno cewkę moczową przy oddzielaniu na tępo. Dlatego odcinamy po wewnętrznej stronie stercz ostrym nożykiem gałkowatym odpowiednio na płask wygiętym od cewki moczowej, pozostawiając paski miąższu na 1—2 cm.

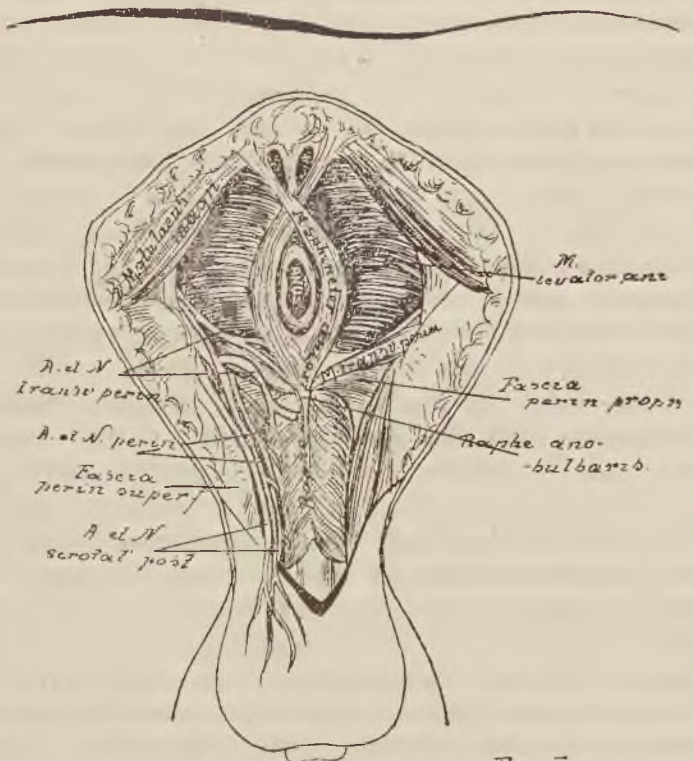


Fig I

Topografia miękkiego międzykrocza według Holzmanna

grube przy bocznej ścianie cewki. Ta część operacyi jest może najtrudniejsza, bo chodzi o to, żeby nie zostawić za grubej warstwy obok cewki moczowej, z drugiej zaś strony, żeby nie zabierać za wiele i nie otworzyć cewki moczowej. Dlatego od czasu do czasu macamy palcem cewnik, żeby się przekonać, gdzie i ile jeszcze możemy usunąć miąższu. Czasem trzeba sobie haczykami ostrymi części sterczu, mianowicie przed cewką leżące, do rany przybliżyć i niejako wywinąć-okręcić, żeby nie pozostawić za wiele miąższu. Rozumie się, że również nie należy za wiele brać, bo się otworzy znienacka cewkę. Dlatego zaleca się lepiej mniejszymi kawałkami — plastrami płat wycinać, niż odrazu brać całą część wyciąć się mającą. Pozostawienie pasków miąższu po obu stronach cewki moczowej ma potrójny cel: raz zabezpiecza cewkę od mimowolnego nacięcia, powtóre pozostawia przewody wytryskowe (duct. ejaculator.) w ich przebiegu nienaruszone, a po trzecie pozostaje pewna ilość miąższu gruczołowego sterczu, o którym dotychczas nie wiemy na pewno, jakiej doniosłości jest jego wydzielanie wewnętrzne. W końcu kontrolujemy jeszcze raz, czy nie zostawiliśmy gdzie za grubej warstwy miąższu, mianowicie u góry przy szyjce pęcherza i z przodu przed cewnikiem. Wprowadzony cewnik służy nam do oryentowania się i do ew. napychania pozostawionych zbyt grubych części do rany. Nieraz użyjemy z korzyścią do tego dodatkowego usunięcia ostrych kleszczyków, podobnych do tych, jakie służą do wycinania trzeciego migdałka.

Kiedyśmy wyłuszczyli płat po jednej stronie, przystępujemy następnie do wyłuszczenia płata po drugiej stronie zupełnie w ten sam sposób.

Po wyłuszczeniu płatów tamujemy krwotok, o ile już nie ustał, zmieniamy metalowy cewnik na angielski, który pozostawiamy na stałe, i wsuwamy naprzód w jamki, pozostałe po każdej stronie w miejscu wyłuszczonych płatów sterczu, paski albo gazy jodoformowej, albo gazy nasmarowanej grubo maścią lapisową, aby je później łatwiej i bez bólu wyciągnąć. Szwów nie zakładamy albo wcale, albo założymy jeden lub dwa przed samym otworem stolcowym. W końcu wypełniamy dość mocno całą ranę, żeby zupełnie powstrzymać krwotok miąższowy i zakładamy zwyczajną opaskę T. Chorego układamy w położeniu na wpół siedzącem do łóżka, pozwalając mu o ile możności jak najwcześniej wstawać, choćby już następnego dnia.

Sposób mój wycięcia sterczu ma następujące zalety przed wycięciem przez pęcherz, a również przed innymi sposobami wycięcia od krocza, według których otwiera się zasadniczo cewkę moczową:

1) Bezpośrednia śmiertelność po operacyi jest mniejsza; 2) nie narażamy chorego na powstawanie przetok czy to moczowych, czy kałowych; 3) moczociek stały (incontinentia urinae) się nie zdarza; 4) czynność pod względem płciowym o ile jeszcze istnieje, nie zostaje uszkodzoną.

Ad 1. Wszyscy nawet najzagorzalsi zwolennicy wycinania sterczu przez pęcherz na to się zgadzają, że bezpośrednie niebezpieczeństwo po wycięciu sterczu od krocza jest mniejsze, niż po wycięciu przez pęcherz. Jakkolwiek statystyka właśnie tutaj najmniej może rozstrzygać, gdyż śmiertelność w tych przypadkach przeważnie zależy od stanu dróg moczowych (stopnia zakażenia i zmian w pęcherzu i nerkach), to i ona przemawia na korzyść wycięcia od krocza. Rozumie się, że mogą tu mieć znaczenie tylko bardzo wielkie statystyki i zestawienia równomierne. Kto w przypadkach prostych operuje przez pęcherz, a znaczniejsze zakażenie pęcherza lub większe zmiany w nerkach uważa za wskazanie do operowania przez krocze, tego statystyka naturalnie nie może mieć żadnego znaczenia porównawczego. Po takiem zastrzeżeniu możemy przypisać większe znaczenie tylko zestawieniom, pochodzącym od chirurgów, którzy większą liczbę przypadków według jednego sposobu zasadniczo operowali. I tak Young z Ameryki wykazuje po wycinaniu sterczu od krocza na 328 własnych przypadków tylko 2,9% śmiertelności, a z ostatnich 112 przypadków nie umarł mu ani jeden operowany. Albarran ma w swoich przypadkach 3,6% śmiertelności. Podobnie Fergusson i Tuffier. Za to niektóre mniejsze statystyki wykazują daleko wyższy procent, a większe zbioro-

we wahają się pomiędzy 6 a 11%, tak że średnio można 7,0% przyjąć; według Prousta tylko 6,61%, na 1192 operowanych umarło tylko 79. Ja własnej swej statystyki nie podaję, bo wskutek stosunkowo małej liczby operowanych przypadków najróżnorodniejszych, niczegoby nie dowodziła, a prócz tego i z tej przyczyny, że część tych przypadków była operowana z początku w okresie, kiedy sposób operowania i technika jego się urabiała. Powiem tylko tyle, że z 3 operowanych w ostatnim roku żaden nie umarł, żadnych nie było u nich komplikacyi następowych i wszyscy czują się zupełnie dobrze, nie używając cewnika, a chodziło we wszystkich przypadkach o chorych liczących ponad 60 lat.

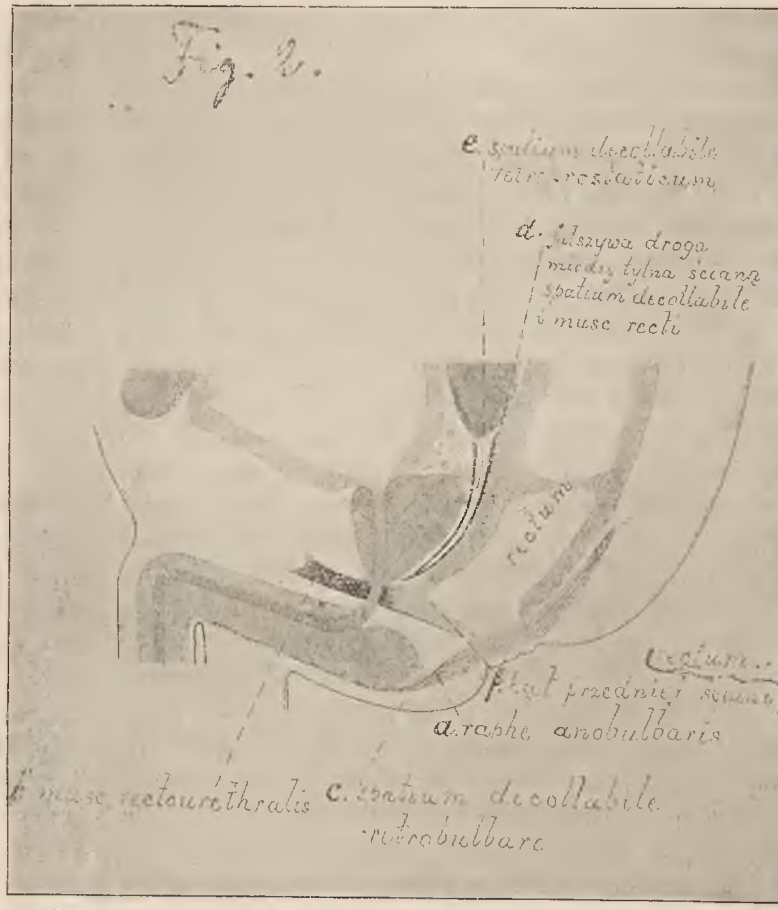
Daleko większe wahania widzimy w statystykach po wycięciu sterczu przez pęcherz: Freyer główny przedstawiciel tego sposobu operowania ma na 644 własnych przypadków tylko 6% śmiertelności. W pierwszych latach miał 10%, obecnie już tylko niespełna 4%. Inni autorzy wykazują przeważnie pomiędzy 10 a 22%; średnio 15%.

Wszyscy zgadzają się prawie bez wyjątku na to, że bezpośrednie niebezpieczeństwo pooperacyjne jest około dwukrotnie większe po wycinaniu sterczu przez pęcherz, niż po wycinaniu od krocza. Operowanym przez pęcherz grozi największe niebezpieczeństwo w pierwszych dniach po operacyi z powodu zakażenia, powikłań ze strony płuc i krwotoku. Daleko mniej umiera operowanych od krocza na zakażenie, a prawie nikt z krwotoku. To jest i bez wszelkich statystyk zupełnie zrozumiałe, bo chyba każdy chirurg przyzna, że dając przy operacyi od krocza najlepsze warunki odpływu ku dołowi, musimy mieć co do gojenia rany lepsze wyniki, niż po operacyi przez pęcherz, gdzie i rana daleko bardziej skomplikowana (cavum Retzii) i odpływ ku górze wydzieliny i zakażonego moczu musi stanowić daleko większe niebezpieczeństwo, i to nietylko wskutek łatwiejszego zakażenia septycznego, ale i nacieku moczowego do wiotkiej tkanki przedpęcherzowej.

Rozumie się, że nie otwierając wcale cewki moczowej, jak tego wymagam, zmniejszamy jeszcze bardziej bezpośrednie niebezpieczeństwo po operacyi. Wyraźniej jeszcze wystąpią zalety mego sposobu, jeżeli przystąpimy do oceny i porównania sposobów pod względem grożących powikłań następowych. Z nich przedewszystkiem podnoszą powstawanie przetok kałowych i moczowych, moczociek stały, następowe zwężenia cewki moczowej, a nareszcie upośledzenie czynności płciowych.

Ad 2. Ciągle jeszcze i w najnowszych pracach znajdujemy zarzut, że po wycięciu sterczu od krocza częściej powstają i pozostają przetoki kałowe i moczowe (Zuckerkandl, Lasio, Gardini, Völkers, Petit, Göbell, Horwitz, Hartman, Pousson i inni). Co do przetok kałowych, to można twierdzić z całą pewnością, że kto ostrożnie i z odpowiednią znajomością stosunków anatomicznych tej okolicy operuje, a tego wymagać możemy od każdego chirurga podejmującego się tej operacyi, ten z pewnością uniknie obrażenia odbytnicy. Przyznaję, że zanim częściej wykonywano tę operacyę i dopóki mniej były znane stosunki anatomotopograficzne tej okolicy właśnie odnośnie do tej operacyi, to mogło się zdarzyć obrażenie ściany odbytnicy; stosunki anatomo-topograficzne tej okolicy dziś jednak są już dokładnie opisane i znane i w tej pracy je też podałem. Zdarzały się przypadki, że przetoki, mimo iż podczas operacyi nie obrażono odbytnicy, dopiero po pewnym czasie się wytworzyły. Może się to wydarzyć tylko wtenczas, jeżeli chirurg przy operacyi zanadto zbliżył się do przedniej ściany odbytnicy lub jeżeli założył sączek metalowy, jak to uczynił Horwitz.

Kto otwiera zasadniczo cewkę moczową przy operowaniu od krocza, ten może się doczekać przetoki moczowej, ale to samo zdarzyć się może operującemu przez pę-



cherz. Dotychczasowa statystyka nie dozwala na pewno rozstrzygnąć, po którym sposobie to się częściej zdarza. Zresztą dużo tu zależy od następowego leczenia. Kto zaś, jak ja, nie otwiera cewki moczowej, ten nie może doczekać się przetoki moczowej, chyba w wyjątkowych przypadkach przetoka następowo się wytworzy wtedy, jeżeli podczas operacyi zbytnio zbliżyliśmy się do cewki moczowej, zostawiając za cienki skrawek miąższu gruczołowego lub wcale żadnego. Przyznaję, że ta część operacyi przy moim sposobie jest trudna i wymaga znaczniejszej wprawy, ale z drugiej strony podnieść muszę, że ostatecznie te później powstające przetoki bez wszelkiego niebezpieczeństwa i trudności się goją, w żadnym razie nie trudniej, niż przetoki nadłonowe. Jeszcze rzadziej przetoki te późniejsze się pojawią, jeżeli wcześnie, pomiędzy 2—5 dniem po operacyi, usuniemy cewnik; w ostatnim czasie czynię to coraz wcześniej.

Ad 3. Moczocieku stałego (incontinentia urinae),

któryby po krótszym lub dłuższym czasie nie ustąpił, w moich przypadkach nie spostrzegałem. Mając na względzie stosunki anatomiczne, niepodobna zrozumieć, jakim sposobem miałby częściej powstawać stały moczociek po operacyi od krocza, niż po operacyi przez pęcherz, jeżeli przy ostatniej więcej cewkę nadwerężamy. Specyalnie przy moim sposobie operowania, gdzie cięcie prowadzimy w środku, więc jaknajmniej nerwów obrażamy, gdzie paski tkanki gruczołowej obok cewki pozostawiamy i gdzie cewki moczowej wcale nie otwieramy, wyłączoną jest rzeczą, żeby w ogóle stały moczociek mógł powstać.

Ad 4. Że zwężenia późniejsze częściej po operowaniu przez pęcherz powstają, niż po operacyach od krocza, przyznają nawet zwolennicy pierwszego sposobu, boć przy pierwszym sposobie znaczne kawały cewki moczowej całkowicie się wydziera. To niebezpieczeństwo wcale nie grozi po moim sposobie postępowania.

Ad 5. Co do upośledzenia czynności płciowych, to wszelkie dane statystyczne pod tym względem są bardzo niepewne. Przedewszystkiem nie wiemy, od czego upośledzenie to zależy. Samo uszkodzenie przewodu wytryskowego w zwykłych warunkach nie niszczy zdolności do spółkowania, wiemy o tem z dawniejszego doświadczenia po przecinaniu sznurków nasiennych. Zresztą znane są przypadki, gdzie nawet po obustronnem wytrzebieniu pozostała siła spółkowania: sam mam taki przypadek, długo obserwowany i bardzo pewny, bo odnoszący się do znajomego lekarza. Z pewnością przy moim sposobie operowania nie obrazimy częściej przewodu wytryskowego, niż przy postępowaniu przez pęcherz, a przeciwnie rzadziej, jak to wynika wprost z stosunków anatomicznych. Na kilkadziesiąt przypadków, dotychczas przezemnie operowanych, nie mam pewnych w tym względzie danych. W tej tak delikatnej sprawie nie można zawsze na pewno polegać na danych anamnestycznych, a najmniej w tych przypadkach, odnoszących się zwykle do późniejszego wieku: pewien rodzaj renomowania daje się tu tak samo wytłómaczyć, jak u myśliwych. Nareszcie nie możemy na pewno rozstrzygnąć, ile winy przypisać tutaj operacyi i uszkodzeniom pobocznym w jej przebiegu, a ile po prostu koniecznej przerwie po operacyi w tych czynnościach, które w tym wieku nieraz już tylko dzięki regularnemu wykonywaniu i niejako przyzwyczajeniu jeszcze się utrzymują.

Na podstawie danych anatomicznych, któremi prócz innych zajmował się i Motz, przyznać musimy, że nie potrzeba koniecznie częściej uszkadzać przewodu wytryskowego, operując od krocza, niż przy sposobie przez pęcherz. Mój sposób niewątpliwie najmniej naraża powrózek na niebezpieczeństwo, a więc i z tego względu najmniejsze przedstawia niebezpieczeństwo upośledzenia czynności płciowych. Większe jednak znaczenie przypisuję temu, że przy moim sposobie pozostawia się część miąższu gruczołowego. Wprawdzie nie znamy jeszcze dostatecznie i dość na pewno znaczenia wydzieliny sterczu, tyle zdaje się jednak nie ulega wątpliwości, że zewnętrzne wydzielania przyczynia się do żywotności plemników dzięki zawartości lecytyny (Haberen, Makai, Neusser), wewnętrzne wydzielanie zaś ma mieć wpływ na układ nerwowy: na wydzielanie jąder, siłę kurczenia ścian pęcherza i zwieraczy. Serralach i Pares twierdzą na podstawie swych doświadczeń na psach, że po utracie sterczu może wystąpić brak nasienia (aspermia). Rovsing z obawy przed złemi następstwami braku wewnętrznego wydzielania sterczu, w ogóle niechce wycinać sterczu, chyba że wszystkie inne sposoby zawiodły. Puig y. Sureda, Perearneau, Compan i Batrina przeciwnie nie przypisują wielkiego znaczenia lub wcale żadnego wewnętrznemu wydzielaniu sterczu. Za tem zdają się też przemawiać przypadki dotychczasowe. Zważyć jednak należy, że obecne niby to całkowite wyłuszczenie, w rzeczywistości pozostawia resztki torebki i jej przyległej tkanki, a nadto może przyszłość jednak wykaże złe skutki. Podobnie też po całkowitem wycinaniu wola przez długi czas nic nie wiedziano o złych następstwach, aż późniejsze doświadczenie wykazało je. Ja więc wolę na razie być ostrożnym, a nie sądzę, żeby po pozostawieniu tak małych skrawków, jak ja to czynię, częściej miały powstawać nawroty. Zresztą już dziś znane są przypadki, które przecież wskazują na złe skutki całkowitego wycięcia: Göbell (Zentr. f. Chir. 1910 pag. 575), wspomina o przypadku, gdzie po prostatektomii wystąpiła melancholia; Müller (tamże) zauważył wczesne i szybkie starzenie.

W końcu zająć się musimy pytaniem, jak się przedstawiają wyniki co do ostatecznego wyleczenia po jednym i drugim sposobie. Zwykle główną miarę oceny stanowi tu ilość moczu zalegającego. Wogóle panuje obecnie zdanie, że wyniki co do czynności są po operacyach przez pęcherz lepsze, niż od krocza. Freyer twierdzi, że wszyscy pozostający z jego operowanych przy życiu byli zupełnie i stale wyleczeni. Podobnie i Proust pisze, tak samo Zuckerkandl, Steiner, Franke, Thompson i i. Jeżeli jednak dokładniej w literaturze się rozpatrzymy, to nie trudno się przekonać, że zbyt wielki optymizm panuje u zwolenników operowania przez pęcherz. Naprzód należałoby, chcąc sprawiedliwie porównywać ostateczne wyniki po jednym i drugim sposobie, przedewszystkiem na niekorzyść sposobu operowania przez pęcherz zapisać liczbę wyrażającą plus śmiertelności po tym sposobie w porównaniu ze sposobem od krocza. Następnie nie trzebaby zupełnie zapominać o tych przypadkach, w których pozostały przetoki albo powstały zwężenia cewki lub wytworzyły się kamienie, co częściej się wydarza po operowaniu przez pęcherz, niż od krocza specyalnie moim sposobem.

Ile tu znaczy ogólnie panujący prąd i usposobienie i jak wpływa na sąd i przekonanie poszczególnych autorów, tego najlepszym dowodem jest zresztą bardzo dobra praca Mincera: operował on 22 przypadki, z tych jeden operowany zmarł właśnie po operowaniu przez pęcherz, a dalej u dwóch z pomiędzy nich powtórnie otworzyły się przetoki nadłonowe, wskutek czego zmuszeni byli używać cewnika. O jednym z tych chorych nie mam do dzisiaj żadnej wiadomości, drugi używa podczas każdego parcia na mocz cewnika do dnia dzisiejszego. Z pomiędzy siedmiu operowanych metodą Rydygiera żaden nie umarł i tylko jeden miewa 100 ctm.[3] zaległego moczu, jakkolwiek obywa się bez cewnika«. Mimo to w końcowem resumé pisze Minzer dosłownie: »Odnośnie do powikłań pooperacyjnych należy zaznaczyć, że metoda Rydygiera naraża chorych na przetoki cewkowo-kroczowe, trudne do zagojenia; metoda zaś wewnątrz-pęcherzowa może wprawdzie dawać również przetoki nadłonowe, lecz te goją się łatwo«. To zda-

nie weszło do referatu w »Centrblt f. Chir.« jako wynik obserwacyi przypadków operowanych przez Mincera! Mniejsza o to, że powyżej wykazałem, iż po metodzie mej prawdziwie nigdy nie mogą powstać żadne przetoki, jeżeli ją się dokładnie wykona według mego przepisu, mniejsza dalej o to, że niezrozumiałą jest rzeczą, dlaczegoby przetoki cewkowe-kroczowe miały się przy odpowiedniem leczeniu następowem gorzej goić, niż nadłonowe, a w rzeczywistości przeciwnie powinnoby być, ale przecież spostrzeżenia właśnie Mincera nigdy i żadną miarą nie uprawniają do takiego wniosku, ale do wprost przeciwnego.

Może być, — i ja mam takie wrażenie —, że po operowaniu przez krocze później kilka lub kilkanaście cm^3 moczu więcej zatrzymuje się w pęcherzu, ale ostatecznie małe różnice nie mogą tu rozstrzygać o wartości sposobu, jakkolwiek przyznaję, że większe różnice mają swoje znaczenie. Trudno tu jednak teraz już wydać ostateczny sąd w tym względzie, bo przecież też częstość powstawania późniejszych zwiężeń cewki moczowej, jakoteż i kamieni moczowych, ma wielką doniosłość przy rozstrzygnięciu pytania, który ze sposobów w mowie będących daje lepsze wyniki ostateczne i na stałe. Dane zaś statystyczne dotychczasowe nie wystarczają w tym kierunku wcale.

Jedno przyznać muszę, że mój sposób operowania jest trudniejszy, nietylko niż sposób Freyera, ale też niż sposób Albarrana, wymaga większej wprawy technicznej i dokładnej znajomości stosunków anatomo-topograficznych tej okolicy, ale tego wymagać możemy od każdego chirurga, wykonującego tak wielkie operacye. Za to śmiertelność jest stanowczo o połowę mniejsza, niż po metodzie Freyera, a wyniki ostateczne nie gorsze.

Z tego nie wynika i tego bynajmniej nie twierdzę, że należy wyłącznie tylko mój sposób stosować; przeciwnie są przypadki, w których operowanie z góry przez pęcherz lub od krocza z otwarciem przedwstępnem cewki moczowej jest wskazane. Do takich zaliczam przedewszystkiem te przypadki, w których obok przerostu sterczu mamy kamienie w pęcherzu. Także te rzadkie przypadki, w których tylko lub przeważnie średni płat uległ przerostowi, nadają się przedewszystkiem do operacyi Freyera lub też Albarrana. W przypadkach bardzo znacznego zakażenia i rozkładu w pęcherzu możnaby też operując od krocza skłonić się odrazu do umyślnego otwarcia cewki moczowej, ażeby w ten sposób skuteczniej zabezpieczyć i ułatwić odpływ, nigdy jednak w tych przypadkach nie ma wskazania do operowania od góry przez pęcherz.

Tak więc wszystkie trzy sposoby mogą i mają się uzupełniać, najczęstsze jednak zastosowanie powinien znaleść mój sposób operowania od krocza bez otwierania cewki moczowej i z pozostawieniem cienkiego paska miąższu gruczołowego po obu stronach cewki moczowej.

Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu.

W sprawie leczenia chorób wiewiórowych szczepionką.

Podał

Zdzisław Sowiński.

(Doniesienie tymczasowe[1]).

Pomysł leczenia chorób zakaźnych zapomocą szczepionek należy do angielskiego uczonego Wrighta. Co się tyczy stosowania szczepionki w sprawach wiewiórowych, to zagadnienie to obecnie pozostaje na razie w okresie badań i w różnych ogniskach naukowych na ten nowy sposób leczniczy istnieją rozmaite zapatrywania. Gdy w Niemczech i Francyi pojawia się na razie w sprawie leczenia wiewióra szczepionką mało jeszcze prac, to w Anglii i Ameryce sposób ten ma wielkie zastosowanie i piśmiennictwo jest dość obszerne. W Rosyi zajęcie się tą sprawą jest ledwie w zawiązku, wobec czego pozwolę sobie przytoczyć w krótkim zarysie wyniki, które otrzymałem, stosujac szczepionkę przy wiewiórowych zapaleniach cewki moczowej. Badania wykonałem wyłącznie u chorych mężczyzn w ambulatoryum kliniki chorób skórnych i wenerycznych Prof. T. P. Pawłowa, a tylko jeden przypadek dotyczył chorego z kliniki stałej.

Zanim przystąpię do streszczenia wyników moich badań, uważam za niezbędne zwrócić uwagę na warunki, w jakich badania te wykonywałem. Wszyscy chorzy, u których stosowałem szczepionkę, ani nie byli w tym czasie leczeni miejscowo, ani też nie zażywali żadnych środków wewnętrznych, z wyjątkiem chorych na zapalenie najądrza, u których stosowano okłady rozgrzewające. Do badań używałem zawsze szczepionki świeżo przygotowanej. Do badań nie używałem przypadków powikłanych lub ciężkich, przeciwnie dobierałem najprostsze, w których z łatwością można było stwierdzić obecność dwoinek wiewiórowych i kontrolować działanie szczepionki. Główny cel, który sobie wytknąłem przy badaniach, polegał na tem, ażeby przekonać się, czy rzeczywiście szczepionka wywiera działanie swoiste i czy zdoła ona niszczyć dwoinki wiewiórowe w ustroju człowieka.

Wszystkich badań dokonałem 35; zupełne wyleczenie nastąpiło tylko w 8 następujących przypadkach.

Przypadek 3. Chory od 2 miesięcy i 3 dni, po raz pierwszy. Wysięk z cewki dość znaczny; obecność dwoinek wiewiórowych stwierdzono. Po 8 wstrzyknięciach dwoinki znikły. Prócz tego zastosowałem jeszcze 2 wstrzyknięcia dodatkowe. Leczenie ciągnęło się od d. 9. II. do 14. IV. 1910 r.

Przyp. 7. Chory od 3 lat. Wysięk z cewki ropny. Dwoinki wiewiórowe w znacznej ilości. Już od roku chory zupełnie się nie leczy. W obydwu najądrzach nacieki dawnego pochodzenia. Po 11 wstrzyknięciach dwoinki znikły. Leczenie trwało od 10. II. aż do 20. IV. tegoż roku.

Przyp. 8. Chory od $1^1/_2$ mies. po raz pierwszy. Nie-

[1]) Rzecz wygłoszona na 11. Zjeździe im. Pirogowa na posiedzeniu połączonych oddziałów chorób skórnych i bakteryologii w d. 26. kwietnia st. st. 1910 r. w Petersburgu.

znaczny wysięk z cewki; dwoinki wiewiórowe w miernej ilości; zastosowałem 10 wstrzyknięć; dwoinki już po 8 wstrzyknięciach znikły. Leczenie ciągnęło się od 10. II. do 20. IV. t. r.

Przyp. 9. Chory od $1^3/_4$ mies., po raz pierwszy. Wysięk z cewki mierny, dwoinki wiewiórowe w znacznej ilości. Zastosowano 9 wstrzyknięć, po siódmem dwoinki znikły. Leczenie trwało od 14. II. do 14. IV. t. r.

Przyp. 10. Chory od $1^1/_2$ mies., po raz pierwszy. Wysięk z cewki nieobfity, gonokoki w znacznej ilości. Zrobiłem 8 wstrzyknięć; gonokoki znikły już po 7. Leczenie trwało od 14. II. do 20. IV

Przyp. 24. Chory od $1^1/_2$ mies., po raz pierwszy. Wysięk z cewki nieznaczny. Lewe najądrze obrzękłe, bolesne przy dotykaniu. Gonokoki w znacznej ilości. Zastosowałem 10 wstrzyknięć. Najądrze prawidłowe, mocz zupełnie czysty, dwoinek wiewiórowych niema. Leczenie trwało od 27. X. do 7. XII. t. r.

Przyp. 29. Chory od $2^1/_2$ lat. W świeżo oddanym moczu kłaczki, gruczoł krokowy powiększony, przy miesieniu wydziela się gęsta mętna miazga, w której badanie drobnowidowe wykazało obecność dwoinek wiewiórowych w niewielkiej ilości. Stosowałem 7 wstrzyknięć szczepionki. Leczenie trwało od 22. XI. do 28. XII. t. r.; prócz tego jednocześnie miesiłem gruczoł krokowy i przepłukiwałem tylną część cewki rozczynem azotanu srebrowego $^1/_2\%$—$1^1/_2\%$. Nastąpiło zupełne uleczenie; dwoinek wiewiórowych nie było (badanie drogą bakteryologiczną).

Przyp. 31. Chory od 6 miesięcy. Wysięk nieznaczny. Gruczoł krokowy powiększony, przy naciśnięciu nań wydziela się w znacznej ilości gęsta ciecz mętna. Gonokoki w znacznej ilości. Zrobiłem 8 wstrzyknięć szczepionki; gonokoki znikły tak z cewki, jakoteż z gruczołu. Leczenie szczepionką trwało od 3. XI. do 20. XII. W dalszym ciągu leczenie zapalenia gruczołu krokowego prowadziłem zwykłymi sposobami.

We wszystkich wogóle wyżej wspomnianych przypadkach dokonałem tak badania gruczołu krokowego, jakoteż i badania wziernikiem (endoskop). Z pozostałych chorych część począłem leczyć zwykłymi sposobami, inni sami porzucili leczenie po 3—6 wstrzyknięciach. U tych wszystkich chorych stwierdzono jeszcze obecność gonokoków w wydzielinie z cewki moczowej.

Szczepionkę wstrzykiwałem pod skórę między łopatkami w różnych odstępach czasu, mniej więcej między 5. a 11. dniem, poczynając od 0,2, dochodziłem najwyżej do 1,5. Po każdem wstrzyknięciu zwykle ciepłota podnosiła się tego samego lub następnego dnia, sięgając zwykle 37,2—38,8° C. Co się tyczy wogóle przebiegu ciepłoty, to we wszystkich przypadkach, w których nastąpiło zupełne wyleczenie, podniesienie ciepłoty było nieznaczne. Zdawałoby się, iż znaczniejsze podniesienie się ciepłoty powinnoby wywierać zgubniejszy wpływ i na dwoinki wiewiórowe, pomimo jednak, iż u jednego z chorych po każdem wstrzyknięciu ciepłota dochodziła do 39—39,5, to przecież po 12 wstrzyknięciach gonokoki jeszcze nie znikły.

Co do zmian miejscowych — zaczerwienienia i bolu, to znikały one szybko (po 1—2 dobach), w niektórych zaś razach nie było ich zupełnie. Niektórzy chorzy skarżyli się (bardzo rzadko) na ból głowy i zawroty. Zdarzało się częstsze oddawanie moczu. Rżnięcie w cewce moczowej i nieprzyjemne uczucie w postaci n. p. palenia ustępowało już po 1—2 wstrzyknięciach. Należy jeszcze zwrócić szczególną uwagę na następującą okoliczność: wysięk ropny z cewki moczowej po każdem wstrzyknięciu szczepionki znacznie się zwiększał, jednak był znacznie rzadszym, a po upływie 2—3 dni zmniejszał się. Zjawisko to było stałe, powtarzało się zawsze po każdem wstrzyknięciu i zdaje się potwierdzać przypuszczenie, że szczepionka po wstrzyknięciu wywołuje u chorych zwiększony rozpad gonokoków, wobec czego tworzy się sama przez się gonotoksyna, która, jak wiadomo, wywiera miejscowe działanie ropotwórcze. Okoliczność ta może tłómaczyć zwiększenie wysięku.

Powiększone najądrza po 2—3 wstrzyknięciach malały, ból ustępował już po upływie paru dni zaraz po pierwszem wstrzyknięciu; takich spostrzeżeń miałem 9.

Stosowanie szczepionki w okresach jeszcze świeżych, w ostrym stanie zapalnym, uważane jest za bezcelowe. Szczepionka daje najlepsze wyniki w przypadkach przewlekłych spraw wiewiórowych. Nasuwa się tu pytanie, na czem polega ta sprawa przewlekła? Otóż, na to pytanie najlepszą odpowiedź dają nam badania doświadczalne. Jeżeli wstrzyknąć n. p. do jamy rogów macicznych królikom lub świnkom morskim gonotoksynę słabą, już pozbawioną własności ropotwórczych, to nie powstanie ognisko ropne (pyometra). Jeżeli zaś też samą gonotoksynę połączyć z jedną z następujących hodowli niejadowitych: gronkowca białego, prątka okrężnicy i prątka ropy błękitnej, które były o tyle już osłabione, że same przez się nie zdołałyby wywołać zapalenia ropnego, to po wstrzyknięciu takiej mieszaniny do jamy rogów macicznych królikom, tworzy się jednak ognisko ropne (pyometra). Również dawało się spostrzegać ropienie po wstrzyknięciu królikom osłabionych zupełnie już niejadowitych hodowli tychże drobnoustrojów do jamy rogów macicznych, do których przed 90—100 dniami wstrzykiwano gonotoksynę, (która bez wątpienia w swoim czasie wywołała w rogach ropienie, lecz w danej chwili już wygasłe). Otóż z wyników tych doświadczeń można wysnuć wniosek, że gonotoksyna, nawet pozbawiona własności ropotwórczych, w znacznej jednak mierze osłabia odporność tkanek i staje się czynnikiem, który sprzyja wzmaganiu się jadowitości tych hodowli.

Z drugiej znów strony badania te wyświetlają, jaki wpływ wywierają drobnoustroje ropotwórcze na tkanki, zmienione poprzednio przez działanie gonotoksyny.

A zatem przewlekłe sprawy wiewiórowe są wynikiem działania zakażenia mieszanego, jednocześnie i przez dwoinki wiewiórowe i przez drobnoustroje ropotwórcze, wobec czego należy przypuszczać, że jakkolwiek szczepionka zdoła zniszczyć w ustroju człowieka dwoinki wiewiórowe, to jednak dla zupełnego wyleczenia chorego w niektórych razach trzeba będzie skierować leczenie także przeciwko innym drobnoustrojom ropotwórczym, które, jak zaznaczyłem, są zdolne podtrzymywać sprawę ropną, wywołaną przez dwoinki wiewiórowe. Szczepionka więc nie zawiedzie, jeżeli uważać ją będziemy za środek tylko pomocniczy.

Poruszona przezemnie sprawa jest jeszcze nową i wymaga wszechstronnego zbadania warunków, w jakich szczepionka może okazać się pożyteczną. Pomimo to na podstawie wyników dotychczasowych moich badań, uważałbym szczepionkę gonokokową za środek, który wywiera korzystny wpływ na przebieg spraw wiewiórowych; w niektórych razach nawet szczepionka ta stanowczo zdoła

niszczyć dwoinki wiewiórowe w ustroju człowieka i w ten sposób doprowadzić do zupełnego wyleczenia. Wiadomo, jak bezbronni jesteśmy przy ostrych zapaleniach gruczołu krokowego, przy zmianach stawów, przy wiewiórowych zmianach oczu, w końcu przy ogólnem zakażeniu ustroju przez dwoinki wiewiórowe (t. zw. gonococcaemia). Wszystko to jeszcze raz uwydatnia wielkie znaczenie, jakie ma poruszona przezemnie sprawa, a zarazem zachęca do dalszych badań w tym kierunku.

Ciśnienie tętnicze (PD) u gruźliczych okresu pierwszego.

Podał

Seweryn Sterling.

Dające się metodami klinicznemi stwierdzić zmiany anatomiczne zbyt często nie wystarczają do rozpoznania — w okresie początkowym — i do rokowania we wszystkich okresach gruźlicy płuc. Stąd płynie potrzeba poszukiwania objawów współistniejących, wywołanych przez gruźlicę w budowie lub czynności innych narządów. Do takich należą objawy ze strony narządów krążenia.

Spadek ciśnienia krwi, zarówno jak względne przyspieszenie tętna (tachycardia relativa tuberculo-toxica) są objawami, mającymi w gruźlicy płuc wartość zarówno rozpoznawczą, jak i rokowniczą.

Ponieważ dyagnostyka czynnościowa układu naczyniowego nie zadowalnia się już określeniem ciśnienia (skurczowego) krwi, ale określić się stara w każdym przypadku jeszcze ciśnienie rozkurczowe, względnie ciśnienie tętnicze, przeto tą metodą zbadałem stu chorych w okresie pierwszym gruźlicy płuc.

Przy tych badaniach posługiwałem się sfigmomanometrem Riva-Rocciego, z mankietem szerokim Recklinghausena; stosowałem metodę palpacyjną, mianowicie metodę Ehreta (uciskanie tętnicy łokciowej). Palpacya tętnicy łokciowej łatwiej pozwala na określenie chwili, odpowiadającej ciśnieniu rozkurczowemu, aniżeli palpacya tętnicy promieniowej, ponieważ tę chwilę zwiastuje o wiele wybitniejsza zmiana we wstrząśnieniu ścianki tętniczej. Zarazem wymaga jednak palpacya tętnicy łokciowej znaczniejszego wysiłku umysłowego (napięcia uwagi) ze strony badającego; parę kolejno wykonanych pomiarów bardzo męczy. Dodam, że w kilkunastu przypadkach — na sto trzydzieści siedem badań — nie udało mi się wogóle określić ciśnienia rozkurczowego w tętnicy łokciowej.

Każdy przypadek uwzględniony w moich wnioskach był — conajmniej — trzykrotnie metodą sfigmograficzną badany. Cyfry ostateczne nie są jednak średnią z kilku pomiarów; u bardzo wielu chorych pierwsze badania wywołały stan afektu (strach oczekiwania czegoś niezwykłego), który »à priori« odbierał wartość otrzymanym cyfrom. Mniej ta przeszkoda dawała się odczuwać w szpitalu, kiedy chory badany był już świadkiem badań podobnych, więcej — przy badaniu chorych prywatnych.

Rozpoznanie gruźlicy było we wszystkich przypadkach niewątpliwe. Były to wszystko przypadki niepowikłanej gruźlicy okresu pierwszego. Dodać winienem, że uznaję kliniczną, jak ją podaje A. Sokołowski, a nie anatomiczną (Turban-Gerhardt) klasyfikacyę gruźlicy płuc; dlatego pominąłem w tem zestawieniu przypadki z małemi zmianami opukowemi i osłuchowemi, o ile im towarzyszyły wybitniejsze objawy tuberkulo-toksyczne; takich przypadków nie zaliczam już do gruźlicy rozpoczynającej się (tuberculosis incipiens), jeno do rozwiniętej (tuberculosis declarata).

Wyniki moich pomiarów tak się przedstawiają:

Ciśnienie	skurczowe (Mx)	było	podwyższone*) . .	u	2 chor.
»	»	»	w granicach normy	»	89 »
»	»	»	obniżone	»	9 »
»	rozkurczowe (Mn)	»	powyżej normy . .	»	84 »
»	»	»	w granicach normy	»	16 »
»	»	»	obniżone	»	0 »

Ciśnienie tętnicze (PD) leżało niżej normy u 78 chorych, wahając się w granicach od 10 mm do 25 mm Hg; ani jeden z tych przypadków nie tyczy się chorego z obniżonem ciśnieniem skurczowem.

W pierwszym więc okresie niepowikłanej gruźlicy płuc ciśnienie skurczowe u większości chorych jest prawidłowe; nie są tu jeszcze czynne te swoiste czynniki toksyczne, które w dalszym przebiegu gruźlicy (lub — w przypadkach złośliwych — już od początku) ciśnienie obniżają, wpływając ujemnie bądź na siłę skurczową serca, bądź rozluźniając napięcie naczyń. Działają tu — jak sądzę — czynniki tamtym przeciwne, podnoszące ciśnienie rozkurczowe; ponieważ to ciśnienie rozkurczowe jest właściwie ciśnieniem panującem stale w układzie naczyniowym, przeto wzmożenie ciśnienia skurczowego w pierwszym okresie gruźlicy jest wyrazem zwiększonego oporu naczyń, względnie ich skurczu, pod wpływem czynnika toksycznego, w tym okresie choroby z ogniska chorobnego do krwi wchłanianego.

Dane przezemnie otrzymane nie dają się porównać z otrzymanemi przez innych badaczy; ciśnienie rozkurczowe w przebiegu gruźlicy płuc mało dotąd wogóle było badane (Levy, Stanton, W. Janowski), a podane cyfry tyczą się gruźlicy wszystkich okresów, przeważnie gruźlicy rozwiniętej.

Jakkolwiek w moich badaniach ciśnienie tętnicze u gruźliczych okazało się niższem — na ogół — od prawidłowego, przyczyną tego nie jest tak często w gruźlicy rozwiniętej napotykane obniżenie ciśnienia skurczowego; stanowi to dowód, że w pierwszym okresie gruźlicy płuc w ognisku chorobnem wytwarzają się ciała chemiczne kurczące naczynia.

Piśmiennictwo: 1) W. Janowski. Ciśnienie krwi, prawdziwa wielkość tętna, oraz szybkość tętna w różnych stanach chorobowych. »Przegląd lekarski« 1907. — 2) W. Janowski. Prace Towarzystwa Naukowego Warszawskiego. Współczesne metody badania serca. Warszawa 1910. — 3) Levy. Blutdruckmessung an Tuberkulösen. Brauers Beiträge 1905. — 4) A. Sokołowski. Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych. Tom III. — 5) Stanton. Blood pressure in tuberculosis. Internat. Clinics Tom III. 1907 .Refer. Internat. Centralbl. für die gesamte Tuberculose-Forschung 1908. Str. 144.

*) Za normę przyjąłem podane przez W. Janowskiego wahania Mx w granicach 90 mm do 120 mm Hg.; wahania Mm. od 58 do 80 mm Hg. (ciśnienia tętniczego (PD) w granicach 22 do 40 mm Hg).

O trudnościach rozpoznawczych w ginekologii.

Podał

Heliodor Święcicki.

Im ginekolog dłużej zajmuje się swą specyalnością, tem więcej przychodzi do przekonania, że rozpoznawanie ginekologiczne nie zawsze łatwą jest sprawą. I gdyby lekarze wszystkie te przypadki, w których rozpoznanie było trudne, czasami niemożliwe, a nieraz wprost błędne, do szerszej podawali wiadomości, słuszność twierdzenia tego temby bardziej się uwidoczniła.

Aby rozpoznanie w ginekologii było dokładne i sumienne, należy w każdym poszczególnym przypadku mieć na uwadze doniosłe znaczenie dokładnych wywiadów, nigdy nie należy z góry czynić rozpoznania, przy badaniu trzeba, o ile możności, zbadać cały ustrój chorej, nigdy nie brać objawów za rozpoznanie i baczyć na to, aby wykryć rzeczywistą przyczynę choroby, patrzyć na nią ze stanowiska anatomiczno-patologicznego.

Ze względu na zakreślone przez Redakcyę niniejszemu zeszytowi »Przeglądu Lekarskiego« ramy, przejdę w krótkim tylko zarysie pojedyncze rozpoznania ginekologiczne z uwzględnieniem tych stanów chorobowych, które przy rozpoznaniu wypada brać w rachubę. Warto przytem zaznaczyć, że ginekologowi prawie zawsze o to chodzić powinno, aby mógł pozytywny wyczuwalny wynik badania dobrze i prawdziwie sobie wytłómaczyć. Na podmiotowo błędnem ocenianiu przedmiotowego wyniku badania, polegają prawie zawsze różnorodne błędy rozpoznawcze. Tak n. p. stwierdzenie wielkiego oporu w jamie brzusznej możnaby tłómaczyć sobie istnieniem nowotworu n. p. mięśniaka. A jednak to samo wyczuwanie wielkiego oporu zauważymy także przy otorbionym wysięku otrzewnej.

Przy rozpoznawaniu m i ę ś n i a k a macicy wyłączyć należy torbielak jajnikowy, wysięk, krwistek zamaciczny, krwiak międzylistkowy, ropniak jajowodu, niedokształt macicy w jej dnie przy nadmiernym rozwoju jednego z rogów macicy, wreszcie guzy więzadła obłego.

Mięśniaki śródścienne mogą czasami sprawiać wrażenie ciąży lub przewlekłego zapalenia macicy, mięśniaki zaś podśluzowe wyczuwa się nieraz jak mięśniaki śródścienne. Nadto zauważyłem w mej praktyce przypadki mięśniaków podśluzowych macicy, które w pierwszej chwili badania także sprawiały wrażenie przewlekłego zapalenia macicy, wysięku okołomacicznego, inne znów zdawały się przedstawiać tak zwane szyjkowe poronienie w drugim miesiącu. Także wynicowanie macicy, guzy części pochwowej lub pochwy uważałby może niejeden początkowo za mięśniaki.

Wynik badania wyczuwalnego nie jest tedy przy rozpoznaniu mięśniaka ostatecznie wystarczający, chyba jedynie tylko w zwykłych, łatwych do rozpoznania przypadkach. Zadaniem wywiadowych rozumowań albo dłuższej klinicznej lub ambulatoryjnej obserwacyi będzie wykazanie względnie wyłączenie stanu zapalnego. Powstawanie guza wśród podwyższenia ciepłoty i wielkich bolów przemawiać będzie przeciw istnieniu mięśniaka. Ciąża zewnątrzmaciczna daje tak typowy co do wywiadów obraz chorobowy, że przy rozpoznaniu różniczkowem nie trudnoby było ściśle ją odróżnić.

T o r b i e l a k i j a j n i k a mogą przy badaniu takie dawać wyniki wyczuwalne, że przemawiaćby one mogły za zapaleniem jajników lub za mięśniakami macicy. Zbitość guza nie zawsze o tem świadczy, czy zachodzi torbielak jajnikowy, czy mięśniak. Tak np. torbielowato zwyrodniałe mięśniaki wyczuwać się może zupełnie tak, jak torbielaki jajnika. W tych razach badanie macicy zgłębnikiem ułatwi rozpoznanie.

Przy rozpoznawaniu torbielaka międzylistkowego jajnika wyłączyć wypada krwiak jajowodowy, puchlinę jajowodu i krwistek zamaciczny. Rozpoznanie międzylistkowego torbielaka jajnika dlatego nie jest tak łatwe, ponieważ pokrycie torbielaka tkanką łączną i otrzewną zmienia wynik wymacalny guza. Nadto trudno doszukać się w tych razach połączenia torbielaka z macicą.

Na jedno jeszcze zwrócę uwagę. Mogłoby się zdarzyć, że rozszerzony pęcherzyk żółciowy sprawi wrażenie torbielaczka jajnikowego, mianowicie przy powiększeniu i obniżeniu wątroby. Rozpoznawczym szczegółem byłoby w takim razie przesunięcie oddechowe.

Także rak jelita mógłby sprawić wrażenie torbielaka jajnika. Wypuk, kształt okrągławy, łączność z macicą — tę niepewność usunie. Łączność guza jajnika z macicą jest rzeczą dla rozpoznania niezmiernie ważną. A nie zawsze łatwe jest wyczuwanie połączenia torbielaka z macicą. W tych razach dobre usługi oddaje metoda B. S. Schultzego, polegająca na tem, że równocześnie dwie osoby unoszą guz. Jedna obejmuje rękoma torbielak, podnosi go ku górze, a badający stara się w tym czasie lewą ręką dostać się pod guz, prawą zaś ręką szuka przez pochwę połączenia torbielaka z macicą. Asystujący porusza przytem guz ku górze, ku dołowi, ku prawej i lewej stronie. Przy rozpoznaniu różniczkowem torbielaka jajnika należy także wyłączyć ropniaka nerki, wodonercze, bąblowca nerki, nerkę torbielowatą, raka nerki, nowotwory zaotrzewnych gruczołów chłonnych i otorbiony wysięk otrzewny.

Zdarza się czasami, że wrzekomy torbielak jajnika przy drugiem badaniu zniknął. W praktyce poliklinicznej, w której może jeden lekarz niedawno temu wyczuwał wyraźnie wielki, miękki guz, lekarz inny teraz nic więcej nie znajdzie, jak wolny wysięk w jamie brzusznej. Co się stało? Otorbiony wysięk otrzewnej pękł i płyn rozlał się bez szkody dla chorej w jamie brzusznej. W taki sposób znikają »guzy«, zanim przystąpiono do ich operowania.

Jakie trudności sprawić może rozpoznanie torbielaka jajnika, dowodzi przypadek Winckla, w którym zamiast rozpoznanego torbielaka jajnika z przysadką, a mającego znajdować się przez okręcenie szypułki w stanie zapalnym, przy laparotomii znaleziono podwójną macicę, krwiak maciczny i krwiak jajowodu. Pawlik rozpoznał torbielaka jajnika w przypadku, w którym był nowotwór nerki i nadnercza. Także Barth zrobił podobnie błędne rozpoznanie, choć nawet poprzednio czynnościowe badanie obu nerek równie wysokie dawało wartości.

R o p n i a k i j a j o w o d u mogą przez wyczuwanie dawać takie wyniki, że możnaby myśleć w tych razach o istnieniu mięśniaka podsurowiczego szypułkowatego, wy-

sięku, krwisteku zamacicznego, ciąży jajowodowej, zapalenia wyrostka robaczkowego lub zapalenia okątniczego. Mianowicie tam, gdzie guzy wskutek okręcenia szypułki lub mechanicznego podrażnienia otrzewnej zlepiły się z pętlami jelit i ścianą miednicy, niemałą staje się trudnością takie stany chorobowe odróżnić od zapaleń przydatków. Wynik wyczuwania jest bowiem w obu razach jeden i ten sam, ponieważ powstałe zlepy są sobie tutaj podobne.

Przy wyczuwaniu ropniaków i krwiaków jajowodu, niemniej przy ciąży jajowodowej, zachować należy wielką ostrożność, by cienka ściana jajowodu nie pękła. Także mogłyby przy zbyt silnem badaniu i wymacywaniu rozluźnić się wytworzone już zlepy i spowodować krwawienie wewnętrzne.

Anatomiczne stosunki jajowodu prawego i wyrostka robaczkowego nakazują przy rozpoznaniu o nich pamiętać, gdyż wskazują one na możliwość zależności zapalenia wyrostka robaczkowego od zajęcia jajowodu i jajnika, oraz dają możliwość powstania powikłań chorobowych.

Doniosłego znaczenia jest przytem umieć rozróżnić pierwotne zachorzenie przydatków od zachorzenia wyrostka, ponieważ leczenie w obu chorobach będzie różne. Ból wyczuwany ponad wyrostkiem i przydatkami jest zwykle ten sam, bo polega na nadmiernej wrażliwości skóry na ból i bolesnem napięciu mięśni pod skórą. James Mackenzie nazywa ból ten odruchem trzewnoczuciowym i tak go tłómaczy: Chory wyrostek lub chory jajowód drażni nerw współczulny. To podrażnienie udziela się ośrodkowi nerwu w rdzeniu, rozszerza się ono na sąsiednie komórki czuciowe i ruchowe i pobudza je do czynności. Skoro komórka nerwu bólowego została w ten sposób podrażniona, powstaje ból, który przez mózg przenosi się na obwodowe rozgałęzienie nerwu w odpowiednie części skóry. Podrażnienie komórek nerwu ruchowego wywołuje napięcie odpowiednich włókien mięśniowych. Skoro podrażnienie, czy to ze strony wyrostka, czy ze strony jajowodu i t. d. nie ustaje, wytwarza się nieustanna w owem miejscu przeczulica skóry, która więc pośrednio tylko spowodowana jest przez właściwą chorobę. Umyślnie o sprawie tej obszerniej tutaj wspominam, bo dziełko znakomitego angielskiego klinicysty: »O symptomach i ich tłomaczeniu« prawie wcale u nas nie jest znane, a jednak dla całej medycyny doniosłego jest znaczenia. Niejeden objaw chorobowy przedstawia się w dziełku tem w zupełnie innem, niż dotąd świetle!

Zwrócić mi jeszcze wypada uwagę na możliwość rozpoznania gruźlicy przydatków. Oto Kroenig postawił na ostatnim Zjeździe ginekologicznym w Monachium tezę tej treści: Brak hyperleukocytozy krwi przemawia przy zajęciach przydatków, połączonych z gorączką, za gruźlicą przydatków.

Rozpoznanie r a k a m a c i c y o tyle nie jest zbyt trudne, że w danym razie zbadanie pod drobnowidem wyskrobanej błony śluzowej może dać nam ścisłe rozpoznanie, gdyby innych danych, jak krwawienia po spółkowaniu, nieregularnych krwawień macicznych, cuchnących wydzielin, złego wyglądania itd. jeszcze nie było. Ale i w przypadkach mikroskopowo badanych mogą dość często zachodzić błędy. Obraz mikroskopowy przy rozpoczynającym się raku macicy jest często niezupełnie wyraźny. Należy wówczas ostateczną decyzyę na dalszą odsunąć metę, ale przytem bynajmniej chorej nie mówić, że niebezpieczeństwa niema. Należy ją dalej klinicznie obserwować i po niejakim czasie znów wyskrobane cząstki pod mikroskopem badać.

Nieraz trudno bez badania drobnowidowego orzec, czy w danym przypadku zachodzi rak lub m i ę s a k. Jedynie mięsakowe polipy szyjki macicznej nietrudno rozpoznać po ich charakterystycznej miękkiej zbitości i skłonności do szybkiego rozrostu i bujania. Gronowaty mięsak szyjki macicznej podobne sprawiać może wrażenie przy obmacaniu, jak zaśniad.

Niełatwą jest często rzeczą rozpoznać r a k a c z ę ś c i p o c h w o w e j, bo należy tutaj mieć na uwadze możliwość objawów trzeciorzędnej kiły lub możliwość gruźlicy. Zdaniem Uleśko Stroganowej (na zeszłorocznym Zjeździe w Petersburgu) jest wczesne rozpoznanie raka o tyle utrudnione, że zdarza się atypowy nierakowaty rozwój nabłonka. Takie nietypowe bujania nabłonka wytworzyć się mogą pod wpływem różnych podrażnień, jak np. przy wiewiórze, kile, gruźlicy itd. Pani Stroganowa spostrzegała przypadki, w których po dokładnem badaniu mikroskopówem rozpoznano raka części pochwowej macicy. Z powodów zupełnie przypadkowych odroczyć musiano operacyę na czas późniejszy. I co się okazało? Oto po wyjęciu macicy sprawa chorobowa znajdowała się teraz makroskopowo i mikroskopowo na drodze do zupełnego wyleczenia! Stroganowa, która na polu mikroskopowem od lat już wielu słuszną cieszy się powagą, domaga się, aby w tych przypadkach, w których zachodzi podrażnienie nabłonka wskutek wiewióra, nadżerek, gruźlicy, kiły i gdzie wytworzyło się nietypowe bujanie nabłonka, chore wpierw postawić w lepsze warunki odżywiania i starać się przy odpowiedniem leczeniu podrażnienie w ten sposób usunąć. Później nie będzie rzeczą trudną módz orzec, czy zachodził rzekomy czy rzeczywisty rak.

Mówiąc o raku, wspomnieć tutaj należy o z ł o ś l i w y m n a b ł o n i a k u k o s m ó w k i, który wywołuje podobne nieregularne krwotoki, jak rak. Ścisłe wywiady o przebytym poprzednio porodzie ułatwią dokładne rozpoznanie. Jeżeli zachodził z a ś n i a d, to nawet i bez badania mikroskopowego rozpoznanie jest możliwe. Warto tutaj nadmienić, że kobiety, które przechodziły poronienia zaśniadowe, powinny o tem pamiętać, aby, jeżeli tylko pokażą się krwawienia maciczne, natychmiast zasięgnąć pomocy i porady lekarza. Zapominać też nie należy, że nabłoniak kosmówki sprawiać może wrażenie ciąży.

Rozpoznanie c i ą ż y w pierwszej jej połowie nie zawsze jest łatwe. Zachodzićby mogły w tych razach przewlekłe zapalenie macicy, mięśniak, krwiak macicy lub ciąża zewnątrzmaciczna. W drugiej połowie ciąży baczyć należy na takie możliwości, jak puchlina brzuszna, bębnica, mięśniak macicy, guz nowotworowy jajnika, daleko już posunięta ciąża zamaciczna. Stwierdzając przy osłuchiwaniu szmery naczyniowe, pamiętać nie zaszkodzi, że zachodzić one mogą nietylko w ciąży, ale i w większej części mięśniaków, a nawet nieraz w torbielakach jajnika. Nawet w niektórych zachorzeniach śledziony, przy niedomodze tętnicy głównej, niedomykalności zastawki trójdzielnej (skur-

czowe zwiększenie objętości wątroby czyli jej tętnienie) zauważyć można szmery naczyniowe.

Przy rozpoznawaniu ciąży zewnątrzmacicznej wyłączyć należy ciążę prawidłową, mianowicie przy tak zwanej macicy siodełkowatej wskutek niezupełnego złączenia się przewodów Müllera, również baczyć trzeba na możliwość istnienia równocześnie ciąży zewnątrzmacicznej i wewnątrzmacicznej. Nasz Neugebauer zebrał do r. 1904 z literatury aż 155 przypadków tego rodzaju. Dalej wchodzą przy rozpoznaniu różniczkowem jeszcze w rachubę krwotok śródbrzuszny wskutek pęknięcia jelit, wewnątrzmaciczna ciąża z zajęciem chorobowem przydatków, zapalenie wyrostka robaczkowego, krwistek zamaciczny, tyłozgięta macica ciężarna, ciąża śródścienna i stany zapalne przydatków. Z chwilą, gdy odejdzie błona doczesna, rozpoznanie staje się naturalnie odrazu jasne. Odejście doczesnej bywa zwykle albo przeoczone, albo uważa je akuszerka lub otoczenie chorej za poronienie. Donosi się natenczas lekarzowi, że poronienie już się odbyło. Należy zawsze o tem pamiętać, że wywiady, przemawiające za poronieniem, przemawiać mogą taksamo za poronieniem jajowodowem, jeżeli odejście doczesnej identyfikuje się z odejściem płodu. O takiem błędnem utożsamieniu trzeba zawsze pamiętać, skoro zachodzą powikłania z rzekomem poronieniem przy braku większych wzniesień się ciepłoty.

Zachodzić mogą także i takie przypadki, w których zdawało się, że chodzi o ciążę zewnątrzmaciczną, a operacya wykazała gruźlicze zajęcie otrzewnej lub jej zlepne zapalenie.

W czasie połogowym zauważyć można w dłuższej praktyce raz po raz przypadki, sprawiające wrażenie zapalenia płuc, gdy natomiast zachodzi zawał płucny wskutek zakaźnych skrzepów żylnych. Przy rozpoznawaniu gorączki połogowej należy pamiętać o możliwości ostrego wiewiórowego stanu zapalnego w narządzie rodnym z skłonnością posuwania się zakażenia wyżej nawet poza macicę. Chora taka sprawia wrażenie, że chora na ciężką posocznicę, rokowanie wydawać się będzie złe, a oto już po kilku dniach gorączka opada, wygląd ogólny staje się lepszy i alarmujące objawy znikają. Także przy rozpoznaniu gorączki połogowej wyłączyć należy ostre gruźlicze prosowate zapalenie. Sprawa to do rozpoznania niełatwa, bo i typ gorączki, tętno, zwiększenie śledziony, objawy nerwowe mogą w jednym i drugim przypadku być wielce do siebie podobne.

Przy rozpoznawaniu wysięku przymacicznego i okołomacicznego wchodzą w grę następujące możliwości rozpoznawcze: mięśniak podsurowiczy, wysięk wewnątrzotrzewny i krwiak w tkance łącznej. Wyczuwanie przy badaniu tkanki łącznej miedniczej nacieków guzkowatych lub powrózkowatych naprowadzić powinno lekarza na myśl o raku jajnika, macicy, pęcherza lub odbytnicy.

Przy rozpoznawaniu zapalenia otrzewnej trzeba mieć na uwadze ciążę jajowodową, w której nastąpiło pęknięcie jajowodu i gruźlicę prosowatą. Za zapaleniem otrzewnej przemawia podmiotowe uczucie bolu, gorączka, wymioty, odruchowe napięcie powłok brzusznych.

Takiego napięcia ścian brzusznych nie zauważa się w zapaleniach wiewiórowych i zapaleniach surowiczych otrzewnej. Tętno nitkowate i wzdęcie występują dopiero w dalszym rozwoju zapalenia otrzewnej.

Wykazawszy »à vol d'oiseau« różne możliwości, jakie przy rozpoznaniu ginekologicznem mogą zachodzić, jestem zdania, że nieraz mimo wielkiej nawet ostrożności i skrupulatności w badaniu trudno uchronić się od błędnej dyagnozy. Tem też więcej należy każdy poszczególny przypadek badać ogólnie i specyalnie, starać się przekonać, czy objawy chorobowe odpowiadają cierpieniu miejscowemu, niezapominając przytem nigdy o potrzebie dokładnych wywiadów.

Badania hematologiczne, które przed kilku laty zdawały się ułatwiać nam w wielu razach rozpoznanie, z małymi wyjątkami dotąd jeszcze nie mają większego znaczenia rozpoznawczego.

Nawet w przypadkach, w których chodzi tylko o pytanie, czy wytworzyła się w tym lub owym narządzie ropa, badania krwi nie dają nam ścisłej i pewnej odpowiedzi.

Wiedza nasza jest — bądźmy szczerzy — łataniną. Błądzić każdy z nas będzie, choćby miał i doświadczenia nie mało i wiele materyału klinicznego. O ile tedy wyrozumieć i uniewinnić należy lekarza, który w małem mieście wśród nawału różnorodnych zajęć lekarskich już po jednorazowem badaniu ma poznać chorobę i przepisać odpowiednie środki lecznicze.

Cóż tedy robić? Starajmy się o to, aby, o ile to w naszej tylko mocy, unikać błędnych rozpoznań przez dokładność badania i ocenę cierpienia ze stanowiska anatomicznopatologicznego. A przytem niechaj nikt z nas nie potrzebuje o sobie powiedzieć, że przez niedokładne lub, co gorsza, niesumienne badanie chorobę rozpoznał błędnie. Zaufanie chorej i wiarę w nas odpłaćmy przynajmniej dobrem rozpoznaniem.

Katedra i Zakład antropologii na Uniwersytecie Jagiellońskim.

Napisał

J. Talko-Hryncewicz.

Pamięci Izydora Kopernickiego w 20. rocznicę Jego śmierci poświęca autor.

W roku jubileuszowym najstarszego polskiego tygodnika lekarskiego przybywa Uniwersytetowi krakowskiemu nowy Zakład antropologiczny. Fakt ten zaznaczam tem chętniej, że rozwój antropologii u nas łączy się ściśle z imionami mężów tej miary, jak Józef Majer, Izydor Kopernicki, z których pierwszy należał do założycieli »Przeglądu lekarskiego«, a którzy wogóle położyli niemało zasług dla rozwoju piśmiennictwa lekarskiego.

Otwarcie zakładu antropologicznego jest zdarzeniem doniosłem w dziejach rozwoju naszej Almae Matris; wiedza korzystających z zakładu słuchaczy stanie się bardziej zakończoną, a obok studyów nad światem przyrody i człowiekiem chorym będzie badany człowiek w stanie zdrowia ze swemi odrębnościami fizycznej i duchowej natury, jako oddzielna jednostka świata zwierzęcego, co w przyszłości

pogłębić może wykształcenie zawodowe nietylko medyków i przyrodników, lecz także humanistów i prawników. Ze względu więc na znaczenie, jakie posiada utworzenie na Uniwersytecie stałej katedry i zakładu antropologii, podaję krótką historyczną notatkę o ich rozwoju, z zaznaczeniem działalności tych jednostek, które wniosły pewną część swej pracy do historyi naturalnej człowieka.

Najprzód nie można nie wspomnieć w porządku chronologicznym bezimiennego autora z XIII w., przezwanego Dzierzwą, lub Mierzwą, który opierając się na kronikach Wincentego Kadłubka i Mateusza herbu Cholewa, biskupa krakowskiego, kreśli historyę Polski i narodów słowiańskich od stworzenia świata; nadając Lechitom przodków nieznanych, stara się ten autor odtworzyć przedhistoryczne dzieje Polski; nie wytrzymują one oczywiście współczesnej krytyki naukowej, lecz są pierwszymi krokami na tej drodze.

W wieku złotym, kiedy Uniwersytet Jagielloński brał wybitny udział w ruchu umysłowym Europy, byli w nim i tacy, którzy interesowali się studyami nad człowiekiem. Tu w Krakowie w XV w. nauczał Jan z Głogowa, prof. Jagiellońskiej Akademii, (ur. na Ślązku, zm. 1507 r.). Słynął on jako teolog, matematyk, fizyolog i filozof, oddawał się astrologii, był wielkim zwolennikiem chiromancyi, choć w Polsce i w zachodniej Europie był bardziej znany jako autor filozofii scholastycznej, a obok tego przypisywano mu później położenie podwalin kranioskopii. Chociaż ówczesna kranioskopia, zasadzająca się jedynie na samowolnych przypuszczeniach, nie stanowi wiedzy ścisłej, nie mniej wiele poglądów Głogowczyka z zakresu psychologii, wyróżniających się głębokością myśli, wsławiły jego imię. W dziele, poświęconem fizyonomice, kreśli on zasadę swej nauki i stara się z kształtów zewnętrznych czaszki odgadywać zdolności duchowe. U żywych starał się on z wyrazu twarzy, ruchów, głosu i t. d. wysnuwać wyioski o umysłowych i duchowych zdolnościach i skłonnościach do pewnych chorób. Głogowczyk należał do tych wybitnych ludzi, którzy za życia doznali wiele cierpień i lekceważenia; dopiero po śmierci kronikarze starali się mu to wynagrodzić sowicie. Starowolski, a po nim Janicki podają go jako najsławniejszego z uczonych naszych. Późniejsze krytyczne badania historyka Michała Wiśniewskiego i Józefa Majera zdjęły z niego część laurów sławy narodowej, a Kopernicki poddał ocenie krytycznej dzieła Głogowczyka w r. 1870, a w szczególności »Questiones librorum de anima«. Jest to obszerny traktat o psychologii, osnuty na dziełach Arystotelesa, przeplatany scholastyką. Głogowczyk był pierwszym i najgorliwszym w Polsce szerzycielem nauki tego filozofa greckiego. Zasługą jednak naszego autora pozostanie, że w sądach swych nie był zależny od niego, walcząc z krępującymi go więzami scholastyki. Głogowczyk wypowiadał śmiałe na owe czasy myśli o zmysłach, dotykaniu, smaku, świetle i dźwięku, nie hołdując ślepo mistrzowi i opierając swe spostrzeżenia na anatomii i fizyologii, położył tem niespożyte zasługi, większe, niż pracami z zakresu frenologii. Niemały wzbudza podziw, kiedy mówi o władzach duszy. o rozumie, wyobraźni i pamięci, przewyższając późniejszych średniowiecznych filozofów. Za siedlisko władz duszy przyjmuje on, idąc za Galenem, Avicenną i Mondinim, mózg, a nie serce, jak to czynili późniejsi średniowieczni filozofowie idąc za Arystotelesem, co pozostanie niezapomnianą zasługą naszego uczonego. Przyjąwszy siedlisko zmysłów zewnętrznych narządów w mózgu, ułożył Głogowczyk system frenologiczny i z tych samych co i on źródeł — powiada Kopernicki — czerpali późniejsi pisarze, nie znając wcale Głogowczyka, wypowiadając zdania o siedlisku władz duszy. Nie był więc on wynalazcą frenologii, a tylko ścisłym tłómaczem poglądów psychologicznych. Rysunek, na którym to przedstawił, choć nie jest pierwszym, lecz jest oryginalnym własnego jego pomysłu utworem. Nie przeceniając zasług Głogowczyka, musimy go jednak uznać za pierwszego z Polaków, kroczącego po drodze, wiodącej do historyi naturalnej człowieka.

Wkrótce po jego śmierci przychodzi na świat Józef Struś (1510, zm. 1568), którego współcześni nazywają najznakomitszym lekarzem Odrodzenia. Przyczynia się on nietylko do zwiększenia naszych wiadomości anatomicznych, lecz przez wprowadzenie wiwisekcyi zwierząt bada pierwszy procesy fizyologiczne. Może on zająć miejsce obok współczesnego mu wielkiego lekarza Andrzeja Vesaliusza (1513, zm. 1564), pierwszego, który zaczął wykonywać sekcye zmarłych. Galen (ur. w r. 131, zm. 201) wobec silnych przesądów mógł dokonywać sekcyi tylko na małpach, Vesaliusz i Struś, obalając wiele twierdzeń Galena, panujących w anatomii niepodzielnie przez $1^1/_2$ tysiąca lat, stanowią zarazem epokę w rozwoju nauki o człowieku. Po nich zaległa martwota w nauce, duch ludzki na całe trzy wieki pogrąża się w kontemplacyach metafizycznych, aż do XIX w., w którym zbudziła go ze snu teorya Lamarcka-Darwina, określająca stanowisko człowieka w przyrodzie i jego stosunek do innych zwierząt, a będąca bodźcem do dalszego rozwoju nauki o człowieku. Niezależnie od prac badawczych przyrodników na zachodzie, odzywa się głos wielkiego lekarza-myśliciela z Aten litewskich, Jędrzeja Śniadeckiego, który w swej »Teoryi jestestw organicznych« T. II. str. 35—36. (Wilno 1811 r.) wykazuje konieczność badania człowieka, a słowa te, przed przeszło stu laty wypowiedziane, zdają się być określeniem zadań współczesnej antropologii: »Lecz bez względu nawet na miejsce, które człowiek w łańcuchu jestestw organicznych zajmuje, w wielu jeszcze widokach uważany być może. Nauka zaś poświęcająca się jego uwadze powinna obejmować wszystkie podobne względy; powinna zająć wszystko, co tylko wiedzieć można o jego stosunku do reszty otaczającego go przyrodzenia; o początku, wzroście, postępie i schyłku jego życia; o czynności i mocy tak całej jego machiny, jak i pojedyńczych narzędzi; nakoniec o stosunkach jego towarzyskich, czyli do jestestw jemu podobnych. Nauka o człowieku nie będzie zupełną, jeżeli go nie będzie uważać we wszystkich tych stosunkach i we wszystkich widokach; a z tego względu będąc niezmiernie obszerną, musi się dzielić na wiele odnóg i umiejętności szczególnych«.

Badania anatomiczne i anatomiczno-porównawcze, dalej podróże po innych częściach świata i znajomienie się z różnemi plemionami, wreszcie odkrycia szczątków ludzkich i zwierzęcych przeddyluwialnych i narzędzi przedhistorycznych, udowadniające współczesność człowieka ze zwierzętami czwartorzędnemi, a nawet śmiałe przypuszczenie, że istnienie człowieka sięga jeszcze odleglejszych epok geologicznych, wszystko to wywołało powszechne zainteresowanie się nauką o człowieku; zaczęły powstawać osobne

instytucye i towarzystwa naukowe, mające za cel badanie człowieka. Rozpoczął ten ruch najbardziej niezmordowany chirurg francuski, Paul Broca, organizując w r. 1850 pierwsze w Europie Towarzystwo antropologiczne w Paryżu z pracowniami i katedrami, co znalazło odgłos i u nas. Podczas największej germanizacyi naszej wszechnicy nie zgodził się prof. Józef Majer wykładać fizyologii po niemiecku i począł wykładać przedmiot poboczny, antropologię, z polskim wykładem, z mniejszą o połowę gażą; wykładał ją przez lat sześć od r. 1854—1860. Dobiega więc lat 60, odkąd po raz pierwszy usłyszano w Uniwersytecie polski wykład antropologii. Lekcye wielkiego obywatela i najpopularniejszego z uczonych naszych cieszyły się wielką frekwencyą. Po objęciu ponownie przez Majera katedry fizyologii następuje 15-letnia przerwa w wykładach antropologii aż do r. 1876, w którym Dr. Izydor Kopernicki habilituje się jako docent antropologii, po dziesięciu latach pracy w r. 1886 mianowany profesorem nadzwyczajnym, »ad personam«. — Wybitne stanowisko, jakie Kopernicki zajmuje w historyi naszej nauki, jako pierwszy profesor antropologii, z którego imieniem wiąże się rozwój zakładu, wymaga, by nieco dłużej się zatrzymać nad jego osobą, jak i nad jego działalnością naukową.

Izydor Kopernicki urodził się w samem sercu Ukrainy, we wsi Czyżówce, pow. Żwinogrodzkiego; szkoły średnie przechodził w Złotopolu i Winnicy, a studya lekarskie w Kijowie. Stamtąd wyszły pierwsze jego prace naukowe, tam rozwinął swą działalność społeczną, stojąc w szeregach młodzieży, wśród której wyróżniali się Adryan Baraniecki, Aleksander Kremer, Antoni Józef Rolle i tylu innych, uosabiających najlepsze i najszlachetniejsze idee naszego społeczeństwa doby minionej. Po ukończeniu Uniwersytetu w r. 1855 jako stypendysta rządowy bierze Kopernicki udział jako lekarz armii naddunajskiej w wojnie tureckiej, wytrzymuje oblężenie Sebastopola i pod kierunkiem znakomitego Pirogowa pracuje jako chirurg polowy, znosząc wszystkie trudy obozowego życia, a po ukończeniu wojny w r. 1857 zostaje powołany na prosektora anatomii w Kijowie i tu wykłada anatomię porównawczą i pierwsze prace poświęca kraniologii. Na I rosyjskim Zjeździe lekarzy i przyrodników w Kijowie w r. 1861 przedstawia Kopernicki pierwszą swą pracę antropologiczną »O badaniach czaszek słowiańskich. »Nie zważając na świetne materyalne warunki, jakie przedstawiał wówczas Kijów dla lekarza praktycznego, Kopernicki, mało ważąc stronę materyalną a pałając żądzą wiedzy, oddaje się pracy naukowej. I ją jednak porzuca, by stanąć w r. 1863 pod sztandarem narodowym; upadek powstania zmusza go do tułaczki. Niepowodzenia i przejścia nie uginają jednak hartu jego duszy, zapał do wiedzy nie gaśnie, lecz jeszcze bardziej z wiekiem się rozwija. W r. 1864 rząd rumuński powołuje Kopernickiego do Bukaresztu w celu urządzenia gabinetu anatomicznego dla mającego powstać wydziału lekarskiego. Wywiązawszy się świetnie z zadania, otrzymuje medal I klasy »bene merenti«. W Paryżu słucha wykładów słynnego Claude Bernarda i twórcy współczesnej antropologii, wspomnianego Paul Broca, pod którego kierunkiem studyuje, mając na myśli zaszczepienie metody tych badań na rodzinnej ziemi. Wreszcie przybywa do Krakowa, tu uzyskuje doktorat i habilituje się jako docent prywatny antropologii. Przy skromnych środkach i braku własnej pracowni, musiał Kopernicki preparować zwłoki małp i innych zwierząt w swem własnem mieszkaniu, które zajmował z rodziną. Nie udało mu się wyjednać ani skromnego lokalu, ani małej jednorazowej dotacyi 400 kor. na urządzenie pracowni, dla której oddawał swe własne zbiory, a o co kilkakrotnie prosił ministerstwo, jak o tem świadczą dokumenta, przechowane w Dziekanacie Wydziału lekarskiego. Pierwsze prace ogłoszone przez Kopernickiego odnoszą się przeważnie do kraniologii; po przybyciu do Krakowa większość prac jego jest poświęcona antropologii i kraniologii ziem polskich. Wyliczać je zajęłoby niemało miejsca; mają one wielką naukową wartość i są podstawą dla badań antropologicznych późniejszych. Z inicyatywy Majera i Kopernickiego powstaje w r. 1876 w łonie Akademii Umiejętności komisya antropologiczna, mająca na celu wprowadzenie do kraju fizycznego badania człowieka i jego materyalnej kultury.

W tych czasach odbywałem studya lekarskie w Kijowie. Świeżą tam jeszcze była pamięć o Kopernickim, jako o prosektorze anatomii. Dla nas ówczesnych studentów imię jego otoczone było pewną auerolą, jako męczennika za ideę i uczonego o szerokim rozgłosie. W latach następnych, osiadłszy na Ukrainie jako lekarz praktykujący, dziwnym zbiegiem okoliczności w rodzinnych okolicach Kopernickiego, chwile wolne od zajęć zawodowych poświęcałem antropologii i pierwsze wskazówki i rady otrzymywałem od niego. Obszerna i długoletnia korespondencya, którą przechowuję, zacisnęła moje stosunki z Kopernickim, a korespondencya ta charakteryzuje go nietylko jako uczonego wysokiej miary, lecz i jako człowieka wzniosłych ideałów. Wysoko stawiając antropologię, jako naukę będącą historyą naturalną najdoskonalszego ze stworzeń, wierząc w rozwój i przyszłość jej, wymagał i od adeptów, poświęcających się tej skomplikowanej wiedzy, wszechstronnego wykształcenia i szerokiego poglądu na świat. Sam on był jakby uosobieniem swych marzeń. Naukowo wykształcony lekarz-praktyk, chirurg i anatom, posiadał obszerne wiadomości z nauk przyrodniczych, paleontologii i historyi. Gruntowny przytem znawca języka ojczystego i pielęgnujący jego czystość, znał wybornie języki słowiańskie i zachodnio-europejskie, miał umysł wysoce krytyczny, wymagający, był surowym sędzią innych, a przedewszystkiem samego siebie. Przejścia życiowe, praca nieustanna, której się oddawał, dzieląc czas pomiędzy nauką a codziennym zarobkiem praktycznego lekarza, nie mogły nie poderwać przedwcześnie sił jego ustroju. Upadającego na zdrowiu Kopernickiego niepokoiła wciąż myśl, że wykłady antropologii z jego śmiercią ustaną i zbiory, nagromadzone przez całe życie, pójdą na zagładę. Już w r. 1889, zamierzając opuścić katedrę i nie wróżąc sobie długiego życia, powziął Kopernicki myśl, abym habilitował się z zakresu antropologii, licząc, że w przyszłości otrzymawszy katedrę, w której utworzenie wierzył, obejmę i jego zbiory. Jeszcze w kwietniu 1888 r. pisał do mnie Kopernicki: »W liście z dn. 23 listop. 1889 r. złożyłem senatowi uniwersyteckiemu oświadczenie, że mając już lat 65 wieku, a czując kres życia mego blizki, pragnę zaznaczyć pobyt i służbę publiczną w naszym Uniwersytecie, zostawiając po sobie pamiątkę pożyteczną i trwałą dla nauki i mając najmocniejsze przeświadczenie, że za lat 20—30 najdalej antropologia musi na równi z innemi umiejętnościami przy-

rodniczemi stać się przedmiotem niezbędnym i obowiązującym dla wykształcenia naukowego lekarzy i przyrodników i przewidując, że wówczas Uniwersytet będzie miał pilną potrzebę w odpowiednich środkach pomocniczych dla należytego wykładu antropologii, — pragnę tej potrzebie według możności uczynić zadość zawczasu i w tym celu ofiaruję Uniwersytetowi wszystkie moje zbiory antropologiczne«. Senat i Wydział lekarski przyjęli dar Kopernickiego z najwyższem uznaniem i jak najusilniej popierając myśl jego w Ministeryum oświaty. Warunkiem, pod jakim ofiarowywał Kopernicki swe zbiory, jako zawiązek dla przyszłego gabinetu i pracowni antropologicznej, było, że utworzony zostanie w przyszłości osobny zakład z pewnem rocznem uposażeniem dla użytku przyszłego profesora antropologii. Myśl ta zajmowała Kopernickiego przez ostatnie trzy lata, które mu sądzono jeszcze było przeżyć. Ze swej strony nie mogłem wówczas niestety niczem przyczynić się do uskutecznienia jego planów; twarde warunki życiowe skierowały mnie na wschód daleki, gdzie sądzono mi było przebyć długie lata. W dniu 19 czerwca 1891 jeszcze w kraju otrzymałem ostatni dłuższy list od Kopernickiego przed wyjazdem jego do Gleichenbergu, w którym wyraża pewną obawę, ażebym nie zmarniał na dalekiej Syberyi. »Razem z innymi zamysłami i najlepszemi intencyami memi pro publico bono i te nadzieje, które miałem na pana, w łeb wzięły. Nie doczekam się tego... ażebym widział pana na katedrze antropologii w naszym Uniwersytecie«. Po przywiezieniu Kopernickiego złożonego ciężką niemocą z Gleichenbergu do Krąkowa, otrzymałem od niego słów parę, kreślonych drżącą ręką na dni kilka przed śmiercią, a 24 września już życie zakończył [1]).

Wykłady antropologii w Krakowie przerwały się na długo; dopiero po wielu latach na usilne przedstawienia Wydziału lekarskiego, Ministerstwo zdecydowało się w r. 1908 utworzyć dwie pierwsze katedry antropologii w Krakowie i Pradze, których nie posiadał dotąd żaden z Uniwersytetów niemieckich w Austryi; wówczas to jakby w myśl Kopernickiego zaszczycono mię wezwaniem do objęcia nowej katedry. Po trudnych początkach i trzechletnich staraniach o miejsce na zbiory i pracownię, mam nadzieję półrocze zimowe rozpocząć we własnym zakladzie antropologicznym w obszernych ubikacyach dawnego Collegium juridicum na ul. Grodzkiej, jednego ze wspanialszych historycznych zabytków starego Krakowa. Nie wątpię w to, że Ministerstwo, które okazało dużo dobrej woli w sprawie utworzenia katedry, podtrzyma i Zakład, podnosząc z upadku i gmach, w którym się on mieści. W obszernych salach rozmieszczone wówczas zostaną zbiory Kopernickiego, moje, które składam w darze i innych łaskawych ofiarodawców [2]).

Wszystko to razem ze zbiorami, oddanymi w depozyt przez Akademię Umiejętności, utworzy kolekcyę czaszek rasowych, złożoną z przeszło tysiąca okazów, a wespół z innymi zbiorami przedstawi jak na początek dorobek wcale pokaźny.

Z powstaniem stałej katedry i zakładu antropologicznego staje się zadość gorącemu niegdyś pragnieniu Kopernickiego, a wyprzedza tem Kraków wiele krajów Europy, nie mówiąc o Austryi, gdzie tylko Uniwersytet czeski w Pradze posiada oddzielną katedrę antropologii; w Niemczech są katedry w Berlinie, Monachium i Fryburgu; Paryż tylko posiada szkołę i pracownię antropologiczną z dyrektorem i 10 profesorami, oprócz tego jest oddzielna katedra w Muzeum historyi naturalnej; w Anglii są katedry w Oxfordzie, w Cambridge i Dublinie; we Włoszech w Rzymie, Neapolu i Florencyi; w Portugalii w Coimbrze; w Szwajcaryi w Zurychu, Bazylei i Łozannie; w Stanach Zjednocz. Ameryki dwie katedry w Nowym-Yorku w Columbia University i w Instytucie patologicznym, a w południowej Ameryce w Limie.

Wyliczyliśmy tu tylko stałe katedry antropologii, nie wspominając o tych uniwersytetach, w których wykłady antropologii prowadzą czasowo docenci prywatni lub profesorowie przedmiotów pokrewnych. Z tego ogólnego poglądu wynika, że antropologia nie uzyskała dotąd jeszcze szerszego obywatelstwa w szeregu nauk, jak na to zasługuje. Tymczasem wiedza antropologiczna ma nietylko na celu pogłębienie wykształcenia fachowego, lecz i oświecenie szerszych kół społecznych i dlatego w przyszłości z pewnością stanie się przedmiotem, wchodzącym w program średnich zakładów naukowych. Może ona znaleźć zastosowanie dla celów praktycznych w stosunkach handlowych, politycznych, lub podróżniczych, przy zetknięciu z ludami europejskimi i pozaeuropejskimi, oraz dla rozszerzenia widnokręgów naszych, ażeby człowiek cywilizowany widział w przedstawicielu człowieka innego plemienia, krwi i rasy — współbrata, co pogłębiłoby niezawodnie nasze pojęcia altruistyczne więcej, niż wszelki suchy moralizatorski dogmatyzm.

W uniwersytetach wprowadzenie antropologii stało się niezbędne. W Niemczech postanowiono zakładać przy uniwersytetach katedry i zakłady antropologiczne z całym zasobem naukowych materyałów i zbiorów.

W zakładzie oprócz profesora — dyrektora zakładu powinno być kilku asystentów.

Celem pierwszym naszego zakładu powinno być przedewszystkiem zbadanie ludów Polski etnograficznej, jak również kolonii naszych, rozproszonych wszędzie, stanów i zawodów, dalej ludów pobratymczych wchodzących w skład dawnej historycznej Polski, Litwy i Rusi, antropologicznie z nami spokrewnionych; wiadomo bowiem, ile krwi naszej wsiąkło do ziem wschodnich i odwrotnie, ile cech fizycznych i duchowych od nich zapożyczyliśmy, które to połączenie duchowych właściwości dało nam tylu geniuszów, talentów i wreszcie pracowników na różnych polach pracy społecznej. Nie mniej domagają się bliższego zbadania wciąż znikające szczątki przedhistoryczne, spoczywające w ziemiach naszych.

---

[1]) Życiorys zmarłego pomieściłem wówczas między innemi w »Niwie« (Warszawskiej) i bawiąc wówczas w Petersburgu, na prośbę znanego etnografa prof. Włodz. Łamańskiego, w »Izw. Imp. Rus. Geogr. Obszczestwa«.

[2]) Czuję się w obowiązku złożyć serdeczne podziękowanie: Oddziałowi Troicko-Rawsko-Kiachtyńskiemu Cesarsk. Geograf. Towarz. za cenną kolekcyę medycyny tybetańskiej, Ks. Wł. Mich. Zaleskiemu arcybiskupowi Tebańskiemu, Delegatowi Apostol. Ind wsch. za kolekcyę pięknych rycin typów aborygenów Ceylonu, Prof. Dr Z. Łaskawskiemu w Genewie za jego wspaniały atlas anatomiczny, p. M. Rutot, Człon. Akad. Um. i Dyrekt. Muzeum histor. naturalnej w Brukseli za kolekcyę eolitów Francyi i Belgii (146 okaz.) i pełną swą bibliografię, pani M. Molleson kustoszowi Muzeum w Troickosawsku za modele kołysek i inne przedmioty kultu wschodniego, Dr. J. Czekanowskiemu kustoszowi Muzeum etnograficznego w Petersburgu za modele gipsowe i fotografie pigmejów afrykańskich, p. B. Piłsudzkiemu za fotografie typów wschodnich i innym.

W krajach, szczęśliwszych od nas, oprócz zakładów uniwersyteckich powinna być w każdem państwie utworzona instytucya naukowa centralna na wzór północno-amerykańskiej »Smithsonian Institution« lub francuskiej »École d'antropologie«, zostającej w kontakcie z uniwersytetami, dla korzyści samej nauki, gdyż może żadna z gałęzi wiedzy nie posiada tylu punktów stycznych z innemi naukami wszystkich kierunków, co antropologia. U nas jedyny zakład antropologiczny Uniwersytetu Jagiellońskiego oprócz pracowni przy Muzeum przemysłu i rolnictwa w Warszawie, wobec swego położenia i obszaru zająć ma wyjątkowe znaczenie. Ma on cel dwojaki: nietylko rozwój studyów naukowych przez podtrzymywanie i popieranie usiłowań jednostek, lecz i rozbudzenie zainteresowania ogółu społeczeństwa wnioskami, wynikającymi z badań nad historyą naturalną człowieka.

Szekspir a medycyna sądowa.

Zestawił

Leon Wachholz.

»Miło, gdy piękną treść piękny wierzch kryje,
I tem wspanialsza, tem więcej jest warta,
Złota myśl w złotej oprawie zawarta«.
(Romeo i Julia).

Pisano już wiele o Szekspirze jako o skończonym teologu, znakomitym prawniku [1]), niepoślednim ornitologu, entomologu, botaniku, a przedewszystkiem o psychiatrze, który jako wielki znawca duszy ludzkiej umiał ująć objawy zaburzeń umysłowych w jednolite typy chorobowe, w trzy wieki dopiero po nim przez naukę ścisłą wyodrębnione i rozpoznane. Pomijam już prace o znajomości muzyki i filozofii u Szekspira, zaznaczyć jednak muszę, że w latach ostatnich rozpatrzono także jego głęboką znajomość kryminologii, w szczególności znajomość duszy zbrodniarza [2]). Stąd już jeden krok do medycyny sądowej.

Już jeden z największych naszych wielbicieli Szekspira, ś. p. Prof. Halban w pismach swych i wykładach powoływał się na zdanie wielkiego poety, którego zasadą było przedstawiać ludzi i rzeczy, jak one są, z rzeczywistości krzesać potęgą swego geniuszu ożywczy i niczem, tylko prawdą tchnący ogień przeczystej poezyi. Wziąwszy sobie za zadanie przedstawić na scenie człowieka w jego przeróżnych przejawach życiowych, nie mógł Szekspir pominąć i niepominął tych z pośród wielu, których badaniem i śledzeniem zajmuje się medycyna sądowa. I stąd tych kilka uwag, które z tego stanowiska są może pierwsze odnośnie do stosunku wielkiego syna Albionu do medycyny sądowej.

Bezcenne są wprost sentencye, rozrzucone hojną ręką w Hamlecie i Romeu i Julii, które winny niezatarcie tkwić w pamięci znawcy lekarza w czasie, gdy opracowuje lub wygłasza swe sprawozdanie. I tak zdania »festina lente, zdradne są kroki za spiesznie podjęte« (Romeo i Julia akt II scena III) i »trzeba nam ważyć słowa, inaczej igraszka ich wystrychnie nas na dudków« (Hamlet akt V. Scena I.), gdyby były zawsze w pamięci znawcy, uchroniłyby go nieraz przed pomyłką dla niego nie zaszczytną, a w skutkach dla sprawy zawsze doniosłą. Devergie radzi znawcy mieć w czasie dochodzeń zamknięte uszy, a otwarte oczy, — Szekspir przeciwnie i nie bez słuszności powiada »miej zawżdy ucho otworem«, a w zgodzie z aforyzmem Brouardela, by znawca do czasu miał zamknięte usta, dodaje »ale rzadko kiedy otwieraj usta«, — »nie bądź skorym myśli wprowadzać w słowa« (Hamlet akt I. scena III). Z drugiej jednak strony, ganiąc nieopatrzny pośpiech, ostrzega Szekspir zarazem przed brakiem stanowczości i wahaniem, gdyż »przedsiębiorczości hoża cera blednie pod wpływem wahań i zamiary pełne jędrności, zbite z wytkniętej kolei, tracą nazwisko czynu« (Hamlet akt III. Scena I.).

Poprzestając na wymienieniu kilku tylko aforyzmów, jako najwięcej ogólnie stosownych dla znawcy, muszę zaznaczyć, że w dramatach swych porusza Szekspir zagadnienia, z całokształtu medycyny sądowej zaczerpnięte, a to nawet zagadnienia, dopiero obecnie wyłonione i roztrząsane. I tak zna on i omawia sprawę śmierci pozornej i sposoby odróżnienia jej od śmierci rzeczywistej. Na prośby Julii wręcza jej O. Laurenty flaszeczkę z płynem, po którego wypiciu, jak ją objaśnia, »wnet po wszystkich żyłach cię przebiegnie usypiający dreszcz, który owładnie wszelką żywotną funkcyą, wszystkie pulsa wstrzymają w tobie swe zwyczajne bicie; ni dech. ni ciepło nie wskaże, że żyjesz. Róże ust twoich i policzków zbledną, jak popiół, oczu zasłony zapadną, każdy twój członek pozbawiony władzy zdrętwieje, zstęgnie, zziębnie jak u trupa«. Czy może być dokładniejszy i z rzeczywistością zgodniejszy, a mimo to równie poetyczny opis stanu zamartwiczego? A jeżeli wywołanie go na przeciąg określonych przez Szekspira 42 godzin zapomocą przetworu trującego jest już podyktowane dowolnością poetycką, to z drugiej strony wiemy, że stany takie można wywołać środkami narkotycznymi.

Sprawę odróżniania śmierci rzeczywistej od pozornej porusza Szekspir w Królu Learze. Nieszczęśliwy król, trzymając w rękach martwą Kordelię, powiada: »Już po niej! umiem ja rozpoznać, kto żyje, a kto trup; z niej już trup tylko. Może się mylę. Podajcie zwierciadło; jeżeli jej oddech na jego powierzchni zostawi jaki ślad, to jeszcze żyje«. Aczkolwiek podany przezeń sposób jest wielce zawodny i o zawodności jego musiał wiedzieć ten, który, tak dokładnie określając śmierć pozorną, zaznacza, że »dech nie wskaże, że żyjesz«, ustęp ten dowodzi przecież, że sprawa odróżnienia śmierci od zamartwicy nie była Szekspirowi obcą.

W Hamlecie w scenie cmentarnej rozpatruje Szekspir sprawę rozkładu ciała ludzkiego w ziemi. Zdaniem jego »jeżeli człowiek nie gnił przed śmiercią (co się w tych czasach często zdarza; mamy bowiem ciała, które pod tym względem nie czekają, aż się je w ziemię włoży), to może przeleżeć ośm lub dziewięć lat. Garbarz przeleży lat dziewięć, bo mu jego rzemiosło tak wygarbowało skórę, że kawał czasu może wodę wstrzymać; a woda jest straszliwą naszych ciał niszczycielką«. Zatem Szekspir znał już wpływy wewnętrzne (zakażenie za życia powstałe) i zewnętrzne (wpływ wody), które przyspieszają rozkład gnilny zwłok.

Sprawę zbiegu przyczyn śmierci rozpatruje w Juliuszu Cezarze. Z pośród 23 ran Cezara chce mieć tę za najprędzej śmiertelną, którą zadał mu Brutus, albowiem »był to cios ze wszystkich ciosów najdotkliwszy. Skoro albo-

wiem Cezar uczuł w piersiach sztylet Brutusa, niewdzięczność, silniejsza od ramion zdrajców, wraz go pokonała«. Zgodnie z lekarzem Antistiusem, który wedle Swetoniusza uważał drugą ranę piersiową za śmiertelną, zaznacza, że rana śmiertelna z ręki Brutusa mieściła się na piersi, atoli jako poeta uważa moment moralny, t. j. niewdzięczność, za czynnik śmiercionośny, pod wpływem którego »pękło mu serce«. Tak więc przyczyną śmierci Cezara byłaby rana kłuta w połączeniu z nagłem a silnem i przygnębiającem wrażeniem psychicznem. Z innych rodzajów śmierci gwałtownej wyróżnia Szekspir w swych dramatach śmierć z uduszenia, utopienia i przedewszystkiem z otrucia, podając znakomitą a wielce poetycką definicyę trucizny. Uduszenie omawia w części II. Króla Henryka VI. Warwik rozpoznaje gwałtowne uduszenie jako przyczynę śmierci księcia Gloster po przekrwieniu twarzy: »Twarz jego zasię czarna i krwi pełna, oczy na wierzchu bardziej, niż za życia, patrzą tak strasznie, jak u zaduszonych«, gdy u »zmarłych w swoją porę« powłoki są wybladłe »bez krwi, gdyż wszystka do serca im zbiegła«. Bardzo trafnie ogląda się Warwik za śladami walki na ciele księcia, jako za dowodem gwałtu mu zadanego: »Włosy przylepione do prześcieradła, piękna, zawsze w ładzie ta broda jego tak dziś potargana, jak zboże lata powalone burzą«. O utopieniu mowa w Hamlecie (akt I. scena 1). Rozważa tu Szekspir dwie możliwości, najczęstsze w praktyce, t. j. utopienie przypadkowe i samobójcze.

Z pośród licznych trucizn, nad których bliższem określeniem się nie zastanawia, wspomina Szekspir w Hamlecie (akt IV. scena 7) o truciźnie, działającej jak np. kurara z pod skóry, t. j. o truciźnie takiej, »że gdy nóż, w niej umaczany, najmniej zadraśnie żyjącą istotę, nie ma środka, któryby potrafił uchronić ją od śmierci«. Romeo ginie od trucizny, która »mogła po wszystkich żyłach rozejść się odrazu i życie odjąć«, a określenie to odpowiada najlepiej związkom sinu. Pojęcie trucizny definiuje Szekspir przez usta ojca Laurentego (Romeo i Julia akt II. sc. 3), który o świcie zbiera »w koszyk z sitowia, roślin tak zbawczych jak zgubnych dla zdrowia«, gdyż »moc to pełna cudów, co się mieści w sokach ziół, krzewów, w martwej kruszców treści. Bo niema rzeczy tak lichych na ziemi, aby nie mogły stać się przydatnemi, ni tak przydatnych, aby miasto służyć, nie zaszkodziły pod wpływem nadużyć. W mdłym kwiatku, w ziółku jednem i tem samem ma nieraz miejsce jad wespół z balsamem, co zmysły razi i to co im sprzyja«.

Znane jest Szekspirowi złudne zewnętrzne podobieństwo dwojga osób. I tak w »Komedyi z pomyłek« obaj Antyfole i Dromiowie, jako bliźnięta, nie dają się od siebie odróżnić, toż samo wprowadza Szekspir złudne podobieństwo między Sebastyanem a jego siostrą Wiolą w »Wieczorze trzech króli«. Stwierdzone w rzeczywistości złudne podobieństwo dwojga nawet obcych sobie osób skłoniło Bertillona[3]) do poszukiwań za innemi cechami, któreby dozwoliły stwierdzić tożsamość osoby. W »Królu Janie« (akt. I. sc. 1), rozpatruje Szekspir dopiero niedawno przez proces hrabiny Kwileckiej nasunięty i przez Strassmanna[4]) poraz pierwszy opracowany problem podobieństwa dziecka do rodziców w przypadkach wątpliwego jego pochodzenia; królowa Eleonora dopatruje się w bękarcie »zarysu twarzy Lwiego-Serca. I dźwiękiem głosu z nim coś spokrewniony«. Spostrzega także ślady swego syna »w szerokich jego członkach i budowie«. A także i króla Jana »oko porównywa to podobieństwo« do Ryszarda. Łącznie z tem rozpatruje Szekspir w zgodzie z zasadami położnictwa sprawę legalności pochodzenia. Robert Fokonbrydż oświadcza odnośnie do pochodzenia bękarta, że »mój ojciec konając, stwierdził, że syn ten matki naszej nie był bynajmniej jego synem, lub w tym razie przyszedłby na świat w czternaście niedziel pierwej, niż trzeba«.

O uwiedzeniu mowa w Hamlecie. Jakże trafne a piękne są obrazowe słowa Laertesa do Ofelii:

»Robak zbyt często toczy dzieci wiosny,
Nim jeszcze pączki zdążyły otworzyć;
I kiedy rosa wilży młodość hożą,
Wpływy złośliwych miazm najbardziej grożą«.

Słowa te znakomicie dają się odnieść do obecnie coraz to częstszych, zwłaszcza po miastach, zgwałceń nieletnich dziewcząt. Brabancyo odnosi oddanie się Desdemony Ottelowi »do wpływu jakowychś mikstur na krew działających«, które młodość »o szał przyprawiają«. Jakkolwiek obecnie nie znamy środków, któreby w istocie zasługiwały na miano »aphrodisiaca«, mimo to ogół nie-lekarski w istnienie ich dotąd jeszcze wierzy. Wspomina także Szekspir o usiłowanem zgwałceniu Mirandy przez Kalibana (Burza akt I. sc. 2), postać anormalną, matołectwem dotkiętą (od tej postaci nazwał Lombroso podobny typ kretynizmu »kalibanizmem«), a tem obwinieniem Kalibana o usiłowane zgwałcenie dowiódł Szekspir, jak dalece znaną mu była kryminologia matołków. Doświadczenie bowiem uczy, że do najczęstszych przestępstw, za które matołectwem dotknięci stają przed sądem, należą przestępstwa płciowe, zwłaszcza zgwałcenie.

Nader trafnie określa Szekspir sprawę zniesionej poczytalności. Oto Hamlet (akt V. sc. 2), prosząc Laertesa o przebaczenie za zabicie ojca i śmierć siostry, oświadcza, »iż to, co uczynił, nie było niczem innem, jak szaleństwem. Czyliż to Hamlet skrzywdził Laertesa? nie, Hamlet bowiem nie był samym sobą. Skoro więc Hamlet nie sam był krzywdzącym, więc Hamlet temu nic nie winien. Któż więc temu winien? Jego szaleństwo. W takim razie Hamlet sam raczej także został pokrzywdzony; szaleństwo jego było jego wrogiem«. Innymi słowy stwierdza tu Szekspir, że w obłąkaniu zachodzi zmiana psychologicznej osoby, która za czyny swe, wynikłe z pobudek chorobowo zmienionej psychiki, odpowiadać nie może.

W końcu godne uwagi jest dowcipne wykrycie symulacyi ślepoty u Simpcoxa przez ks. Gloster (Henryk VI. Część I. akt II. sc. 1) i stanowcze oświadczenie się Szekspira za utrzymaniem kary śmierci, gdyż »kto śmierć zadał, słuszna, by śmiercią za to odpowiadał«. (Romeo i Julia akt III. scena 1).

Literatura: 1) Kohler: Shakespeare vor dem Forum der Iurisprudenz. Würzburg 1883. — 2) Goll: Verbrecher bei Shakespeare. Stuttgart 1908. — 3) Gerichtliche Photographie. — 4) Das Problem der Ähnlichkeit in der gerichtl. Medicin. Viertejschr. f. g. M. 1911. Bd. 41.

Znaczenie salwarsanu w leczeniu rozlanego miąższowego zapalenia rogówki.

Podał

Bolesław Wicherkiewicz.

Jako jeden z pierwszych, którzy stosowali środek wprowadzony przez Ehrlicha, w chorobach oczu na tle kiłowem, doświadczałem bardzo często wprost znakomitego w skutkach działania tego środka. Zastanawiałem się więc, czy ten środek może mieć również jakąś wartość w leczeniu wrodzonego zapalenia miąższowego rogówki, — choroby, która, jak wiadomo, daje naogół dobre rokowanie co do powrotu wzroku, lecz długo pozostawia chorego pod tym względem w niepewności, a często powoduje bolesny niepokój rodziców. Wszystko, co wiemy dotychczas o leczniczem działaniu salwarsanu, upoważniało nas do mniemania, że działanie to równie dobrze objawiłoby się w leczeniu powyższej choroby rogówki, a jednak jeśli badania dotychczasowe wystarczają do wyrobienia sobie sądu odnośnego, doznajemy pod tym względem zawodu.

Zdaje mi się więc, iż należy rozpatrzeć tę sprawę dokładniej, aby stwierdzić raz na zawsze, czy salwarsan, chwalony może więcej, niż na to zasługuje, ma jakiekolwiek znaczenie w leczeniu zapaleń rogówki na tle swoistem czy nie. Liczni badacze przeczą temu, wobec czego należy niewątpliwie w razie potwierdzenia tej opinii zbadać przyczynę bezskuteczności salwarsanu w ich ręku. Czy obwiniać sam środek, czy nieodpowiedni sposób jego stosowania? Może wreszcie rogówka nie jest podatnym gruntem do tego rodzaju leczenia?

Zanim odpowiemy na to pytanie, pozwolę sobie choć w kilku słowach streścić to, co w tej sprawie dotychczas inni badacze wykazali — a następnie zdam sprawę z moich własnych spostrzeżeń.

Pierwszym, który stosował salwarsan przeciw zapaleniom rogówki, był sam Hata, któremu przypadło w udziale współpracownictwo z Ehrlichem. — (Ehrlich — Hata: Die experimentelle Chemotherapie der Spirillosen. Berlin 1910). Udało mu się w przypadku sztucznie wywołanego zapalenia rogówki wywołać znaczne polepszenie, które wystąpiło w kilka dni po wstrzyknięciu salwarsanu w ilości 0·006 na 1 kg wagi do żyły, a po 2 tygodniach rogówka była zupełnie czysta.

Podobny wynik otrzymał w swoich doświadczeniach Igersheimer (München. med. Wochenschrift N. 51. 1910). Spostrzegał on równocześnie, że naczynia krwionośne zwężają się silnie pod wpływem działania tego środka. W tym samym artykule przytacza ten autor 3 przypadki miąższowego zapalenia rogówki, gdzie salwarsan nie wywołał żadnego polepszenia, pomimo, że odczyn Wassermanna uprzednio bardzo dodatni, wypadł ujemnie. — Treupel, Elschnig, Neisser, Uhthoff, Lindenmeyer, Schanz, Sauermann, Wechselmann i inni w przypadkach leczonych salwarsanem nie spostrzegali żadnego lub prawie żadnego polepszenia.

Nacht z kliniki Froelicha w Berlinie podaje również wyniki bardzo mało zachęcające. Igersheimer, jak również Lindenmeyer, spostrzegali zmniejszenie się światłowstrętu, jednakże pierwszy z nich nie przypisuje tego zjawiska jedynie salwarsanowi. — Prócz powyższych są i inni badacze, chociaż mniej liczni, którzy korzystniej wyrażają się o salwarsanie. I tak Glueck zauważył u osoby 25-letniej pewne wyjaśnienie się rogówki na 3-ci dzień po zastosowaniu salwarsanu, lecz rogówka pozostawała zmętniona jeszcze przez 3 tygodnie. Fraenkel i Grouven leczyli dziecko 10-letnie, u ktorego rogówka poczęła się wyjaśniać na obwodzie zaraz po śródżylnem wstrzyknięciu. Również Machek (ze Lwowa) wspominał w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem o dobrem działaniu salwarsanu.

Może być, że nie wymieniłem wszystkich badaczy, którzy się zajmowali sprawą leczenia chorób ocznych salwarsanem, ale zdaje mi się, że dałem zupełnie wystarczający ogólny pogląd na znaczenie salwarsanu w tym kierunku. Przyznać trzeba, że to, co wiemy, nie jest zbyt zachęcające.

Jeśli daję wyniki szczegółowsze z mych własnych spostrzeżeń, to dlatego, że ilość przypadków, osobiście przezemnie spostrzeganych, jest nieco większa, a jakość ich rozmaitsza. Ograniczę się jednak w przytaczaniu historyi chorób tylko do najważniejszych punktów. Już od lipca roku zeszłego leczyłem różne choroby oczne zapomocą salwarsanu, — często z bardzo dobrym skutkiem, lecz dopiero od początku roku szkolnego 1910/11 miałem sposobność zastosowania nowego środka przy miąższowem zapaleniu rogówki na tle kiły; przypadki te przytaczam w chronologicznym porządku.

1. M. A. lat 23, z Królestwa Polskiego. Rozpoznano keratitis parenchymatosa syphil. oc. utr. Chory cierpi od szeregu lat na utratę wzroku i słuchu. Nie mogąc odzyskać ani jednego ani drugiego, mimo różnorodnego leczenia, zgłosił się do mnie 2/11. — Rogówka zmętniona z bardzo nielicznemi, a głębokiemi naczyniami. — V. p. o. palc. $1^1/_2$ m. L. o plc. 2 m. Od. W.: dodatni. 11/11 wstrzyknięcie salwars. w pośladki 0,5, 14/11 polepszenie podmiotowe. 22/11 V. p. o. plc. $3^1/_2$ m. l. o. plc. $2^1/_2$ m. Głuchota stała się słabszą. 25/2 bystrość lewego oka dochodzi do 3 m. Alb. 2.6 Wasserm. lekko dodatni.

Drugie wstrzyknięcie podskórne 0,5 w glicerynie podnosi jeszcze bystrość wzroku, pomimo, że rogówka wyjaśnia się tylko na obwodzie, a środek pozostaje zmętniony. Żadnego odczynu miejscowego, żadnego prawie bolu. 24/1 O. W. dodatni. Wstrzyknięcie podspojówkowe sinku rtęci; wewnętrznie podawano mergal, który wkrótce przestano stosować z powodu zaburzeń żołądkowych. 27/1 wstrzyknięcie salwarsanu na glicerynie podskórnie 0,3. Żadnego miejscowego odczynu nie było, a rogówka zdaje się dalej wyjaśniać. — 10/2 Od. Wass. dodatni. 12/2 Mergal., a od 15/2 wstrzyknięcia podspojówkowe sinku tręci (hydrarg. oxycyan.). W oczach stan bez zmiany. 3/3 Od. Wass. dodatni. 6/3 wstrzyknięcie salwarsanu śródżylne 0,2.

Każde zastosowanie salwarsanu chory dobrze znosił, bez odczynu miejscowego i ogólnego. Brak gorączki i zaburzeń ze strony serca, brak rumienia itd. Lecz oczy pozostają na pozór mało zmienione. Wprawdzie plamy więcej wysycone wyjaśniły się na obwodzie, co było można łatwo stwierdzić, leczb ystrość wzroku pozostała niezmienioną tak, że chory liczył palce do $4^1/_2$ resp. 4 m. i czytał Alb. 2,3 resp. 4.8. W takim stanie wypuściłem go ze szpitala, przepisując mu dioninę i ferrojodlecytynę. W danym przypadku jeszcze zauważam niestosunek bystrości wzroku na bliską i daleką odległość, ale to zjawisko daje się łatwo wytłómaczyć rozpraszaniem światła przez zmętnioną rogówkę.

2. R. D. 39 lat, zamężna, bezdzietna, nie roniła. Zgłosiła się do mojej kliniki 10/X 1910, skarżąc się na utratę wzroku od 8 lat trwającą. Leczyła się w szpitalu św. Łazarza w różnych czasach, lecz od trzech lat wzrok pozostaje niezmieniony. W. o. pr. $^1/_2$ W. l. o. palce 20 cm. Śladów przebytej kiły niema. Prawa rogówka porcelanowo-biała, tak że poza nią nic nie widać. Rogówka lewa zmętniona na całej przestrzeni, lecz daleko mniej i widać w niej kilka naczyń głębokich. Od. W. dodatni. 29/11 wstrzyknię-

cie salwarsanu 0.6 śródmięśniowe, bezbolesne, bez gorączki i bez odczynu ogólnego. 7/12. W. o. pr. = ruchy ręki. o. l. = palce na 2 m. 20/12 Od. W. ujemny. To samo 13/2 1911 r.

Ponieważ nie było już skutku po salwarsanie, przepisałem ciepłe kompresy i wkraplanie fibrolizyny do worka spojówkowego. W tym czasie rogówka prawa straciła trochę z porcelanowego wyglądu, stała się już nieco przeźroczysta na obwodzie.

Ponieważ chora znosiła wstrzykiwania bez bolu, więc chociaż Od. Wass. był ujemny, zastosowałem jeszcze wstrzyknięcie trzecie, tym razem podskórne, które chora zniosła również bardzo dobrze. W kilka dni później mogłem stwierdzić, że rogówka lewa wyjaśniła się przy dolnym brzegu tak, że można było tędy zobaczyć tęczówkę, a nawet źrenicę brzegiem przyrośniętą i pomimo atropiny nie rozszerzającą się. — Poleciłem chorej zgłosić się po pewnym czasie dla przekonania się, czy polepszenie dalej postępuje [1]).

3. P. P., lat 11, przyjęty do kliniki 23/X. 1911. r. z powodu obustronnego zapalenia rogówki rozlanego i punkcikowatego. Żadnego śladu kiły, ale odczyn Wassermanna dodatni, Moro ujemny. W. = o. pr. 6 m., o. l. = 5 m. 28/10. wstrzyknięto podskórnie 0.3 salwarsanu. Bolesność dość znaczna. W miejscu wstrzyknięcia rumień i naciek. Chory na ogół nie czuje się lepiej, a jednak rogówka wyjaśnia się na obwodzie. 8/11 badanie wzroku wykazuje polepszenie dość znaczne, mianowicie: o. p. 4/20. o. l. = 4/20. a 15/11. nawet 6/20. Zmętnienia rogówki znacznie mniejsze, plamy zaledwie dostrzegalne. Wziernikiem po raz pierwszy można widzieć dno obu ócz prawidłowe.

4. C. A. 18 l., przyjęta 9/12. 1910. Ojciec zamordowany. Matka roniła 3 razy. Chora miała wrzody na nogach, będąc jeszcze małem dzieckiem. — Zresztą zawsze zdrowa. Cierpi na oczy już od trzech miesięcy Silny światłowstręt, łzawienie, a w chwili, gdy usiłowano otworzyć jej oczy — ciągłe kichanie. Bardzo znaczne objawy kiły nabytej. Od. W. dodatni. Rogówki na całej przestrzeni zmętnione i pokryte głębokiemi i powierzchownemi naczyniami. Miesiączkowanie skąpe co 3 miesiące, virgo intacta, vulvitis, uterus infantilis. Chora — nie mogąc otworzyć oczu, — nic nie widzi. Słuch również silnie osłabiony. Rozpoznanie: Kerat. parench. vasculosa congenita syphilit. oc. utr. Stosowano ciepłe okłady, atropinę bez żadnego skutku. 15/12. wstrzyknięto w pośladki salwarsan, 0.6 w zawiesinie alkalicznej. Chora zniosła wstrzyknięcie bardzo dobrze, bez bolu, bez ogólnego odczynu; ciepłota prawidłowa. — 19/12. kichanie i światłowstręt znacznie mniejsze. Naczyń w rogówce mniej i źrenice zaczynają przebijać. Chora nic prawie jeszcze nie widzi, a z chwilą przedłużenia badania zaczyna znowu kichać. — 30/12. Od. Wasser. ujemny, także 14/1. 1911. Stan ogólny znakomity. Chora czuje się silniejsza, tyje, a twarz jej kwitnąca, słuch lepszy, tak że nie potrzeba podnosić głosu, stawiając pytania; chora może swobodnie patrzeć. Rogówki mniej unaczynione, ale jeszcze mętne. Stosowano w dalszym ciągu ciepłe okłady, atropinę, dioninę, — wzrok atoli nie poprawia się. Zmętnienie rogówek słabsze, zwłaszcza w dolnym odcinku i na obwodzie; w środku nie zmienia się. — 6/10. Od. Wass. dodatni. — Wstrzyknięcie podskórne 0.3 zawiesiny alkalicznej salwarsanu bez odczynu. 21/2. Od. Wass. ujemny. Przy zwykłem oświetleniu zmętnienie na obwodzie zdaje się być słabszem, a w środku i dolnym odcinku rogówki utrzymuje się silniejsze. Przy bocznem oświetleniu można rozpoznać niteczkowate zmętnienia, biegnące od obwodu środkowego bielmowatego zmętnienia w głębszych warstwach rogówki ku obwodowi. Część obwodowa zresztą dość wyraźnie pozwala widzieć tęczówkę i źrenicę, która pozostaje bardzo zwężona prawdopodobnie z przyrośniętym brzegiem, z powodu czego chora zaledwie rozróżnią ruchy ręki.

Przepisano: wstrzykiwania podspojówkowe sinku rtęci (hydrarg. oxycyan.) z akoiną, ciepłe okłady, atropinę ze skopolaminą, wewnętrznie: merjodynę. Wyjaśnienie rogówki postępuje jednak bardzo powoli. Źrenice pomimo środków rozszerzających nie zmieniają się. V. palce $^1/_2$ m. 11/3 Od. W. dodatni znowu, ale zmętnienia obu rogówek zmniejszają się widocznie. W. p. o. plc. 25 cm, l. o. plc. 1 m. 1/4. Wykonano na oku prawem irydektomię prawidłowo. Bystrość wzroku podnosi się: plc. 3 m. 14/4. W. o. p. 3 m, l. o. plc. 2 m (bez irydekt.). Słuch powrócił prawie zupełnie [2]).

5. R. E. 10 lat. Lues congenita. Leczony przed rokiem z powodu miąższowego zapalenia prawej rogówki. Przyjęty 26/11. 1910 r.. gdyż cierpi od 2 tygodni na silny światłowstręt w oku lewem. Rozpoznano: Kerat. parench. vasc. o. s. Sprawa posuwa się od dołu ku środkowi. $V = \frac{1}{\infty}$. Od. W. dodatni. Odczyn Moro dodatni. 3/12. wstrzyknięto w pośladki 0.35 salwarsanu w glicerynie, bez żadnego znaczniejszego odczynu i bolu. Krwawienie z nosa dość znaczne. Wkrótce po wstrzyknięciu salwarsanu zmętnienie rogówki szybko ustępuje. Szczególniej światłowstręt znika prawie natychmiast. Chory opuścił klinikę 10/1. 1911 r., mając W. = p. o. = 6/36 sn. 2.25, l. o. = 6/18. sn. 1·5.

6. D. A. 12 l. przyjęty 4/2. 1911. Rodzice leczeni rtęcią z powodu kiły. Dziecko bardzo często podlega różnym chorobom oczu od roku, a ostatnio leczone we Lwowie z powodu zapalenia rogówki lewego oka rtęcią. Odczyn Wass. u dziecka i u rodziców dodatni. Rozpozn.: Kerat. parench. vasc. recens oc. dextr., opacitates corneae et kerat. parench. recidivans o. s. W. o. p. = 6/12, l. o. = plc. 1 m. Opht. p. o dno prawidłowe, l. o. dno we mgle. Zmętnienie rogówki postępuje ciągle, a wzrok znacznie słabnie. 8/3. wstrzyknięto 0.3 zawiesiny alkalicznej salwarsanu podskórnie bez odczynu. 9/2. okolica wstrzyknięcia nieco bolesna. Światłowstręt i unaczynienie rogówek zmniejsza się. W prawem oku zmętnienie postępuje nieco, podczas gdy w drugiem oku słabnie. Bystrość wzroku na oku prawem upada, na lewem zaś podnosi się, mianowicie: W. o. p. 6/24, o. l. plc. 2 m. Ponieważ rogówki nie wyjaśniają się więcej pomimo ciepłych okładów, atropiny, przepisałem wstrzyknięcia podspojówkowe sinku rtęci. Próba odczynu Wass. powtórzona kilkakrotnie, daje wynik: 4/2 dodatni, 21/2 ujemny, 9/3. dodatni (+ 3), 17/3. dodatni (+ 3), 20/3. dodatni (+ 3).

Ponieważ utrzymywał się odczyn Wass. dodatni, przeto chory miał otrzymać wśródżylne wstrzyknięcie salwarsanu, lecz skutkiem zagrubej igły nie udało się tym sposobem zastosować go i wstrzyknięto salwarsan w rozczynie wodnym podskórnie w ilości 0,2.

Zmętnienie rogówek zmniejsza się widocznie, oczy prawie bez podrażnienia, a bystrość wzroku podnosi się. I tak 31/3 W. o. p. = 6/12 Sn. 5 c + 4 D, o. l. plc. 2,5 m. Poleciłem stosować w dalszym ciągu wstrzykiwania sinku rtęci (hydr. oxycyan.), atropinę i ciepłe okłady.

7. J. J., l. 8, przyjęty 27/2. 1911. Oko lewe boli chorego od 4 tygodni. Leczony nie był. Rodzice nie przyznają się do zakażenia kiłowego, które z wywiadów jednak okazuje się prawdopodobnem. Mały chory śladów kiły nie ma. Odczyn Moro ujemny; odczyn Wass. dodatni (+ 3). Rozpoznano: Kerat. parenchym. diff. o. s. $W. = \frac{1}{\infty}$.

Wstrzyknięto śródmięśniowo zawiesinę alkaliczną salwarsanu w ilości 0.3. Nazajutrz nie stwierdzono u chorego żadnego bolu, ani odczynu. Z powodu świerzbu odesłany został chory na oddział chorób skórnych szpitala św. Łazarza, skąd powraca 8/3. Przy badaniu daje się zauważyć znaczne zmniejszenie zmętnień rogówkowych, szczególnie

[1]) Które nie nastąpiło. Natomiast pod wpływem wielkich dawek jodu obie rogówki wyjaśniają się.

[2]) Chora chwilowo znowu w szpitalu. Rogówki nie zmieniły się, wzrok nie podniósł się. Wykonałem iridektomię na lewem oku z bardzo dobrym wynikiem. Od W. dodatni. Pod wpływem jodku sodowego rogówki obie wyjaśniają się.

w górnej części. Te zmętnienia stają się bardziej jednostajne, gdy natomiast przed wstrzyknięciem występowały w postaci plam. 11/3. stan mało zmieniony. 14/3, odczyn Wass. znowu dodatni (+3), polepszenie jednak postępuje i 31/3 zmętnienie tylko w dolnej części unaczynionej rogówki. W. = 6/36. a nazajutrz 6/18. 8/4, W. = 6/8. Alb. 0.5. Dno oka widoczne, prawidłowe. Skutek leczenia jest tak zadziwiający, że mogą nasuwać się wątpliwości, czy chodziło tu o zapalenie rogówki kiłowe, lecz z jednej strony wywiady, z drugiej dodatni odczyn Wassermana, a wreszcie sam obraz rogówki przemawiają za kiłą. Co zadziwia, to powrót dodatniego odczynu W., pomimo czego jednak polepszenie postępowało. Drugie oko przez cały przeciąg leczenia pozostawało bez zmian.

8. J. U. lat 9, przyjęta do mojej kliniki z kliniki chorób dziecięcych, gdzie leczono ją z powodu błonicy. Oko prawe boli chorą od trzech dni. Rozp. Keratit. diff. vasc. zajmująca dolnozewnętrzną część rogówki. Stosowano: ciepłe okłady, atropinę, żółtą maść rtęciową. Choroba postępuje jednak, a bystrość wzroku podupada tak, że dziecko rozpoznaje tylko światło, a gdy 4. IV. odczyn Wassermanna okazuje się dodatnim, stosuję 9. IV. i 14. IV. wstrzyknięcia podskórne 0.1 salwarsanu w glicerynie, a 18. IV. 0.03 śróżylnie w rozczynie wodnym. W owym czasie zacząłem stosować salwarsan w małych, ale częstych dawkach. Chora zniosła wstrzyknięcie bez bólu i bez większego odczynu ogólnego, 11. IV. można było zauważyć w rogówce mniejszą ilość naczyń. 22. IV. zaznaczono, że obwodowe części stają się czystsze, a powierzchnia przedstawia się jakby mniej nakłuta. Światłowstręt słabszy. W. pro. palce 30 cm. Salwarsan 0.1 w glicerynie pod łopatkę dn. 26/4. Już w dwa dni potem W pro. palce 1 i 1/2 metra, a zmętnienie rogówki o wiele słabsze, 12/5 już palce 4 m. Salwarsan w glicerynie w pośladki 0.03. 20/5 zaznaczono: Naczynia głębokie dość liczne ogarniają zmętnienie najsilniejsze w środku, ale zawsze już przeświecające tak, że przy wziernikowaniu widać dno oka wyraźne, prawidłowe, a W. pro. jak dawniej. OW. dodatni.

Gdy dalszej poprawy nie było, puszczono chorą do domu, przepisawszy atropinę. dioninę i mergal.

9. Z. M. 16 lat, kerat. diff. vasc. oc. utr., przyjęta 29/III. W. o. p. = plc. 30 cm. l. o. = plc. 20 cm. Odczyn Wassermanna dod. (+2) 31/III. wstrzyknięto śródżylnie 0.2 a podskórnie, 0.1 salwarsanu bez żadnego odczynu ogólnego i miejscowego. 3/IV. Zmętnienia obu rogówek zmniejszają się szczególniej na obwodzie. W o. p. = plc. 50 cm. o. l. = plc. 2 m. 8/IV. W. p. o. plc. 1 m l. o. = plc. 5 m. i tak w dalszym ciągu postępuje polepszenie. Chora co do oczu nie doznaje żadnych dolegliwości. Powoli rogówki wyjaśniają się. 13/V. W p. o. = 6/20 l. o. = 6/10. Dn. 14/V. wstrzyknięto znowu 0 1 salwarsanu podskórnie (wodnego rozczynu 25 gr.) W kilka dni później rogówki czystsze, w samym środku tylko przeświecające zmętnienie, a W. p. o. = wynosi 6/10 Albr. 1.1 l. o. to samo. Wziernik wykazuje dno oka prawidłowe. Polecono dioninę i atropinę.

10. Cz. S. lat 19, przyjęty 1/IV. Do kiły się nie przyznaje, w dzieciństwie często chorował. Oczy zawsze zdrowe. Przed trzema tygodniami rzekomo został uderzony kawałkiem żelaza w górną powiekę oka prawego, która się nieco zaczerwieniła. W tydzień potem zauważył, że tem okiem coraz gorzej widzi. Ponieważ zapalenie mimo leczenia nie ustępowało, zgłosił się do kliniki. Rozpoznałem: keratitis parench. diffus. avasc. oc. d. W = plc. 1 m. Gdy zwykłe leczenie pozostaje bez skutku i wykonane 4/IV. badanie odczynu Wassermanna wypadło dodatnio, wstrzyknięto podskórnie 0.2 salwarsanu w glicerynie, co chory zniósł bardzo dobrze. Nazajutrz rogówka wydaje się jaśniejszą. Wstrzyknięto podskórnie 0.2 jak wyżej. 19/IV. Ból w miejscu wstrzyknięcia, które jest lekko nabrzmiałe. W p. o. = palce 2 mt. Rogówka jaśniejsza, 20/IV. Odczyn Wassermanna dodatni.

Wstrzyknięto pod moją nieobecność 0.6 salwarsanu w rozczynie wodnym 150 gr. w l. pośladek. 26/IV. W p. o. 6/36 Albr. 2.00. W miejscach wstrzyknięć ostatnich obrzęki znaczne, bolesne, mianowicie w pośladku lewym. Światłowstręt i nastrzykanie rzęskowe słabsze. Nieliczne głębokie naczynia w rogówce. 12/V. W p. o. 10/12 Alb. 0.6 c. 4:25. Oko prawie bez podrażnienia tak, że chorego puszczono do domu, przepisawszy mergal.

11. G. R. lat 11 przyjęty 23/V. Wywiady co do rodziców czynią skazę przyrodzoną dziecka możliwą, ale nic pewnego dowiedzieć się nie można. Choruje od 3 tygodni, leczony w Dąbrowie. Rozpoznanie keratitis parenchym. vasculosa sin. W l. o. = palce 4 m. Odczyn Wassermanna bardzo dodatni, 23/V. wstrzyknięcie salwarsanu w pośladki, 0.3 rozczynu glicerynowego 6.6. W. l. o. = 6/36 Albr. 2. Zmętnienie rogówki znacznie słabsze. Odczyn Wassermana lubo słabiej, ale zawsze dodatni. Ponieważ oko mało podrażnione, dla braku miejsca puszczono chorego do domu z przepisami.

12. U. S. 13 l., przyj. 1/V. Chora od 8 tygodni leczona w Rzeszowie. Wywiady skazy kiłowej nie wykazują, dziecko także nie wygląda na kiłowe. Odczyn Wassermanna lekko dodatni. Rozpoznanie: keratitis parench. diffusa vasculosa. conjunctivitis granulosa oculi utr. Z początku leczono tylko objawowo środkami miejscowymi, później dawano mergal, ale gdy sprawa bardzo wolno postępowała, a na lewem oku waskularyzacya mało się zwiększała, wstrzyknięto 23/V. salwarsan w glicerynie 0.3 (3 cm sześ. w pośladki). Wstrzyknięcie bolesne, ale pod wpływem jodwasogenu powoli ból w pośladkach ustąpił. Sprawa rogówkowa znacznie się poprawiła, bo szybko cała rogówka lewego oka pokryła się naczyniami, które następnie dość szybko zaczęły znikać, odsłaniając, najprzód od dołu, rogówkę tak dalece, że można było już 7/VI. widzieć tęczówkę i część źrenicy dolnej. Odczynu Wassermanna okazał się ujemnym w d. 9/VI.

A teraz przejdźmy jeszcze do dwóch innych, w prywatnej praktyce spostrzeganych przypadków miąższowego zapalenia rogówki na tle kiły o typach odmiennych, w których i u rodziców skazę kiłową stwierdzono z całą pewnością i u dzieci były wybitne znamiona dziedziczności.

T. P., przyjęty 27/11 1910 r., z Rosyi. Dziecko 6-letnie, słabe, blade, źle odżywione, pomimo starań matki i dobrego powietrza na wsi. Dziecko przysłane do mnie przez okulistę miejscowego, który mimo odpowiedniego leczenia nie uzyskał żadnego wyniku i nie mógł opanować silnego światłowstrętu. Od wielu tygodni chory chowa oczy w poduszki lub w ramiona osoby pielęgnującej go. W chwili, gdy stara się je otworzyć siłą, występuje częste kichanie i łzawienie.

Udało się jednak stwierdzić, że rogówki całkiem były zmętnione, czerwone wskutek naczyń głębokich i powierzchownych. Ani na jednem ani na drugiem oku tęczówki nie widać. Odczyn W. u matki i u dziecka dodatni. 28/11 wstrzyknięto w pośladki salwarsan 0.175. w glicerynie. Już nazajutrz spostrzega matka, że dziecko otwiera po raz pierwszy na dłuższy czas oczy, a ja mogę bez użycia siły, bez pomocy rozwórek badać oczy i spostrzegam, że rogówki są mniej czerwone; kichanie się nie powtarza. Wstrzyknięcie salwarsanu wywołało silny i długotrwający ból tak, że dziecko nie może leżeć na prawym pośladku, w który wstrzyknięcie zrobiono. Ciepłe okłady, a następnie krótkie miesienie jodwasogenem usuwają te przykre skutki wstrzyknięcia. Równocześnie z każdym dniem stan oczów się polepsza, dziecko biega i nie boi się już lekarza. 6/12 spostrzegam, że zmętnienia rogówek tak dalece stały się słabsze, że łatwo można dostrzedz źrenice, które mimo atropiny pozostają zwężone. Matka zniewolona do powrotu z dzieckiem, dla pielęgnowania córki, chorej na jakąś ostrą chorobę, prosi, by powtórzyć jeszcze raz wstrzyknięcie, którego skuteczność była tak zadziwiająca. Zgadzam się i stosuję 0.2 salwarsanu w rozczynie alkalicznym

pod łopatkę. Odczyn miejscowy dość silny, lecz pod ciepłymi okładami i jodwasogenem ustępuje. Obwód rogówki staje się jaśniejszym, środek jeszcze bardzo zmętniony. Przekrwienie spojówek prawie ustąpiło. Apetyt powraca i dziecko lepiej odżywione dostaje rumieńców. 9/12 Matka wyjeżdża z dzieckiem, które skierowałem do miejscowego okulisty, przepisując atropinę, żółtą maść rtęciową, kąpiele, dobre odżywianie. Kolega ów odesłał mi po kilku tygodniach dziecko, nie widząc już żadnego dalszego postępu w przebiegu choroby; rogówki pozostają zmętnione tak, jak były po pierwszem wstrzyknięciu. Badając potwierdziłem to spostrzeżenie. Obwód wyjaśnił się, ale część środkowa obu rogówek okazuje się prawie bielmowatą, a przy bocznem oświetleniu widać, że źrenica oka lewego jest szersza od prawej. Dziecko nie liczy palców, wśród zmętnień rogówek widać miejsca bardziej wysycone, zresztą dziecko wesołe i dobrze wygląda. Skóra pod łopatką, w miejscu drugiego wstrzyknięcia jeszcze zaczerwieniona i widać tam małą przetokę, z której wydobywa się ciecz jasna surowicza. Badanie tej cieczy nie wykazuje żadnych drobnoustrojów, ani składników morfotycznych z wyjątkiem pewnej ilości limfocytów. Odczyn Moro ujemny. O. Wasser. dodatni. Na razie leczenie polegało na wstrzyknięciach podspojówkowych sinku rtęci (hydrarg. oxycya), atropinie i ciepłych okładach. Dodać wypada, że nawet w przeciągu tych kilku dni można było dostrzedz znaczny postęp w wyjaśnieniu się obu rogówek. Źrenice były widoczniejsze, a chłopiec liczy już palce w odległości 40—60 cm. Byłbym stosował to leczenie w dalszym ciągu, ale matka zgłosiła się wyłącznie na krótki czas dla zastosowania salwarsanu, nie mogłem więc odmówić. 16/2. Wstrzyknąłem 0.3 rozczynu alkalicz. w pośladki, a już w 3 godz. potem rogówki stały się jaśniejsze, co również zauważyła matka, która doskonale umie śledzić stan swego dziecka. 18/2. Matka odjeżdża z dzieckiem, by je pielęgnować w domu. —

Przechodzę do ostatniego przypadku drugiego typu. M. W., pomimo 8 lat drobna, wątła, zęby źle rozwinięte, ozena. Rodzice przebywali kiłę. Przed kilku tygodniami uderzyła się chora nad okiem prawem i odtąd okiem tem gorzej widzi, chociaż na oku tem matka zmian nie dostrzegła. Napozór też wyglądają oczy prawidłowo, jednak przy dokładnem badaniu widać na rogówce oka prawego znamienne zmętnienie, postępujące od dołu i zewnątrz ku środkowi. Nad zmętnieniem powierzchnia nierówna. Źrenica dobrze oddziałuje, okrągła, po atropinie rozszerza się prawidłowo. Wziernikiem widać dno we mgle, pomimo to dają się spostrzegać w kilku miejscach plamki białe na dnie oka. Lewe oko zewnętrznie prawidłowe. Wziernik: retinitis punctata albescens. W. o. p. $= {}^{10}/_{60}$ Hp 3 Sn. l, 25, o. l. = palce 9 m. Sn 3.0 L $= {}^{1}/_{40}$. Od. W. dodatni. Wstrzyknięto podskórnie 0,1 salwarsanu w glicerynie, $^{11}/_{4}$ miejsce wstrzyknięcia dość bolesne, zaczerwienione. Zmętnienie postępuje ku środkowi, ale na obwodzie mniejsze. Unaczynienia brak. $^{14}/_{4}$ zmętnienie posunęło się ku nosowi, a wyjaśnia się na obwodzie. Bystrość wzroku na prawem oku słabnie (plc 4—5 m) lo $= {}^{10}/_{30}$ Hp. 2,5 Sn. 1, 2 c + 7. Wstrzyknięto 0.1 salwarsanu w glicerynie, jak poprzednio. Polecono ciepłe okłady po wstrzyknięciu. 17/4 odczyn miejscowy bardzo silny. Cała środkowa część rogówki prawej zmętniona. Mimo to oko pozostaje prawie bez podrażnienia, a rogówka bez naczyń. Przepisuję atropinę, ciepłe okłady, mergal.

Matka z dzieckiem zgłasza się dopiero 7/6, sądząc, że nie prędzej wrócę do Krakowa. Cały ten czas od ostatniej bytności dziecko poddawano przepisanemu leczeniu. Badanie wykazuje, co następuje: W miejscach wstrzyknięcia podskórnego dwa guzy mało bolesne z lekko zaczerwienioną skórą nad nimi. Oczy pozornie nie podrażnione, bez światłowstrętu i łzawienia. Pro: Zmętnienie rogówki, zawsze jeszcze bez naczyń, słabe, zajmuje dolno-środkową część, gdy górno-zewnętrzna, pierwotnie zmętniona, wyjaśniła się. Obecnie wziernikiem można już dostrzedz dno oka i przekonać się, że i tu znajdują się znamienne białawe drobne punkciki na siatkówce, podobnie jak u lo, na którego rogówce pojawiło się zmętnienie świeże w zewnętrznym kwadracie. Wpro $^{10}/_{20}$ Hp. Sn. l. c. + 5 na 25 cm. Wlo: $^{10}/_{36}$ Hp. l. 5 Sn. 2.25 c + 1.5:15. Sprawa więc cofa się z oka prawego, a przechodzi na lewe. Odczyn W., który w dniu 8/4 był bardzo dodatni, pozostał takimże w dniu 7/6. Wstrzyknięcia powtórnego większej ilości salwarsanu zaniechałem, raz dlatego, że z prawego oka zmętnienie ustępowało i bez tego, a głównie dlatego, że matka z dzieckiem nie mogła pozostać, zaś wstrzyknięcia, nawet minimalne, sprawiały silny odczyn miejscowy. Poleciłem więc stosować to samo leczenie.

Na podstawie powyżej przytoczonych przypadków przekonujemy się, że salwarsan w przypadkach miąższowego zapalenia rogówek na tle kiły wrodzonej nie działa tak szybko, jak to czyni w innych chorobach kiłowych oczu, które leczyliśmy salwarsanem, a które stwierdzają nadzwyczajną wartość tego nowego środka. Nie zgadzam się atoli z tymi, którzy salwarsanowi odmawiają wprost znaczenia w leczeniu powyższej choroby ocznej. Nie da się bowiem zaprzeczyć, że: 1) salwarsan w ostrych postaciach tego zapalenia, o ile ono występuje z silnem unaczynieniem, zmniejsza prędzej, niż inne środki, światłowstręt, ścisk powiek i zbyt gwałtowne unaczynienie; 2) zmętnienie rogówek ustępuje przedewszystkiem od obwodu; 3) po pewnym czasie polepszenie nie robi postępów, a nowe zastosowanie salwarsanu niewiele posuwa sprawę naprzód; 4) należy wtedy zastąpić ten środek innymi, które są ogólnie w użyciu, jako to: kąpiele, ciepłe okłady, dionina, miesienie, jod a nawet rtęć, bez której zresztą zazwyczaj obejść się można. Pomijając więc znaczną skuteczność salwarsanu opanowującego ciężkie stany zapalenia, zgadzam się z tymi, którzy nie zachwycają się salwarsanem w leczeniu rzeczonego zapalenia rogówki, zupełnie temu środkowi jednak skuteczności nie odmawiam. Prawda, jak zawsze, leży pośrodku: salwarsan pomaga nam usuwać lub łagodzić poważne objawy ostrego zapalenia rogówki, a niekiedy nawet wpływa szczególnie korzystnie na przewlekłe tejże postacie.

Nasuwa się atoli pytanie, czemu zapalenie rogówki nie ulega łatwo i wybitnie wpływowi tego leczenia, gdy inne narządy naszego ciała są tak wrażliwe na ten nowy środek. Nawet narząd słuchu, jakeśmy to już widzieli, okazuje się równocześnie bardzo często wrażliwym na działanie salwarsanu, stosowanego przeciw zapaleniu rogówki. Przypuszczano (Treutel), że ten brak działania pochodzi z braku naczyń w rogówce. W wielu przypadkach tego zapalenia rogówki, połączonych z unaczynieniem, salwarsan rzeczywiście okazuje się skutecznym. Przeciwnie postacie bez naczyń są znacznie mniej podatne dla leczenia salwarsanem. Czyż powodem małej skuteczności salwarsanu miałby istotnie być brak naczyń? Być może, a za tem przemawiałaby i ta okoliczność, że rogówka wyjaśnia się właśnie u brzegu, gdzie przecież jest kilka naczyń w sąsiedztwie, a dalej i to, iż postacie unaczynione tego zapalenia (kerat. vascul.) z chwilą, gdy naczynia poczynają znikać po zastosowaniu salwarsanu, okazują się mniej podatne do dalszego leczenia tym środkiem. Tylko więc obwodowe części są przystępne wpływowi salwarsanu, wyjaśniając się, podczas kiedy środek rogówki wedle mego doświadczenia prawie nie ulega wpływowi leku.

Ale jeśliby naczynia miały być głównym warunkiem skuteczności salwarsanu przy leczeniu zapalenia rogówki miąższowego, to musiałoby się to również odnosić do wszystkich innych środków swoistych odnośnie do rogówki, a jednak codziennie stwierdzamy, że tak nie jest. Widzimy to np. w działaniu rtęci przy kile hetolu przy gruźlicy, a nawet elektrargolu, stosowanego podskórnie przy ropnych sprawach w rogówce. Jest jeszcze jedna rzecz, która nas zastanawia. Na podstawie doświadczeń, robionych na królikach, doszedł Igesheimer do wniosku, że salwarsan bardzo skutecznie działa w kiłowych zapaleniach ropnych sztucznie wywołanych. Tenże autor stwierdził, że pod względem anatomii patologicznej niema żadnej różnicy między takiem zapaleniem u królika, a u człowieka. Ponieważ mamy prawo przypuszczać, że obie postacie są wywołane przez krętki blade, Igersheimer stara się dać wytłómaczenie tej różnorodnej skuteczności działania salwarsanu. Upatruje więc przyczynę w odmiennych warunkach biologicznych, w których znajdują się krętki blade w rogówce królika i ludzkiej. — W rogówce kiłowej dziecka krętki mieszczą się od urodzenia, by po latach wywołać zapalenie. Ale te krętki prawdopodobnie zmieniły swoje własności, jak też i wartość odczynu. Jest to teorya, jak i inne, nie tłómaczy nam ona jednak dobrze, dlaczego krętki zmieniają swe własności tylko w rogówce, a nie czynią tego względem innych narządów naszego ciała, gdzie są bardzo wrażliwe na działanie salwarsanu i znikają bardzo szybko po jego zastosowaniu, np. w chorobach uszów i nosa. W ostatnich czasach spostrzegano u chłopca 14-letniego, obciążonego kiłą wrodzoną, a dotkniętego chorobą Bantiego, szybkie ustąpienie tejże po wstrzyknięciu podskórnem 0,4 salwarsanu. (Will. Schmidt, München med. Wochenschrift 12 1911 r.).

Widzimy więc, że sprawa ta nie jest jeszcze ostatecznie rozstrzygnięta. Skłaniamy się raczej do przypuszczenia, że kiłowe zapalenia rogówki są odporne na działanie salwarsanu z powodu braku naczyń, tj. o tyle, o ile rogówka nie unaczynia się.

Nie mam zamiaru rozwodzić się nad sposobami stosowania tego środka, do czego o inną sposobność postaram się, lecz niech mi będzie wolno na zakończenie dorzucić jeszcze kilka słów, dotyczących niepowodzeń w zastosowaniu tego środka. Mimo znacznej ilości różnych postaci chorób ocznych, które leczyłem salwarsanem, nigdy nie miałem poważnych powikłań w miejscu stosowania. Tłómaczę sobie to tem, że robiąc wstrzyknięcie, bardzo powoli wyciągałem igłę, głęboko wsadzoną. W przypadkach, gdzie miejscowy odczyn zbyt silnie się objawia, stosuję okłady i miesienie z jodwasogenem.

Na podstawie powyższych moich wywodów dochodzę do następujących wniosków:

1) Salwarsan, który okazuje się wybornym środkiem przeciw różnym chorobom kiłowym oczu, mniej jest skuteczny przeciw zapaleniu miąższowemu rogówki w przyrodzonej kile.

2) Skuteczność tego środka przeciw omawianej chorobie nie da się jednak zaprzeczyć, a objawia się szczególnie w ciężkich postaciach unaczynionych, usuwając światłowstręt, ścisk powiek, nastrzykanie spojówek, poczem unaczynienie rogówek bardzo prędko się zmniejsza.

3) W zapaleniach rogówki beznaczyniowych wyjaśnianie się rogówek objawia się bardzo prędko po zastosowaniu salwarsanu, ale tylko na samym obwodzie.

4) Stosowanie śródżylne i śródmięśniowe jest najskuteczniejsze, ale także i podskórne działa dość szybko, szczególnie w rozczynie glicerynowym.

5) Po jednorazowem zastosowaniu salwarsanu nie należy pomijać innych zwykłych środków w takich razach używanych, jak ciepłe okłady, atropina, miesienie.

Dbać trzeba również o wzmocnienie ogólne ustroju, stosować leki rtęciowe i jodowe, odpowiednio do okresu cierpienia, jako też usposobienia osobnika. — Salwarsan, będący niewątpliwie ważnym przyczynkiem w leczeniu kiły, nie jest jednak środkiem wyłącznym i nie może wyrugować w pewnych okresach choroby ocznej tamtych środków.

Doświadczenie długoletnie i dokładne śledzenie pojedynczych przypadków pozwoli nam prawdopodobnie kiedyś pozyskać ściśle pod tym względem wskazania.

Z cesarskiego Instytutu klinicznego Wielkiej Księżny Heleny Pawłówny w Petersburgu.

O enteroanastomozach.

Podał

Józef Ziemacki.

Podług M. Jeannela (Chirurgie de l'intestin. 1898, str. 189) w dysertacyi Liotarda z r. 1819 znajdujemy pierwszą propozycyę wykonania enteroanastomozy pomiędzy dwiema pętlami jelit dla usunięcia tak zwanej ostrogi jelitowej, która się wytworzyła w jednym przypadku zgorzeli następczej po uwięźnięciu przepukliny pachwinowej u mężczyzny. W tym celu zbudował Liotard specyalny przyrząd, nazwany przezeń enterotomem, którego rysunek był przedstawiony w tej pracy. Zamiarem Liotarda było wytworzenie połączenia jelita doprowadzającego (wstępującego) z jelitem odprowadzającem (zstępującem), przez otwór boczny, sztucznie utworzony uciskiem enterotomu. Jestto pierwszy w dziejach medycyny przypadek utworzenia enteroanastomozy zewnątrzotrzewnej (extraperitonealis). W 1844 roku Gély opisuje pierwszą operacyę śródotrzewnej enteroanastomozy (intraperitonealis). I tylko w latach 1854 i 1855 Maisonneuve pierwszy opisał szczegółowo i w dwóch przypadkach wykonał boczne enteroanastomozy. Obydwa przypadki zakończyły się śmiercią i dlatego to współcześni nie ocenili w należytej mierze pomysłu Maisonneuvea. W czasie wojny secesyjnej w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej (1860—1864) lekarze wojskowi używali enteroanastomozy sposobem Gély. W roku 1863 Hacken i Adelmann wykonali cały szereg doświadczeń, z których wynikło, że boczne anastomozy jelit sprowadzają wielkie niebezpieczeństwa dla operowanego przez przepełnienie kałem tych części jelita, które wskutek enteroanastomozy są wyłączone z krążenia treści jelitowej. W r. 1880 wykonał Wölfler w klinice Billrotha, którego szkoła wogóle wielce się przyczyniła do rozwoju tego działu chirurgii, liczne doświadczenia na psach i kilka operacyi na człowieku dla wypracowania gastroenteroanastomozy. W r. 1882 Billroth wykonał gastroenteroanastomozę u chorego wskutek przetoki jelita biodrowego.

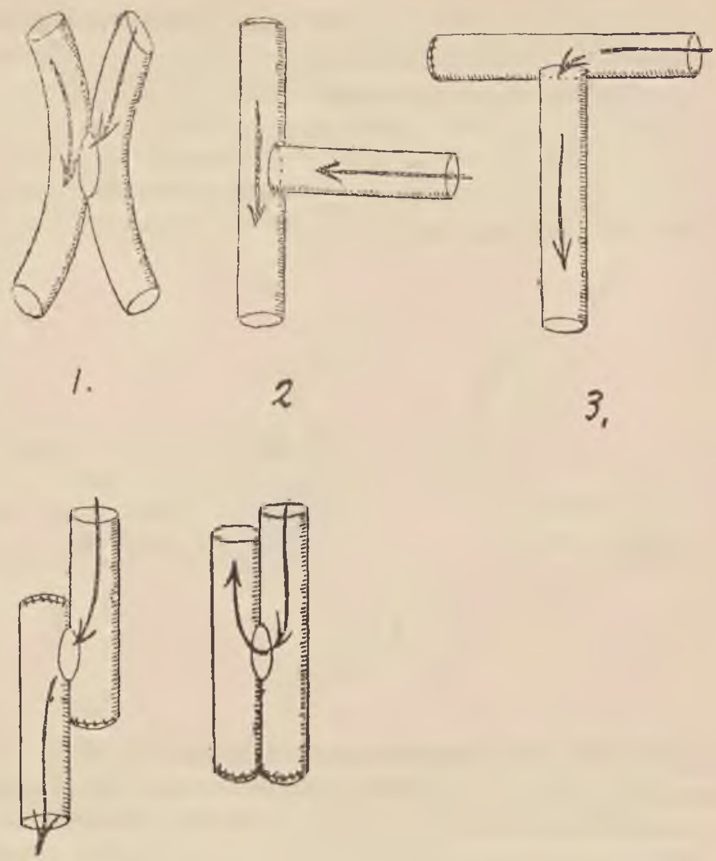
Inni dwaj asystenci tejże kliniki, Hacker i Brenner, użyli dla gastroenteroanastomozy innych metod, które obecnie obok pierwszej metody Wölflera (gastroenteroanastomosis antecolica anterior) są metodami głównemi (gastroenteroanastomosis retrocolica posterior Hackera i gastroenteroanastomosis retrocolica anterior Brennera). Od tego czasu liczba sposobów wciąż wzrasta; w r. 1894 Roux zaproponował gastroenteroanastomosis Joideani, zupełnie identyczną z drugą metodą Wölflera.

Co się tyczy sprawy anastomozy jelit pomiędzy sobą, a nie gastroenteroanastomozy, to w r. 1888 Senn ogłosił pracę doświadczalną, w której wystąpił z krytyką wyników, otrzymanych przez Halkena i Adelmanna, utrzymując, że wykonanie bocznej anastomozy w jelitach przy zaszyciu na głucho poprzecznie przeciętych końców jelita nie pociąga za sobą żadnych złych skutków, opisanych przez wspomnianych autorów. Senn zaleca gorąco przy resekcyi jelita, kiedy wycinamy nawet całą pętlę jelita w poprzek, nie wykonywać okrężnego zeszywania poprzecznie przeciętego jelita, lecz boczną anastomozę po zeszyciu na głucho przeciętych poprzecznie obu końców jelit. W r. 1891 po stronie tej myśli stanęli Braun, Dawis, Sklifosowskij, Murphy. Od tej chwili zwolenników enteroanastomozy bocznej zaczęło przybywać coraz to więcej i obecnie operacya ta należy do niezbyt rzadkich. U nas wiele o tem pisali Rydygier, Barącz, Obaliński i in.

Trzeba przyznać, że w przypadkach przetoki jelitowej, owrzodzenia błony śluzowej jelita, utrudnionego krążenia treści jelitowej wskutek blizny, nowotworu, zaciśnięcia itd. utworzenie enteroanastomozy w celu obejścia i ominięcia przeszkody daje bardzo pomyślne wyniki. W mojej własnej praktyce miałem kilka przypadków doszczętnego wyleczenia chorych po wycięciu jelita na nieznacznej przestrzeni z powodu raka, po zastosowaniu enteroanastomozy. Niektórzy z tych chorych są już po 15—12—10 lat zupełnie zdrowi. W obecnych czasach panowania aseptyki operacya enteroanastomozy powinna być dostępna każdemu chirurgowi-praktykowi, bo nie przedstawia żadnych technicznych trudności. Potrzeba ideę tej operacyi szerzyć i obecnie na dobie będzie szczegółowe rozważenie sposobów jej wykonania.

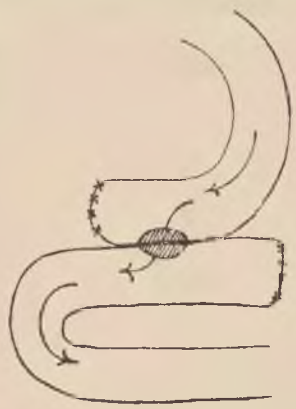
Enteroanastomozy mogą być wykonane podług pięciu sposobów: 1) zapomocą anastomozy bocznej, to co angielscy chirurdzy nazywają »side-to-side« t. j. bok do boku jelita; 2) zapomocą anastomozy poprzecznej do boku jelita »end-to-side« t. j. poprzeczne cięcie łączy się do bocznej ściany jelita; 3) zapomocą anastomozy bocznej do poprzecznego przecięcia jelita »side-to-end« t. j. boczną ścianę jelita doprowadzającego łączymy z poprzecznem przecięciem jelita odprowadzającego; 4) zapomocą anastomozy bocznej po przecięciu jelita przy zeszyciu obu końców na głucho metodą Maissonneuvea, a także 5) metodą Senna, jak to jest przedstawione w odmianach 4. i 5. na rys. I.

Wśród pierwszej kategoryi czysto bocznych anastomoz jelitowych, t. j. przy anastomozach »side-to-side« mamy dwa typy, nieco się od siebie różniące. A mianowicie pierwszy typ — to anastomoza wedle Maisonneuvea, kiedy jelita są w ten sposób ze zobą zeszyte (zespojone), że oś jelita doprowadzającego bezpośrednio przechodzi w kierunek osi podłużnej jelita odprowadzającego, t. j. że ich ruch robaczkowy idzie w jednym i tymsamym kierunku.



Boczne anastomozy: 1) bok do boku, 2) cięcie poprzeczne do boku i 3) bok do cięcia poprzecz.

Rys. I. Pięć odmian bocznej i poprzecznej anastomozy pomiędzy jelitami.



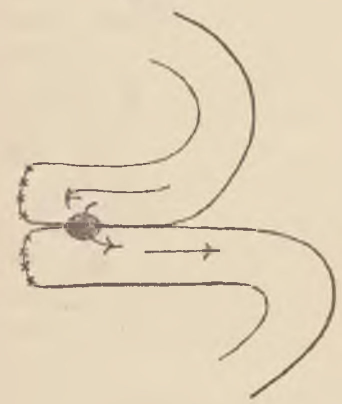
Rys. II. Utworzenie anastomozy bocznej podług Maisonneuvea w jelitach, ułożonych w ten sposób, że kierunek perystaltyki jelita doprowadzającego przechodzi bezpośrednio w kierunku jelita odprowadzającego.

Typem innym bocznej anastomozy jelit jest anastomoza podług Senna. Przy tej operacyi jelita są ułożone w ten sposób, że oś jelita doprowadzającego jest równoległa do osi jelita odprowadzającego, przyczem ruch robaczkowy w obu połączonych ze sobą pętlach jest rozbieżny, t. j. skierowany w odwrotne strony.

Jak przy sposobie Maisonneuvea, tak i przy sposobie Senna anastomozy są boczne, t. j. łączymy ze sobą boczne ściany jelit, tworząc okienko łączące w bocznej ścianie jelita w okolicy przeciwległej krezce.

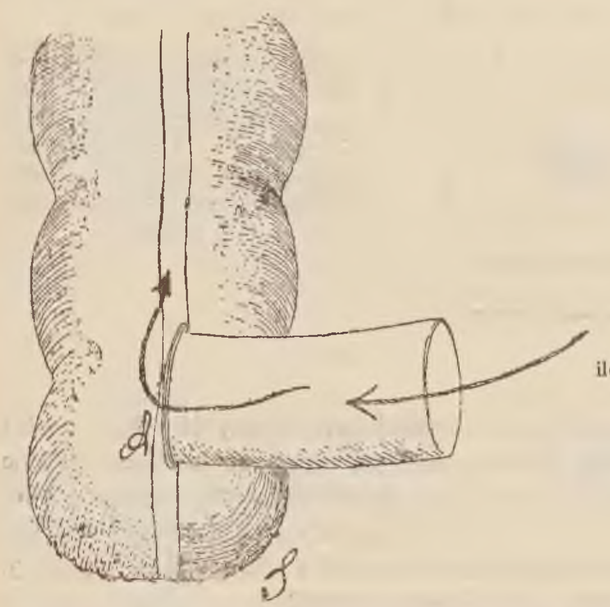
Nie jestem bezwzględnym zwolennikiem stosowania bocznej enteroanastomozy w przypadkach wycięcia jelita (resectio intestini). Za najodpowiedniejszy rękoczyn uważam okrężne zeszycie obu poprzecznych przecięć jelitowych w tych przypadkach, gdzieśmy użyli resekcyi. Są jednak takie okolice, w których, po wycięciu jelita, nie możemy

połączyć ze sobą poprzecznie przeciętych jelit szwem okrężnym, jak np. okolica kątnicy, gdyż naprzód jelito grube jest o tyle szersze od jelita biodrowego, że połączenie ich poprzecznych cięć jest rzeczą wprost niemożliwą, a powtóre powstaje po wygojeniu się skłonność jelita biodrowego do wgłobienia się do jelita ślepego (grubego). Zapobiegawcze skrócenie krezki jelita biodrowego przez utwo-



Rys. III. Utworzenie enteroanastomozy bocznej podług Senna. Kierunek ruchu robaczkowego jest rozbieżny w obu pętlach.

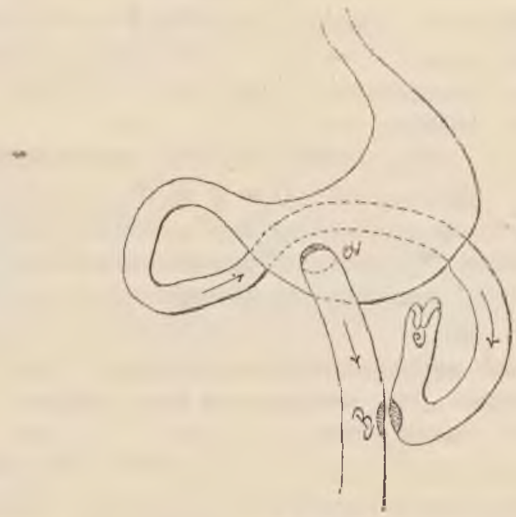
rzenie fałdu, przez przyszycie krezki do okolicznych części krezki, — mało w tej sprawie pomódz może. Dlatego to w tych przypadkach, gdzie mamy połączyć jelito cienkie z jelitem grubem, nie należy wcale używać okrężnego zeszywania jelit w razie resekcyi zastawki Bauhina, t. j. »end-to-end«, lecz powinniśmy użyć wpojenia poprzecznego przecięcia jelita cienkiego do szczeliny w bocznej ścianie jelita grubego (okrężnicy), przyczem przecięte w poprzek jelito grube zeszywamy na głucho, t. j. należy wykonać »end-to-side« (rys. IV.).



Rys. IV. Jelito biodrowe wszyte poprzecznem swem przecięciem do bocznej ściany jelita grubego. Wzór enteroanastomozy tak zwanej »end-to-side«. *A* — anastomoza (ileocolostomia). *S* — linie szwów na przeciętym końcu jelita grubego. Przestrzeń od *A* do *S* — sztucznie utworzony ślepy zaułek w jelicie odprowadzającem.

W celu wyświetlenia sprawy najstosowniejszego wyboru metody enteroanastomozy wykonałem już bardzo dawno cały szereg doświadczeń na psach. Dla ocenienia wyników moich doświadczeń pozostawiałem psy po pół roku i dłużej przy życiu, ażeby wyświetlić wyniki nawet najbardziej odległe.

Podaję tu po dwa rysunki równolegle jeden obok drugiego, przedstawiające zamierzony plan operacyi a obok przedstawiam schematyczny rysunek tego stanu jelit, jaki znaleźliśmy w kilka miesięcy po wykonaniu operacyi.



Rys. V.

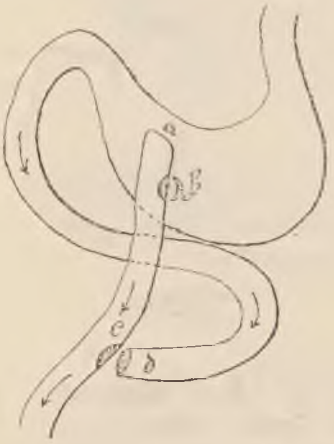
Na rysunku V. plan operacyi był następujący: 1) poprzeczne przecięcie jelita cienkiego; 2) przyszycie poprzecznego cięcia jelita odprowadzającego do szczeliny w bocznej ścianie żołądka — »end-to-side«; 3) zaszycie na głucho poprzecznego przecięcia jelita doprowadzającego i 4) utworzenie bocznej anastomozy pomiędzy jelitem odprowadzającem, a doprowadzającem — »side-to-side«. Wskutek takiego ułożenia jelit w przestrzeni jelita doprowadzającego pomiędzy *B* a *C* powstaje w jelicie doprowadzającem pomiędzy anastomozą *B*, a końcem jelita *C*, ślepy zupełnie zakątek.



Rys. VI.

Rys. VI. przedstawia wyniki tego doświadczenia; *a* — anastomoza pomiędzy żołądkiem a jelitem; przestrzeń pomiędzy *a* — *b*, to część jelita odprowadzającego pomiędzy anastomozami. *B* — anastomoza boczna pomiędzy jelitami; przestrzeń *B* — *C*, to ślepa część jelita doprowadzającego, zaszyta w *C* na głucho i stanowiąca swojego rodzaju jelito ślepe, tylko z tą różnicą, że naturalne jelito ślepe (coecum) ma ruch robaczkowy, poczynający się od ślepego końca,

a w tym sztucznym ślepym zakątku *B* — *C* ruch robaczkowy skierowany jest ku ślepemu końcowi. To też w tym zakątku przez kilka miesięcy życia psa zebrała się wielka ilość kału, rozepchała całą część jelita, które w tem miejscu rozszerzyło się i zostało przepełnione »ad maximum« twardą suchą masą kałową. Rzecz oczywista, że drogami naturalnemi, tj. przez otwór anastomotyczny *B*, pomiędzy jelitami



Rys. VII.

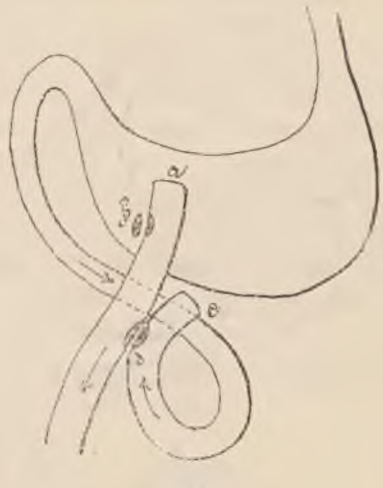
założony, te masy kałowe przejśćby nie mogły. Sprawa skończyłaby się u psa pęknięciem rozszerzonego jelita i zapaleniem otrzewnej.

Takiż sam wynik otrzymałem jeszcze przy zeszywaniu na głucho jelita czczego przy gastroenteroanastomozie, dokonanej u psa sposobem bocznym. Na rys. VII. widzimy schematyczny szkic operacyi, wykonanej na psie d. 29. XII. 1896, przyczem od anastomozy *b* do zaszytego na ślepo końca *a* w przestrzeni *b* — *a* utworzyły się złogi kałowe, wskutek wtłaczania do tej przestrzeni coraz to nowych ilości kału, z innych części jelita wpędzanych przez ruch robaczkowy. Rozciągnięta część jelita przedstawiła się nam w kilkanaście tygodni po operacyi w postaci ciężkiej, wielkiej kuli, wypełnionej suchą, cuchnącą masą kałową.



Rys. VIII.

Zupełnie podobny wynik otrzymałem w doświadczeniu na trzecim psie, operowanym d. 23. kwietnia i zachloroformowanym w d. 21. czerwca 1897. W ślepym zakątku tej pętli jelita, która pozostała poza otworem anastomotycznym, w części jelita, oznaczonej na rysunku IX. literami *b* — *a*, powstały złogi kałowe w postaci wielkiej kuli, dość twardej i ciężkiej wskutek nadmiernego rozciągnięcia jelita zwartą masą kałową, nagromadzoną w tej okolicy przez ruchy robaczkowe, co jest uwidocznione na schematycznym



Rys. IX

rysunku X. W danym przypadku użyłem przy połączeniu jelita z żołądkiem i jelita z jelitem po poprzecznem przecięciu jelita bocznych anastomoz. Otóż przy tej kombinacyi otrzymujemy dwa ślepe zaułki, w części jelita odprowadzającego pomiędzy *a* — *b*, w części jelita doprowadzającego pomiędzy *c* — *d*. Dlaczegóż więc w tym przypadku kał nagromadził się tylko w części *a* — *b*? Otóż okazało się, że ślepa część jelita czczego pomiędzy *c* — *d* (na rys. X. uwidoczniona) w tym przypadku uchroniła się od nagromadzenia się kału

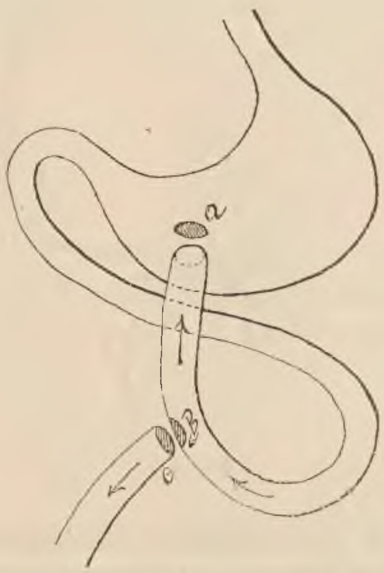


Rys. X.

tylko dzięki temu, że się wynicował ku wewnątrz jej ślepy koniec *c*. Wskutek tego wgłobienia zaszytego na głucho końca powstał swego rodzaju tłoczek, który wypychał ku otworowi anastomotycznemu treść jelita, trafiającą do przestrzeni *d* — *c*.

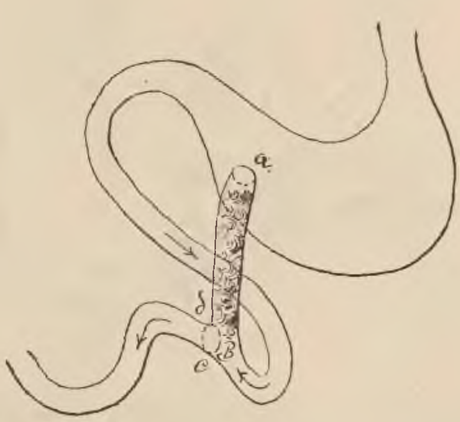
Jako dowód tego, że takie zastoje kałowe (coprostasis) mogą tworzyć się nietylko w ślepych uchyłkach, ale i w tych nawet częściach jelita, w których krążenie treści jest tylko powstrzymane lub nieco upośledzone, mogę przytoczyć przypadek, spostrzegany przy gastroenteroanastomozie u psa, który żył długo po operacyi, dokonanej przezemnie podług drugiej metody Wölflera z tą różnicą, że

do żołądka wszyłem wstępującą (doprowadzającą) część jelita, a do wstępującej przez boczną szczelinę wszyłem poprzeczne przecięcie odprowadzającej części (zstępującej), jak to widzieć można na rys. XI.



Rys. XI.

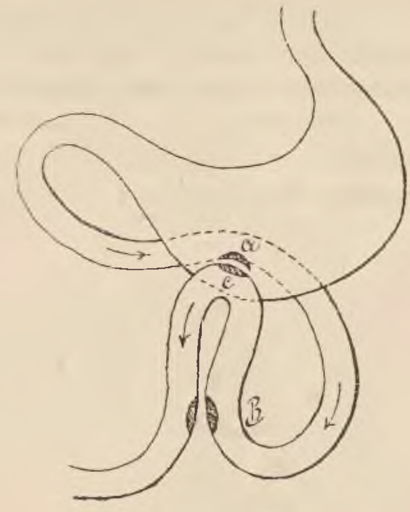
Przy takiem ułożeniu jelit, wobec prawidłowo działającego odźwiernika, rzecz naturalna, — główne krążenie treści poszło drogą prawidłową: przez odźwiernik, przez dwunastnicę, przez anastomozę *B* do jelita zstępującego (odprowadzającego). Przez to — w części jelita doprowadzającego pomiędzy anastomozą z żołądkiem — *a*, i anastomozą jelitową — *B* powstało upośledzenie krążenia treści, nagromadziły się masy pokarmowe i po dłuższem życiu psa otrzymaliśmy olbrzymie nagromadzenie się kału, oznaczone zacieniowaniem tej części na rysunku XII.



Rys. XII.

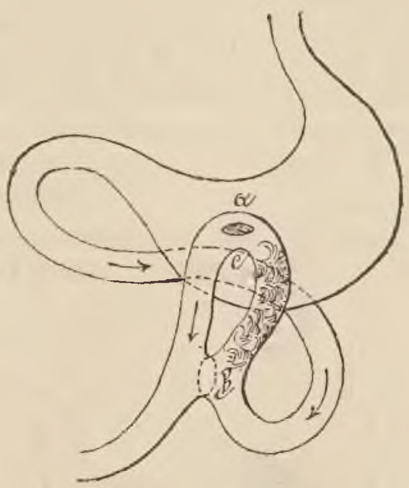
Jako jeszcze jeden dowód łatwego powstawania u psów zastojów kałowych w częściach jelita z upośledzonem krążeniem treści może służyć następny przypadek gastroenteroanastomozy, doświadczalnie wykonanej na psie w d. 19. VI. 1897.

Jak wskazuje rys. XIII. — plan operacyi polegał na wykonaniu bocznej gastroenteroanastomozy bez przecięcia



Rys. XIII.

jelita czczego metodą drugą Wölflera, t. j. przez połączenie jelita z przednią ścianą żołądka (gastroenteroanastomosis antecolica anterior). Operacyę zakończono przez dodanie dopełniającej bocznej enteroanastomozy wedle Brauna pomiędzy doprowadzającą i odprowadzającą pętlą jelitową na odległości 10 cm od ujścia do żołądka. Pies żył niedługo, a pomimo to znalazłem przy sekcyi, jak to widać na rysunku XIV, w części jelita doprowadzającego pomiędzy ujściem międzyjelitowem, a ujściem jelitowo-żołądkowem



Rys. XIV.

zatkanie złogami kałowymi. W danym przypadku krążenie treści w jelicie czczem było w zupełności wolne w pętli odprowadzającej (zstępującej), gdyż do niej pokarm z żołądka mógł przejść swobodnie dwiema drogami 1) przez odźwiernik, dwunastnicę, do jelita czczego, a stąd przez enteroanastomozę, i 2) przez nowoutworzone ujście *a* (gastroenteroanastomoza). W obrębie zaś *B* — *a* zebrał się kał w dość znacznej ilości i chociaż z tego obrębu kał miał zupełnie wolną drogę w dwóch kierunkach do części odprowadzającego jelita: 1) przez ujście *B* i 2) obok ujścia żołądkowego *a*, to jednak kilka dni życia psa po operacyi wystarczyło na wytworzenie znacznego zastoju kału.

Jeżeli takie fakta nierzadkie były w moich doświad-

czeniach na psach, to nie można przeczyć możliwości tego i u ludzi.

Mógłbym przytoczyć jeszcze wiele przykładów zupełnie podobnych. Rozmiary tego artykułu nie pozwalają jednak na to. Jednak, zdaniem mojem, już przytoczone przypadki objaśniają całą sprawę w dostatecznej mierze.

Na zasadzie moich badań doświadczalnych doszedłem do następujących wniosków:

I. Operatorowie, doradzający wytwarzać boczną anastomozę przez zaszywanie na głucho poprzecznie przeciętych pętli jelitowych i łączenie bocznych ścian przez anastomozę — postępują nieracyonalnie.

II. Szczególniej karygodną rzeczą jest tworzenie ślepego uchyłka w jelicie doprowadzającem (wstępującem).

III. Przeciwnie, — uważam za najodpowiedniejsze — połączenie poprzecznie przeciętego jelita nie bocznemi anastomozami, lecz okrężnem zeszywaniem.

IV. Wolno przy wykonywaniu anastomozy po poprzecznem przecięciu jelita utworzyć boczną anastomozę w części odprowadzającej (zstępującej) w ten sposób, ażeby uchyłek ślepy był utworzony w jelicie odprowadzającem. Przytem część doprowadzająca powinna być wszyta (wpojona — wpuszczona) poprzecznem swem przecięciem do szczeliny w bocznej ścianie jelita odprowadzającego (zstępującego), t. j. powinniśmy wykonać »end-to-side«. Jestto postępowanie, wiodące do stanu analogicznego z tym, jaki mamy w naturze u człowieka w okolicy kiszki ślepej. I podług tej kombinacyi powinniśmy operować w przypadkach wycięcia kątnicy u człowieka (ileo-colostomia). Jedyna boczna anastomoza jest operacyą, na którą zgodzić się można i która też u człowieka, w ten sposób wykonana, może dać świetny wynik. W wielu przypadkach ileokolostomii po wycięciu jelita ślepego wraz z zastawką Bauhina miałem sposobność to sprawdzić.

Wiadomości bieżące.

Z powodu jubileuszu »Przeglądu lekarskiego« zostali przez Towarzystwo lekarskie krakowskie mianowani członkami honorowymi:

Z Warszawy: Józef Bieliński, Henryk Dobrzycki, Władysław Gajkiewicz, Zygmunt Kramsztyk, Stanisław Markiewicz, Alfred Sokołowski,
z Łodzi: Seweryn Sterling,
z Wilna: Aleksander Wojnicz, Władysław Zahorski,
z Kijowa: Karol Rumszewicz,
z Poznania: Franciszek Chłapowski,
z Torunia: Leon Szuman,
ze Lwowa: Antoni Jurasz, Henryk Kadyi, Emanuel Machek, Ludwik Rydygier,
z Petersburga: Otton Czeczott, Józef Ziemacki, S. S. Zaleski,
z Paryża: Jan Babiński,
z Pragi: K. Chodounsky, Jaroslav Hlava, E. Maixner i Antonin Vesely.

Dla zaznaczenia swego uznania dla pięćdziesięcioletniej działalności »Przeglądu lekarskiego« mianowało Towarzystwo lekarskie w Łodzi swym członkiem honorowym obecnego redaktora głównego, Stanisława Ciechanowskiego.

»Nowiny lekarskie« poświęciły »Przeglądowi lekarskiemu« jako dar jubileuszowy wspaniały osobny zeszyt, wypełniony pracami oryginalnemi dwudziestu dwu wybitnych autorów polskich, a rozpoczynający się nadzwyczaj serdecznem i pięknem słowem wstępnem.

Spis Delegacyi na jubileusz »Przeglądu lekarskiego«:

Akademia Umiejętności w Krakowie, r. dw. Prof. Dr Zoll, senior.

Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego, r. dw. Prof. Dr Browicz.

Wydział lekarski Uniwersytetu lwowskiego, r. dw. Prof. Dr Kadyi.

Towarzystwo naukowe warszawskie, Doc. Dr Wład. Janowski.

Towarzystwo przyjaciół nauk w Poznaniu, Dr H. Święcicki.

»Casopis lekaru ceskych«, Dr J. Semerad i Prof. Dr R. Kimla.

»Sbornik lekarski a Revue«, r. dw. Prof. Dr Hlava.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska, prezydent Dr Schöngut.

Warszawskie Stowarzyszenie lekarzy, Dr J. Jaworski i W. Szumlański.

Towarzystwo doraźnej pomocy lek., Warszawa, Dr J. Zawadzki, prezes.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich, prezes Prof. Dr Machek.

Towarzystwo lekarskie lwowskie, prezes Prof. Dr Sieradzki.

Sekcya jarosławska Towarzystwa lekarskiego galic., Dr Z. Meisels i Dr M. Spatz.

Związek lekarzy rządowych w Galicyi, Dr Bielański i Obtułowicz.

Towarzystwo higieniczne lwowskie, prezes Dr Obtułowicz.

Towarzystwo lekarskie w Łodzi, Dr S. Sterling.

Towarzystwo lekarskie w Radomiu, prezes Dr H. Fidler.

Towarzystwo lekarzy Zagłębia dąbrowskiego, prezes Dr Czajkowski.

Redakcya »Kosmosu«, redaktor Prof. Dr Tołoczko.

Wydział lekarski Towarzystwa przyjaciół nauk i Redakcya »Nowin lek.«, red. Dr S. Łazarewicz.

Redakcya »Gazety lekarskiej«, red. Dr A. Puławski.

Redakcya »Medycyny i Kroniki lekarskiej«, red. Dr J. Zawadzki, wyd. Dr L. Guranowski.

Redakcya »Tygodnika lekarskiego lwowskiego«, red. Doc. Dr Nowicki.

Redakcya »Czasu«, red. Rudolf Starzewski.

Polskie Towarzystwo balneologiczne i Redakcya jego wydawnictw.

Autorowie polscy raczą przesyłać odbitki prac swoich kolegom, zdającym stale sprawę z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych. Stałymi sprawozdawcami są:

Ze wszystkich działów: Komisya sprawozdawcza Towarzystwa lek. lwowskiego; prezes Prof. Dr Adolf Beck, Lwów Piekarska 52 (Virchows Jahresber. der ges. Medizin): Dr Adam Berlin-Buch (Deut. med. Woch.), Dr Stan. Ostrowski, Petersburg, Woźniesieńskij prospekt 23, m. 10 (Russkij Wracz), Prym. Dr K. Orzechowski, Lwów, Kraszewskiego 15 (Wiener med. Wochenschrift); z medycyny teoretycznej: Prof. Dr S. Bądzyński, Lwów. Piekarska 52 (Lavori e riviste di chimica etc.), Prof. Dr H. Hoyer, Kraków, św. Anny 6 (»Schwalbes Jahresberichte üb. die Fortschritte der Anatomie u. Entwickelungsgeschichte«,

anatomia ludzka, porównawcza, histologia, embryologia, antropologia); Dr Filip Eisenberg, Kraków, Strzelecka 9 (Centralblatt f. Bakteriologie); Dr W. Szczawińska, Paryż, rue Dutot 18 (Bulletin de l'Institut Pasteur); Dr M. Friedmann, Wien IX. Allg. Krankenhaus, 27 Stiege. Z. 72. — (fizyologia, biochemia, patologia doświadczalna); z medycyny wewnętrznej: (w zakresie gruźlicy) Dr S. Sterling, Łódź, Piotrkowska 111 (Intern. Centralblatt f. d. ges. Tuberculoseforschung), (hematologia): Dr Stanisław Klejn, Warszawa, Leszno 17 (Folia haematologica et serologica); z chirurgii: Dr Radliński (Centralblatt f. Chirurgie), Kraków, Kopernika 40; Dr Ant. J. Goldman, Łódź, Piotrkowska 19 (pisma francuskie), Dr A. Wertheim (Warszawa, Krucza 47a) (Centralblatt f. Chirurgie, z prac, wydanych w Królestwie Polskiem); z neurologii: Prym.

Dr K. Orzechowski, Lwów, ul. Kraszewskiego 15 (»Folia neurobiologica« Groningen i »Epilepsia« Peszt, »Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde«); z pedyatryi: prym. Dr J. Landau, Kraków, Gertrudy 9 (Jahrbuch für Kinderheilkunde), Dr J. Brudziński, Warszawa, Włodzimierska 9, (Monatschrift für Kinderheilkunde), Dr H. Rozenblatówna, Łódź, Szpital Anny-Maryi (Jahrbuch für Kinderheilkunde); z ginekologii: Dr Franc. Neugebauer, Warszawa, Leszno 33 (prace ginekologiczno-położnicze, Frommel's Jahresbericht), Dr Ehrlich, Przemyśl (Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie); z laryngologii i otyatryi: Dr J. Sędziak, Warszawa, Erywańska 10 (Monatschr. f. Ohrenheilk. [Berlin], Journal of Laryng etc. [London], Annals of Otology etc. [St. Louis]), Dr R. Spira, Kraków, Grodzka (Archiv für Ohrenheilkunde); z dermatolo-

gii: Prof. Dr Franciszek Krzyształowicz, Kraków, Basztowa 6 (Dermatol. Jahres-bericht [Würzburg], Archiv f. Dermatol. u. Syphilis). Dr Leon Feuerstein, Lwów, św. Mikołaja 20 (w lecie: Bad Hall, Oberösterreich), (Monatshefte f. praktische Dermatologie), Dr J. Baschkopf, Kraków, Floryańska 25, (Dermatologische Zeitschrift, Dermatol. Centralblatt); z urologii: Dr A. Karwowski, Poznań, św. Marcina 54 (Jahresber. f. Urologie); z hydroterapii: Doc. Dr Kowalski, Lwów, Romanowicza 20 (Monatsschr. f. d. physik.-diät. Heilmethoden); z elektrologii: Dr J. Zanietowski, Kraków, Batorego 1 (Zeitschr. f. Elektrologie, Annales d'electrol., Archiv. f. physikalische Med., Annali di electricita med.); z okulistyki: Dr St. Lewicki, Odessa, ul. Elisawetyńska 23, m. 1. (Wiestnik Oftalmołogii); z historyi medycyny: Dr J. Lachs, Kraków, Jasna 2 (Mittheil. zur Geschichte der Medizin. i dział historyczny w Virchows Jahresberichte der ges. Medizin).

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« uprasza Kolegów, zdających stale sprawę do innych pism, o łaskawe zgłoszenie się celem uzupełnienia powyższego spisu.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok L. Kraków, dnia 22. lipca 1911. Nr 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

XI. Zjazd lekarzy i przyrodników dobiegł końca. Z radością zapisujemy, że ani poziomem obrad, ani liczbą uczestników, ani zapałem w pracy Zjazd ten poprzednikom swoim nie ustępował, stanowiąc dowód dalszego rozwoju tej koniecznej w naszych warunkach instytucyi i dając świadectwo żywotności i potężnego postępu nauki polskiej.

W hołdzie Zjazdowi złożyliśmy to, cośmy mieli najdroższego, święto półwiekowej działalności »Przeglądu lekarskiego«. Było ono takiem, jakiem pragnęliśmy je widzieć: uczczeniem pracy pokoleń przeszłych, uczczeniem tej gwiazdy przewodniej, w którą wpatrzeni brali się założyciele naszego pisma do dzieła; było świętem tryumfu idei. Ale niespodziewanymi zgoła swymi rozmiarami, ale powszechnym udziałem całej Polski, ale tem serdecznem ciepłem, które »Przeglądowi« niesiono w darze, dowiódł obchód jubileuszowy, że trud i znój pokoleń przeszłych zjednał dla ich dzieła miłość równą ich zapałowi, większą od ich własnych może marzeń. To złoty plon, godny, by doń dążyli ci, którym w przyszłości na temsamem polu pracować przyjdzie. Oby to dla nich było nauką, pobudką i otuchą.

Z Zakładu farmakologii doświadczalnej Prof. Dr L. Popielskiego we Lwowie.

W sprawie fizyologicznego działania wyciągu z przysadki mózgowej

(hypophysis cerebri).

Podał

Dr Jan Studziński (Kijów).

Większe zajęcie się przysadką mózgową widzimy dopiero od r. 1888, t. j. od chwili, gdy P. Mariemu[1]) udało się wykryć pewien związek, istniejący pomiędzy zmianami chorobowemi w tym gruczole, a obrazem chorobowym, znanym pod nazwą akromegalii. Zaczęto badać tak w formie ostrej, jak i przewlekłej, wpływ na ustrój z jednej strony podrażnienia mechanicznego, względnie ucisku, jakoteż zupełnego usunięcia przysadki mózgowej, z drugiej zaś strony wpływ wyciągów z przysadki mózgowej przy wprowadzaniu ich śródżylnem, podskórnem i śródotrzewnem W niniejszej pracy poddałem zbadaniu tylko wpływ wyciągów z przysadki mózgowej przy zastosowaniu śródżylnem w ostrych przypadkach.

O ile mi wiadomo, K. Hedborn[2]) zauważył pierwszy, że glicerynowowodny wyciąg z przysadki mózgowej wywołuje zmniejszenie ilości przy jednoczesnem zwiększeniu się wielkości fal uderzeń serca wyosobnionego. Dane te zostały następnie potwierdzone przez W. Howella[3]) i Cleghorna[4]). Co do serc zaś zwierząt zimnokrwistych, to te, jak okazały badania Heringa[5]), zachowują się wobec wyciągu z przysadki mózgowej wcale odmiennie. A mianowicie przy przepuszczaniu wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej wołu przez wyosobnioną komorę serca żaby daje się zauważyć przyspieszenie i wzmożenie się jej skurczów. Przy zastosowaniu mocniejszych rozczynów otrzymujemy niezupełny rozkurcz, wskutek czego przy dłuższem przepuszczaniu takich wyciągów skurcze stają się drobne i nieprawidłowe i serce zatrzymuje się w skurczu. Po wprowadzeniu śródżylnem wyciągu z przysadki mózgowej żabom ze zniszczonymi ośrodkami mózgowymi uderzenia serca stają się wolniejsze i mniejsze. Po wprowadzeniu atropiny działanie wyciągu z przysadki mózgowej znika. W. Howell[3]) spostrzegał zwykle po śródżylnem wprowadzeniu wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej zwierzętom ciepłokrwistym przy nieuszkodzonych nerwach błędnych wzmożenie i zwolnienie tętna, po przecięciu zaś nerwów błędnych charakter krzywej tętna pozostawał bez zmiany, jeno ciśnienie krwi nieco się podnosiło. Podniesienie ciśnienia krwi i zwolnienie tętna spostrzegał także i Ch. Livon[6]), i z tego powodu zaliczył przysadkę mózgową do tak zwanych narządów hypertensywnych. Pracując dalej w tym kierunku, wykazał Livon[7]),

że wprowadzenie śródżylne wyciągu z przysadki mózgowej przy nieuszkodzonych nerwach błędnych wywołuje znaczne podniesienie ciśnienia krwi, zwolnienie tętna i ogólne wzmożenie działalności serca, wprowadzenie atoli tego wyciągu po uprzedniem przecięciu nerwów błędnych wywołuje tylko podniesienie ciśnienia krwi bez jakichbądź zmian w działalności serca. Co do tego zaś, jaka część przysadki mózgowej wywiera wpływ taki na ciśnienie krwi, jest Livon [8]) tego przekonania, że przednia część przysadki mózgowej nie wywiera żadnego wpływu na ciśnienie krwi, wywiera go tylko tylna część — nerwowa, a może nawet, jak to twierdzi Silvestrini, czynne ciało znajduje się jeno w tak zwanej części kołonerwowej. W warunkach prawidłowych przysadka mózgowa wywiera swój wpływ na ustrój za pośrednictwem dróg nerwowych, o czem można wnosić z tego, że po przecięciu tych dróg zwierzęta zwykle giną, natomiast przecięcie odpowiednich naczyń znoszą względnie dobrze. E. A. Schaefer i S. Vincent [9]) po śródżylnem wprowadzeniu wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej zwierzętom, znajdującym się w uśpieniu morfinowo-kurarowem, otrzymali odrazu szybkie podniesienie się ciśnienia krwi, które jednak stosunkowo prędko powróciło do poziomu prawidłowego. Niewielkie zwiększenie fal widać tylko na jednej (N 3) z przytoczonych krzywych tętna. Powtórne wprowadzenie takiego samego wyciągu wywoływało zwykle na razie obniżenie ciśnienia krwi, a potem podniesienie nawet wyżej poziomu prawidłowego, do którego wszakże wkrótce powracało. E. Cyon [10]), zajęty fizyologią gruczołu tarczowego, zauważył, że istnieje poniekąd związek między gruczołem tarczowym a przysadką mózgową, przyczem przysadka wydziela ciało, zawierające fosfor, i działające na serce i naczynia, podobnie jak jodotyryna. Wprowadzając do krwi co 3 minuty wyciąg z całej przysadki mózgowej, otrzymywał Cyon [11]), bezpośrednio po wprowadzeniu wyciągu, coraz to większe obniżenie ciśnienia krwi (krzywe Nr 2, 3 i 4). Jak widać z krzywej Nr 12, charakterystyczne dla przysadki mózgowej fale tętna tak zwanego »Actionspuls« czyli t ę t n a c z y n n e g o, ustępują od czasu do czasu miejsca tętnu przyspieszonemu. Tętno czynne spostrzegał także Cyon po porażeniu atropiną nerwow błędnych i hamujących w doświadczeniu na psie z wolem (Nr 3), również nie przerwała atropina tętna czynnego w innem doświadczeniu na króliku pomimo zupełnego porażenia nerwów błędnych. W innym zaś przypadku po wprowadzeniu wyciągu ze świeżej cielęcej przysadki mózgowej spostrzegano jeno podniesienie ciśnienia krwi bez żadnych zmian tętna (dośw. Nr 6 na króliku z wolem). Na mocy tych doświadczeń doszedł Cyon do wniosku, że po wprowadzeniu wyciągu z przysadki mózgowej spostrzega się tętno czynne niezależnie od tego, czy nerwy błędne są całe lub przecięte lub też podrażnione; atropina zaś również niezawsze może przerwać tętno czynne. Schaefer i Vincent [9]) znaleźli już dawniej, że czynne ciała znajdują się tylko w tylnej części przysadki mózgowej, przyczem jedno z nich, rozpuszczalne w wodzie, wyskoku i eterze, łatwo poddaje się dyalizie, drugie natomiast, rozpuszczalne tylko w wodzie, z trudnością poddaje się dyalizie; oba zaś jednakowo dobrze znoszą ciepłotę wrzenia wody. Według badań Cyona [12]) pierwsze z tych ciał wywołuje zmniejszenie się ilości uderzeń serca i dwie fale tętna wskutek podrażnienia nerwów błędnych i hamujących, drugie zaś — wywołuje podniesienie ciśnienia krwi i przyspieszenie tętna wskutek podrażnienia nerwów zwężających naczynia i przyspieszających. Po wprowadzeniu śródżylnem wyciągu z przysadki mózgowej każde z tych ciał stara się wziąć górę nad drugiem, o czem można wnosić z tego, że na krzywej tętna widzimy co pewien czas, jak tętno czynne ustępuje miejsca tętnu drobnemu i przyspieszonemu przy nieco podniesionem jednocześnie ciśnieniu krwi. Pierwsze ciało działa ośrodkowo, drugie — obwodowo [13]). Różnica pomiędzy dwoma temi ciałami daje się zauważyć jeszcze i w stosunku ich do atropiny, a mianowicie: na pierwsze atropina nie działa, wówczas, gdy działanie drugiego atropina znosi. Na mocy pewnych doświadczeń twierdzi Cyon, że drugie ciało działa na nerwy błędne do pewnego stopnia tak, jak i atropina. Co do ciała zaś pierwszego, to różnica pomiędzy jego działaniem na krzywą tętna, a podrażnieniem nerwów błędnych polega na tem, że przy podrażnieniu nerwów błędnych otrzymujemy zwolnienie tętna i spadek ciśnienia krwi, natomiast po wprowadzeniu wyciągu z przysadki mózgowej spostrzegamy również zwolnienie tętna, lecz naodwrót, podniesienie się ciśnienia. Spostrzegane jednak po powtórnem wprowadzeniu wyciągu z przysadki mózgowej rychło przemijające obniżenie ciśnienia krwi występuje, zdaniem Cyona, bez względu na to, jakie ciało zostało powtórnie wprowadzone: pierwsze lub drugie. Cyon nazwał pierwsze ciało z powodu jego swoistego działania hipofizyną (hypophysinum); działanie hipofizyny, jak twierdzi Cyon, trwa godzinami i ma na celu utrzymać napięcie nerwów błędnych i hamujących przeciwko różnym szkodliwym wpływom, jako to: atropiny, jodku sodu i innych t. p. Zadaniem zaś drugiego ciała jest utrzymywać w napięciu drobne naczynia mózgowe J. Parisot [14]), wprowadzając do krwi królikom rozmaite ilości wyciągu z przysadki mózgowej, znalazł, że wyciąg z jednej przysadki mózgowej królika (0·04 — mała dawka) wywołuje tylko zmiany w krążeniu, jakie zaś, autor ten niestety nie wskazuje. Średnie dawki — z 6 przysadek mózgowych (0·2—0·25) — oprócz zmian w krążeniu wywołują jeszcze na razie zwolnienie, a potem przyspieszenie oddechu, drgawki, a następnie przygnębienie, senność i po kilku godzinach śmierć. Duże dawki — z 10 przysadek mózgowych (0·4—0·5) — zabijają królika odrazu. Według spostrzeżeń V. de Bonis i V. Susanna [15]) wyciąg z tylnej części przysadki mózgowej wywołuje zwężenie wszystkich naczyń wyosobnionych, bądź to tętnic, bądź żył. Różnica atoli pomiędzy działaniem tego wyciągu, a działaniem adrenaliny polega, zdaniem tych autorów, tylko na stosunku do tętnic wieńcowych, które adrenalina rozszerza, a wyciąg z przysadki mózgowej zwęża. Podobieństwo jednakże między działaniem wyciągu z przysadki mózgowej i działaniem adrenaliny (podniesienie ciśnienia krwi, rozszerzenie źrenic, cukromocz i t. d.) jest tylko fizyologiczne, ponieważ oba te ciała posiadają wcale różne własności chemiczne, albowiem wyciąg z przysadki mózgowej nie daje żadnego właściwego adrenalinie odczynu chemicznego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

O oddziaływaniu redukcyjnem podwójnem na cukier gronowy.

(Rzecz wypowiedziana na I. Zjeździe lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego w Łodzi w d. 5 czerwca r. b. wraz z pokazem odczynu).

Napisał

E. Sonnenberg (Łódź).

Rzecz, którą mam zaszczyt tu przedstawić, stanowi spostrzeżenie, które zrobiłem niedawno, a które — przynajmniej w obecnem opracowaniu — niema pretensyi do znaczenia klinicznego, stanowi jedynie ciekawe zjawisko. Dotyczy ono próby na cukier, którą nazwę oddziaływaniem redukcyjnem podwójnem na cukier gronowy.

Spostrzeżenie to zrobiłem, wychodząc z następującego założenia:

Ponieważ do zredukowania soli miedzi w rozczynie alkalicznym, w obecności cukru gronowego, wystarcza ciepłota niższa od tej, jaką stosujemy przy redukowaniu soli bizmutu, przypuszczałem, że w mieszaninie rozczynów alkalicznych tlenków miedzi i bizmutu, oba odczyny przy stopniowem ogrzewaniu powinny przebiegać nie jednocześnie, co znów, wobec charakterystycznego dla każdego z odczynów zabarwienia, pozwoli je z łatwością rozróżnić, zwłaszcza, jeżeli się uda ustosunkować ilość soli miedzi i bizmutu w ten sposób, że po całkowitem odtlenieniu miedzi przez cukier starczy jeszcze materyału odtleniającego, t. j. nie zmienionego jeszcze cukru, dla znajdującego się w rozczynie bizmutu. Moje aprioryst yczne przypuszczenia znalazły najzupełniejsze potwierdzenie w wielokrotnie powtórzonych doświadczeniach.

Przejdę obecnie do rzeczy.

Jeżeli do rozczynu cukru w wodzie przekroplonej dodamy $^1/_{10}$ jego objętości odczynnika Nylandera [1]) oraz połowę tej objętości 25% rozczynu siarczanu miedzi i wszystko to razem wlejemy do próbówki lub kolbki erlenmeyerowskiej z korkiem i szeroką długą rurą, służącą za chłodnicę i zaczniemy ogrzewać, zauważymy co następuje: Ogrzewany płyn żółknie jeszcze przed zagotowaniem i stopniowo przybiera barwę cytrynowo-żółtą, która w miarę ogrzewania przyjmuje kolor pomarańczowo-czerwony. Zabarwienie to utrzymuje się stosunkowo dosyć długo i po pewnym czasie — jeszcze przed zagotowaniem — zaczyna zwolna znikać: płyn staje się brudno-szarym, następnie brunatnym, poczem coraz więcej ciemnieje, przykrywa pierwotną barwę czerwoną i wreszcie, po minucie gotowania, staje się zupełnie czarnym.

Pierwsze zabarwienie jest nam dobrze znane z oddziaływania Trommera i Fehlinga na cukier gronowy, drugie z odczynu Nylandera. Szczegółem, zasługującym tu na uwagę, jest fakt kolejnego, w porządku podanym, występowania zjawiska odtleniania soli miedzi i soli bizmutu w rozczynie alkalicznym, przyczem odtlenienie soli miedzi zawsze występuje wcześniej od redukcyi soli bizmutu.

Powyższe doświadczenia robiłem przedewszystkiem z rozczynami cukru gronowego w wodzie przekroplonej o rozmaitem stężeniu, a więc z rozczynami 0.0, 1%, $2^1/_2$%, 5%, 10%, 15% i 20% i zauważyłem, że przy zachowaniu wspomnianego stosunku ilościowego odczynników do płynu obie fazy odczynu przebiegały bardzo wyraźnie, o ile zawartość cukru w wodzie nie była mniejszą niż $^1/_2$%. Zawartość cukru poniżej tej liczby już nie dawała podwójnego odziaływania, płyn jedynie stawał się żółtym i przy gotowaniu nie ciemniał.

Przejdę obecnie do doświadczeń, które robiłem z moczem osób, dotkniętych cukrzycą. Zauważę jednak nawiasowo, iż ze spostrzeżeń nad wodnymi rozczynami nie wolno bezpośrednio wysnuwać wniosków o zachowaniu się moczu względem tych samych odczynników, dlatego, że mocz jest bardziej czuły na działanie tych odczynników, aniżeli rozczyny wodne, ponieważ znajdujące się w moczu organiczne ciała działają prawdopodobnie pobudzająco, to jest odgrywają tu rolę katalizatorów.

W doświadczeniu z moczem cukrzycowym zauważyłem: Przy małych ilościach cukru w moczu obie fazy odczynu, t. j. miedziowa i bizmutowa, przebiegały wyraźnie. Gdy mocz zawierał większą ilość cukru, obie fazy odczynu przebiegały mniej wyraźnie: w pierwszej fazie mocz, pozostając przezroczystym, przybiera barwę czerwoną, a w drugiej — kolor ciemno-brunatny, czekoladowy. Dopiero po rozcieńczeniu moczu o dużej zawartości cukru wodą przekroploną, naprzykład, 10-krotnem, obie fazy odczynu przebiegały w wyżej opisany sposób, przyczem charakterystyczna gra kolorów i kolejność ich występowania dawała zupełnie ten sam obraz, który opisałem przy stosowaniu próby z rozczynem wodnym [2]). Gdy mocz, zawierający większą odsetkę cukru, rozcieńczałem wodą jeszcze mocniej, naprzykład 100-krotnie, płyn przed zagotowaniem stawał się żółtawym i takim pozostawał i po zagotowaniu; do drugiej fazy (bizmutowej) już nie dochodziło. To samo zauważyłem, gdy mocz (nierozcieńczony) zawierał tylko ślady cukru. Widocznie więc cukru, jako materyału odtleniającego, starczyło tu tylko do zredukowania soli miedzi.

Z powyższego wyprowadzam następujące wnioski:

1) Znajdujący się w mieszaninie rozczynów alkalicznych tlenków miedzi i bizmutu cukier gronowy wcześniej przy ogrzewaniu odtlenia sole miedzi od soli bizmutu.

2) Przy zastosowaniu pojedynczego zabiegu, przy pewnem ustosunkowaniu ilościowem miedzi i bizmutu w rozczynie alkalicznym otrzymujemy podwójne oddziaływanie na cukier, przyczem odczyny: miedziany i bizmutowy następują kolejno po sobie, w pewnym odstępie czasu.

3) Z moczem, w którym przypuszczamy obecność cukru, należy omawianą próbę wykonać dwukrotnie: raz — z nierozcieńczonym, drugi raz — z rozcieńczonym, naprzykład, 10-krotnie.

---

[1]) Odczynnik Nylandera składa się z 2 gramów Magist. bismuthi, 4 gr. soli Seignettea i 100 gr. 8% rozczynu wodanu sodu.

[2]) Mniej wyraźny odczyn w moczu o większej zawartości cukru znajduje wyjaśnienie w spostrzeżeniu, zrobionem przezemnie w roku ubiegłym, dotyczącem próby Nylandera, a mianowicie, że w płynach zawierających więcej niż 5% cukru gronowego odczynnik Nylandera staje się nieczynnym, ponieważ — jak to bywa w wielu innych przypadkach — obecność znacznej ilości ciał organicznych uniemożliwia tworzenie się osadu mineralnego, tym razem produktu redukcyi soli bizmutowej (Dr E. Sonnenberg i Dr A. I. Goldsobel: »O t. zw. reakcyi Nylandera na cukier gronowy« »Kosmos« Lwów 1910. XXXV).

Dwukrotne wykonanie tej próby pozwoli w przybliżeniu wnosić o większej lub mniejszej zawartości cukru w moczu. Jeżeli odczyn nie przebiega wyraźnie z moczem nierozcieńczonym, a występuje natomiast wyraźnie, gdy mocz jest rozcieńczony, świadczy to o większej zawartości cukru w moczu.

4) Występowanie tylko jednego odczynu miedziowego w moczu nierozcieńczonym świadczy o bardzo małej zawartości cukru w moczu [3]).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

A. N. Serebrennikow. **O środkach przeczyszczających.** (Medicinsk. Obozr. 1911 Nr 8). Zastanawiając się szczegółowo nad mechanizmem aktu defekacyi, dochodzi autor do wniosku, że wszystkie te środki, które będą pobudzać zwoje Auerbacha lub zakończenia n. błędnego, pobudzą jednocześnie ruch robaczkowy. Ruch robaczkowy wzmoże się, jeśli uda się osłabić pobudliwość n. trzewnych. Ale ponieważ w ruchu robaczkowym niepoślednią rolę grają i mięśnie gładkie jelit, więc środki, które pobudzą tkankę mięsną, powiększą też ruch robaczkowy. Autor pomija takie środki jak nikotyna, pilokarpina, muskaryna, fizostygmina, arekolina i inne, dlatego, że dawkowanie ich jest trudne, a uboczne działanie niepożądane. S. dzieli wszystkie środki, przeczyszczające na trzy kategorye: glukozydy, sole alkaliczne i obojętne tłuszcze. Do pierwszej kategoryi zalicza te środki, w których jest kwas konwolwulinowy lub do niego podobny. Dla uwolnienia tego kwasu potrzebne są: działanie trzustki i wydzielina jelit cienkich. Do tej kategoryi zalicza S. podofilinę, kolocyntynę, ewoniminę, jalapinę, skammonium; tu należy także olej rącznikowy i krotonowy. Środki te działają prędko; ponieważ unoszą z sobą sok jelitowy i miazgi pokarmowe, nie powinny być często stosowane. Druga kategorya środków działa na jelita grube. Tu należą niektóre rośliny, zawierające kwas katartynowy i chryzofan. Katartyna daje pochodne antracenu, który stoi w blizkiem powinowactwie z antrachinonem; dlatego te środki mogą być rozpatrywane, jako pochodne antracenu, i działają na jelito grube. Z tych środków należy podnieść emodynę (tri-oksy-metyl-antrachinon) i związki o charakterze glikozydowym, które drogą hydrolizy i utleniania przechodzą w różne emodyny i chryzarobinę, która przy utlenianiu przechodzi w kwas chryzofanowy. Czynne emodyny spotykamy przy rozszczepieniu glikozydów senesu, kaskary, rzewienia, kruszyny, aloesu, środki te działają powolniej i nie sprawiają zaburzeń, (nie szkodzą ekonomii ustroju). Do syntetycznie otrzymanych środków tej grupy należą: emodyna, purgosyna, eksodyna, mukogen, purgen, aperitol, dwuwaleryanowy ester fenolftaleiny. Do trzeciej kategoryi należą: sól glauberska i sól gorzka ($Mg\ So_4$), które trudno dyffundują, trudno wchłaniają się, wiążą wodę, zwiększają dlatego ilość płynów w jelitach. Klinicznie używamy dla: wydalenia szkodliwych czynników, (z wyjątkiem otrucia fosforem, santonin, filizyną), oleju rącznikowego; potem siarczanów, jako przeciwieństwa baru, ołowiu, fenolu; przy przewlekłych zaparciach wszystkich środków, działających na okrężnicę, także aloesu; przy otłuszczeniu, wysiękach, obrzękach — siarczanu magnowego; kalomelu w chorobach zakaźnych. W końcu pracy wspomina S. o hormonie Starlinga, jako o fizyologicznym środku regulującym, ale zastosowanie jego należy do przyszłości. Tomasz Cichocki.

J. E. Majzel. **Lecznicze znaczenie nakłucia lędźwiowego przy zapaleniu opon mózgowych.** (Medic. Obozr. 1911 Nr 71). Autor, rozpatrując piśmiennictwo, dochodzi do wniosku, że jedni uważają nakłucie za środek radykalny, drudzy widzą w tym zabiegu środek tylko łagodzący, inni nie przyznają mu żadnej wartości. Autor dokonał nakłucia u 22 chorych, a mianowicie w 20 przypadkach gruźlicy opon mózgowych i w 2 przypadkach nagminnego zapalenia; wszystkie przypadki zakończyły się śmiercią, z wyjątkiem jednego, w którym było nagminne zapalenie opon mózgowych; ciśnienie w tym przypadku nie było podniesione. Tomasz Cichocki.

W. Woltke. **W sprawie leczenia choroby surowiczej.** (Medicin. Obozr. 1911 Nr 8). Autor w krótkości rozpatruje prace Nettera, Bligda i Gewina, dotyczące tej sprawy i przytacza własnych 35 przypadków płonicy u dzieci, u których jednocześnie z surowicą stosowano sole wapna (calcium carbonicum praecipitatum, calcium citricum i calcium lactricum solutum). W 20% była pomimo to choroba surowicza. Autor nie wysnuwa stąd kategorycznych wniosków, sądzi jednak, że sole wapna zmniejszają nasilenie choroby, nie usuwając jej. Tomasz Cichocki.

W. Zylińska. **Ustrój kobiecy a choroby śledziony.** (Med. Obozr. 1911 Nr 8). Ż. zauważyła, że u kobiet w porównaniu z mężczyznami choroby śledziony przeważają w 78·7%; na podstawie piśmiennictwa i danych z biologii dochodzi Ż. do wniosku, że istnieje jakiś związek między chorobami śledziony a menstruacyą, na dowód czego przytacza 4 historye chorób, z których widać ścisłą zależność między przekrwieniem śledziony, miesiączkowaniem, oraz statystykę Branchiego, z której widać zależność między powiększeniem śledziony, a ciążą. Istoty samego zjawiska Ż. nie tłómaczy: potrzebne są dalsze spostrzeżenia.

Tomasz Cichocki.

I. Zawadzki. **Autoseroterapia zapaleń opłucnej.** (Russk. Wracz 1911 Nr 18). Od r. 1894, kiedy Gilbert pod wpływem prac Debova i Ramonda zaproponował nowy sposób leczenia zapaleń opłucnej zapomocą autoseroterapii, przytoczono w piśmiennictwie około 300 przypadków zastosowania tej metody z wynikiem przeważnie dodatnim. Z. zastosował autoseroterapię ogółem u 38 chorych i porównawszy historyę ich chorób z 86 historyami chorych, leczonych w inny sposób, doszedł do następujących wniosków: 1) Autoseroterapia nie skraca okresu gorączkowego, 2) nie przyspiesza okresu wessania wysięku, 3) nie chroni od nawrotu i rozprzestrzenienia się zapalenia na inne błony surowicze, 4) niema znaczenia rozpoznawczego, 5) nie wpływa na przebieg gruźlicy płuc. Prócz faktycznych danych odniósł autor ogólne wrażenie również ujemne (w jednym przypadku rozwinęła się gruźlica prosówkowa).

T. Makowski.

J. A. Kałacznikow. **Przypadek niedokrwistości śledzionowej (anaemia splenica adultorum, splenomegalia idiopathica) wywołany przez pasorzyty Leishman-Donovana.** (Med. Obozr. 1911 Nr 7). Autor opisując przypadek chorobą, znaną w Indyach pod nazwą »kala-azar« i spotykanej na Ceylonie, na Filipinach, w Arabii, Tunisie, Algierze, Sudanie, na Krecie, w Chinach, we Włoszech, a które ostatnimi czasy spostrzegano w Turkiestanie i w Rosyi w gubernii Mohilowskiej, przytacza swój własny przypadek tej choroby. Przypadek ten dotyczy 37-letniego mężczyzny z Tomska (wszystkie przypadki dotąd znane dotyczyły dzieci, najstarszy chory liczył 18 lat) Choroba rozpoczęła się w 12 roku życia obrzękiem całej skóry, obrzęk ten trwał miesiąc.

---

[3]) Zaleca się następujący praktyczny sposób wykonywania omawianego odczynu:

Do małej kolbki erlenmeyerowskiej z korkiem gumowym i długą rurą szklanną, służącą za chłodnicę, wlać należy 20 cm. moczu, 2 cm. odczynnika Nylandera i 1 cm. 25% rozczynu siarczanu miedzi i ogrzewać (mocz nierozcieńczony). Gdy pragniemy mocz rozcieńczyć, wlewamy do kolbki: 2 cm. odczynnika Nylandera, 1 cm. 25% siarczanu miedzi, 2 cm. moczu i 18—20 cm. wody przekroplonej i ogrzewamy.

Potem zjawiały się ropnie, które powtarzały się w ciągu 5 lat. W 27 roku życia znowu ropnie nad kością biodrową i z wewnętrznej strony uda, trwające z przerwami do r. 1909. W 30 roku życia napady zimnicy. W r. 1909 leżał chory miesiąc w klinice z następującymi objawami: ogólny obrzęk, przetoki nad kością biodrową, powiększenie serca, »suche furczenia w płucach«, śledziona powiększona, ślady białka w moczu; ilość czerwonych ciałek 1.550.000, białych 2.450: Hb = 14, ciepłota 37—38.1. W r. 1910 w maju tesame objawy i krwotok z nosa i z guzów krwawniczych; ilość ciałek czerwonych = 1.150.000; białych = 2.500; Hb = 11% (Sahli); neutrofilów = 59·4%; eozynofilów 1·82: limfocytów 25·4%; jednojądrzastych = 6·7%; przejściowych 6·7%. Śmierć przy objawach wzmagającego się osłabienia serca. W preparatach drobnowidowych ze krwi, śledziony, szpiku kostnego znaleziono pasorzyty Leishman-Donovana.

Tomasz Cichocki.

W. Zasidatel. **Zatrucie tytoniowe w związku z nauką o angioneurozach i chorobą Raynauda.** (Wracz. Gaz. 1911 Nr 16, 17, 18). Autor zwraca uwagę, że dym tytoniowy może wywierać działanie prawie na wszystkie narządy ustroju, a więc: wywołuje próchnienie zębów, zapalenie dziąseł, zapalenie jamy ustnej (leukoplakię u chorych na przymiot), brak apetytu, zgagę, uczucie ciężaru, kurczowe bóle w nadpępczu i jelitach, silne ruchy robaczkowe kiszek (biegunka), zwiększenie wydzielania soku żołądkowego z równoczesnem osłabieniem jego działania; największe jednak zmiany dają się zauważyć w układzie krwionośnym (»tabacco heart« Anglików i »angine de poitrine spasmotabagique« Hucharda); bicie serca, arytmia, duszność, uczucie ciśnienia w okolicy serca, są to przejawy zatrucia tytoniem, znikające wraz z zaniechaniem palenia. Jeżeli na te objawy zatrucia tytoniowego nie zwracać należytej uwagi, to stopniowo rozwijają się zmiany anatomiczne z objawami prawdziwej dusznicy bolesnej (angina pectoris, claudication intermittente du coeur) Miażdżycowe zmiany naczyń pod wpływem tytoniu stwierdzono doświadczalnie (między innemi praca Żebrowskiego). Dym tytoniowy działa także na narząd słuchowy (zawroty głowy, szum w uszach, nawet zapalenie nerwu słuchowego). Ze strony oczów opisano niedowidzenie, przy którem nie można było wykryć innych zmian prócz skurczu naczyń ocznych. Działanie zatrucia tytoniowego na ośrodki nerwowe jest nadzwyczaj różnorodne, zależne od indywidualnych właściwości osobnika i cechuje się krótkotrwałością objawów i skłonnością do znikania ich natychmiast po zaniechaniu palenia, jeżeli tylko zatrucie nie przeszło w okres przewlekły, przejawiający się drżeniem, niedomogą mięśniową, włókienkowem drganiem mięśni i drgawkami pojedynczych mięśni. Opisano tytoniowy zanik drobnych mięśni rąk, tytoniową padaczkę, bredzenie, pląsawicę, zawroty głowy, utratę pamięci, utratę mowy, obłąkanie. Badania Włodyczki wykazały cały szereg zmian tak w ośrodkowym jak i w obwodowym układzie nerwowym pod wpływem tytoniowego zatrucia. Żebrowski znalazł znaczne zmiany w nerwowych komórkach serca. Doświadczalnie u zwierząt wykazano wpływ nikotyny na narząd płciowy (osłabienie pociągu płciowego, zmiany w jądrach i jajnikach, a także częste poronienia). Autor, przypominając fizyologię współczulnego układu nerwowego, który unerwia wszystkie mięśnie gładkie, trzyma się poglądu Henlego, że rozmieszczenie krwi między narządy zależy od naczyń kurczących się pod wpływem współczulnego układu nerwowego i sądzi, że rozstrój nerwów naczynioruchowych doprowadza do zwyrodnienia ścian naczyń. Jednym z przejawów miejscowego skurczu naczyń jest choroba Raynauda, która niezawsze przebiega z właściwym sobie klasycznym obrazem (zgorzeli części obwodowych, palców, nosa, uszów); tak np. Weiss opisał zapad z powodu skurczu tętnicy wieńcowej, Kassirer — napadowy cukromocz i białkomocz, Oppenheim — objawy mózgowe, wskazujące na zaburzenia obiegu krwi w mózgu, sam Raynaud opisał skurcz naczyń siatkówki. O ile rzadko zdarza się widzieć całkowity klasyczny obraz choroby Raynauda, o tyle często widzimy poszczególne jej objawy, wskazujące na zaburzenia innerwacyi naczynioruchowej (nawały krwi i zawroty głowy, »zamieranie« serca u młodych osobników, pocenie się rąk i uczucie chłodu w nich, dusznica bolesna, kolki w brzuchu, chwilowe zaburzenia wzrokowe, niedowłady, parestezye i t. d.). Jeżeli na te zwiastuny choroby nie zwróci się należytej uwagi, to choroba może przejść w swój klasyczny okres zgorzeli. Brissaud słusznie proponuje rozszerzyć pojęcia choroby Raynauda, przez zaliczenie do niej całej grupy zjawisk, wskazujących na rozstrój krążenia miejscowego, przyczem rokowanie w każdym oddzielnym przypadku zależy od siedziby skurczu naczyń. Autor dopatruje się nadzwyczajnego podobieństwa między temi zjawiskami, należącemi do choroby Raynauda i objawami przewlekłego zatrucia tytoniowego i wyraża zdanie, że tytoń jest trucizną dla komórki nerwowej wogóle, w szczególności dla układu współczulnego i działa swoiście na unerwienie ściany naczyń. Podobne objawy zatrucia wywołują i inne trucizny (adrenalina, sporysz). T. Makowski.

Frank i Schnittenhelm. **O odżywianiu zapomocą daleko rozłożonego białka.** (Münch. med. Woch. 1911 Nr 24). Sprawa ta jest bardzo ważna. Byłoby to ogromnym krokiem naprzód w odżywianiu, zwłaszcza chorych, jeżelibyśmy mogli wprowadzać pokarm, nie obciążając zupełnie przytem narządów trawienia, powodując łatwe i szybkie wessanie bez gnicia białka, wprowadzając pokarmy ew. w postaci płynnej w małych rozmiarach; pożywne białko w przewodzie pokarmowym rozpada się na kwasy aminowe. Abderhalden odżywiał zwierzęta białkiem rozłożonem przez fermenty. Autorzy obmyślili przetwory, nie wywołujące zaburzeń trawienia, a mianowicie trawili białko najpierw kwasem solnym i pepsyną (3—4 dni), potem trypsyną, a wreszcie erepsyną i otrzymali w końcu ciało, nie dające już odczynu biuretowego, przedstawiające się jako proszek żółty, rozpuszczalny w wodzie, o smaku bulionu. Do wyrobu używali białka mleka, jaj i surowiczego. Doświadczenia na zwierzętach, a potem na człowieku, wykazały, że odżywianie takie da się przeprowadzić i zapewne z czasem przyjmie się ono w praktyce. K.

Położnictwo i ginekologia.

H. Heinze. **Przyczynek do leczenia drgawek porodowych.** (Arch. f. Gyn. tom 93, zesz. I.). Zwolennicy teoryi o łożyskowem pochodzeniu drgawek porodowych przyjmują, że domniemana trucizna nie stanowi jednostajnego ciała chemicznego, lecz składa się z dwóch głównych składników, z których jeden działa szczególnie na ośrodkowy układ nerwowy, gdy drugi, ogólnie-trujący, uszkadza przedewszystkiem narządy miąższowe i serce. Zależnie od tego, który z tych składników przeważa w danym przypadku, na pierwszy plan w obrazie chorobowym wysuwają się głównie drgawki i śpiączka, albo też głównie ciężkie objawy ze strony serca, nerek i wątroby. O ile w pierwszym przypadku nerki nie zawsze muszą być zajęte i to ani klinicznie, ani w obrazie anatomo-patologicznym, to w drugim drgawki nie muszą wystąpić, gdyż wskutek szybkiego zatrucia może odrazu nastąpić porażenie ośrodkowego układu nerwowego. Powstanie rzucawki w połogu tłómaczą jużto działaniem trucizny na ustrój, osłabiony utratą krwi przy porodzie i w następstwie różnych spraw wstecznych, już wessaniem trucizny z resztek elementów syncytyalnych, które przy porodzie pozostały w macicy. Ta ostatnia teorya zasługuje na szczególne uwzględnienie wobec dobrych wyników leczniczych, jakie w wielu przypadkach rzucawki otrzymano po wyskrobaniu macicy połogowej. Leczenie zapobiegawcze drgawek porodowych należy zastosować w tych przypadkach, gdzie wybuch choroby poprzedzają zaburzenia ze strony nerek. Polega ono na zaleceniu zupełnego spokoju, lekkiej dyety wolnej od soli, jakoteż środków moczopędnych i napotnych. Jeżeli poprawa nie nastąpi, lub objawy choroby nerkowej staną się groźniejsze, należy ciążę

przerwać. Przeciw samej rzucawce podawano dawniej jedynie środki nasenne, jak morfinę, wodnik chloralu, chloroform i i., usiłując zapomocą nich działać uspokajająco na układ nerwowy; później radzono ograniczyć zastosowanie tych środków trujących, przekonano się jednak, że zupełnie wyrzec się ich nie można. Stroganoff poleca nawet w ostatnich czasach leczenie morfiną z wodnikiem chloralu w odpowiedniej kombinacyi, przy którem otrzymał wprost znakomite wyniki. Wprowadzenie środków znieczulających, polecane przez Króniga (jak kokaina, skopolamina i i.), nie zyskało dotąd wielu zwolenników. Upusty krwi z następowemi podskórnemi lub śródżylnemi wstrzykiwaniami soli kuchennej oddają czasem wcale dobre usługi; o ile jednak upusty krwi szczególnie są wskazane tam, gdzie tętno jest twarde i silnie napięte, sinica wielka i obrzęk płuc zaczyna się wytwarzać, to zastosowanie większych ilości soli kuchennej niezawsze może być obojętne. To też Asch poleca zamiast wstrzykiwań podskórnych wlewania do odbytnicy w tem przekonaniu, że z tej strony tylko tyle zostaje wessane, ile wśród danych okoliczności jest dla ustroju odpowiednie. Prócz tego starano się wydalić truciznę z ustroju przez nerki i skórę; środki moczopędne często zawodzą, natomiast podrażnienie gruczołów potnych przez ciepłe zawijania i gorące kąpiele może oddać nieraz bardzo dobre usługi. Zweifel stara się zobojętnić truciznę środkami alkaliczno-roślinnymi, podawanymi wewnętrznie i podskórnemi wstrzykiwaniami dwuwęglanu sodu. Wyciągi z gruczołów przytarczycznych i z tarczycy, polecane przez Vassalego, okazały się bezskuteczne. Stosowanie wyciągu z pijawek (hirudyna), zmniejszającego krzepliwość krwi, znajduje się jeszcze w okresie prób. Oprócz powyższego leczenia zachowawczego, powstała z biegiem lat dążność do bardziej czynnego postępowania, przedewszystkiem do jak najszybszego opróżnienia macicy, o ile możności bez współudziału jej skurczów. Przy zupełnie otwartem ujściu wskazane tu będą kleszcze lub obrót z wydobyciem płodu, tam zaś, gdzie drgawki wystąpiły z początkiem czynności porodowej, cięcie cesarskie pochwowe lub klasyczne; to drugie szczególnie u pierwiastek lub przy wązkich miednicach. Dla lekarza praktycznego, dla którego operacye te rzadko tylko wchodzą w rachubę, pozostaje w tych przypadkach zastosowanie balonu do macicy, celem rozszerzenia szyjki z następową operacyą rozwiązującą. Łożysko należy zawsze bardzo dokładnie obejrzeć. Jeżeli po porodzie drgawki dalej się powtarzają i zachodzi choćby najmniejsze podejrzenie, że w jamie macicy pozostały części łożyska lub błon, należy je natychmiast usunąć. W ostatnich czasach opisano właśnie kilkanaście przypadków rzucawki połogowej, wyleczonej po wyskrobaniu macicy. Autor spostrzegał również dwa przypadki, gdzie napady drgawek stale się powtarzały mimo wszelkiego leczenia zachowawczego, szybkiego rozwiązania, jakoteż całkowitego odejścia łożyska, a ustały natychmiast zupełnie po wyskrobaniu macicy, przyczem odeszły tylko małe resztki doczesnej. Autor przypuszcza więc, że zatrucie ustroju matki może wyjść także z resztek doczesnej, pozostałych po porodzie i radzi zawsze wyskrobać macicę, jeżeli drgawki wystąpiły dopiero po porodzie, lub nie ustały po nim, nawet gdyby łożysko napewne w całości odeszło. Gdyby wreszcie i wyskrobanie nie pomogło, wówczas jako jedyny zabieg pozostaje jeszcze obłuszczenie nerek (decapsulatio), po którem wyniki są nieraz bardzo dobre. E. Ehrenpreis.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Modyfikacyę próby Wassermanna, podaną przez Dungerna, badał Roth porównawczo u 40 chorych i przekonał się, że wprawdzie modyfikacya ta jest mniej czuła, niż sposób klasyczny, jednakże nie daje nigdy wyniku dodatniego tam, gdzie nie dała go klasyczna próba Wassermanna. Wobec tego podane przez Dungerna »diagnosticum« zaleca Roth do użytku lekarzy praktycznych, nie mających w pobliżu większego zakładu serologicznego (Correspbl. f. schw. Ärzte 1911, Nr 8). Jeszcze korzystniej ocenia modyfikacyę Dungerna Wehrli. (Schweiz. Rundsch. 1911, Nr 12), który stawia ją prawie na równi z klasycznym sposobem Wassermanna. Mk.

Diplosalu podawanego wewnętrznie używał do leczenia ostrego wiewióra Moschetti w przypadkach, nie nadających się do t. zw. leczenia poronnego. Z 21 przypadków, w których Moschetti podawał diplosal, jeden został wyleczony bez użycia jakichkolwiek innych środków, w 8 zastosowano później jeszcze kilka wstrzyknięć protargolu, w 11 podawano oprócz diplosalu środki balsamiczne. Dawka diplosalu wynosi 3 gr dziennie. (Medicina nuova. 1911, Nr 1). B.

Szereg zatruć rtęcią spostrzegał Boesl po trzechdniowem przebywaniu członków pewnego klubu w strzelnicy. Objawy: nudności, wymioty, kolki, zapalenie błony śluzowej ust i t. p. (Münch. med. Wochs. Nr 18). A.

Leczenie gorącem powietrzem zaleca Esau przy swędzących cierpieniach skóry, wypryskach, łuszczycy, wrzodach goleni, róży i czyrakach. (Münch. med. Wochs. Nr 16). A.

Kąpiel w piasku jałowym, trwającą kilka do kilkunastu godzin, zaleca przy ranach i martwicach tkanek Thies. (Zblt f. Chir. Nr 13). K.

10–20% maść pergenolową zaleca Sylla przy zołzowych cierpieniach oczu, nosa, skóry i nieżytach przewlekłych nosa. (Deutsche med. Wochs. Nr 14). A.

Przy róży zaleca gorąco Choksy okłady z wysyconego rozczynu siarkanu magnu. (Lancet. 4. II. 1911). A.

Mocz chorych leczonych salvarsanem okazuje podług Abelina wybitny odczyn dwuazowy Ehrlicha. (Münch. med. Wochs, Nr 19). A.

Z chirurgii polowej. Na placu opatrunkowym w razie wojny (Verbandplatz) należy według Herolda trzymać się następujących zasad: 1) Zranionych opatrzyć i posilić. 2) Ręce myć należy 5 minut spirytusem, a skórę jodyną, golić na sucho. 3) Narzędzia wygotować lub opalić spirytusem, a strzykawki przepłukać karbolem 3%. 4) Ran nie wolno badać zgłębnikiem, ani tamponować (chyba w razie krwotoku tamponować wolno! Przyp. ref.). Przy ranach dartych, zadanych pociskami armatnimi, zalać jodyną (?) lub zasypać jodoformem. 5) W razie potrzeby rozszerzenia rany, skórę okoliczną odkazić jodyną. 6) Z operacyi wykonuje się tylko pilne: a) podwiązanie naczyń, b) tracheotomię. 7) Przy postrzałach kości i stawów nie należy ani tamponować, ani wyciągać odłamków kostnych, lecz opatrzyć z wierzchu i kończynę ustalić. 8) Przy postrzałach brzucha nie dawać zranionym jeść i pić przez 24 godzin i o ile możności chorych nie posyłać zaraz. 9) Przy silnych krwotokach — wlewania rozczynu soli, przy bolach — morfina, przy zapadach środki podniecające. 10) Przy ew. operacyi chloroform lub znieczulenie miejscowe 0,5% nowokainą. K.

Przy zatruciach kokainą lub stowainą zaleca Engstad eter, podawany kroplami na masce. (Journ. of Amer. med. As. 1910, Nr 12). A.

Przy zatruciach strychniną polecają Gistens i Meltzer na podstawie doświadczeń na zwierzętach śródtchawiczne uśpienie eterowe. (Berl. klin. Wochs. Nr 15). A.

Do pokrywania ubytków tchawicy poleca Hohmeier powięź z sąsiednich mięśni. Rany nie należy jednak tamponować, zwłaszcza przy przeszczepionym płacie, bo to go wysusza i zmniejsza jego żywotność. (Münch. med. Wochs. Nr 18). K.

Nowy trzewik do leczenia niedomogi stopy podał Lengemann; trzewik polega na podniesieniu sklepienia stopy zapomocą dwóch metalowych pasków od zewnątrz. (Münch. med. Wochs. Nr 18). A.

Przewiązanie kończyny na $^1/_2$ godziny wywoływać ma w kończynie tworzenie się substancyi powodujących krzepnięcie krwi i dlatego Velden uważa to przewiązanie za znakomity sposób tamowania niedostępnych krwotoków. (Zeitschr. f. exp. Path. VIII. 3). A.

Do wysokich lewatyw i przemywań kiszki grubej i stolcowej, (które Kausch poleca robić zawsze samemu lekarzowi), podał Kausch rurkę z dwoma balonami, które wydyma się po wsunięciu do kiszki; jeden balon tkwi w kiszce tak, że oba balony ujmują między siebie zwieracza i przez to uszczelniają zupełnie odbyt. (Münch. med. Wochs. Nr 18). A.

Przy przewlekłem zaparciu stolca zaleca Chilaiditi następującą gimnastykę brzucha: Po zupełnym wydechu, robi chory przy zamkniętej głośni 5—6 pozornych wdechów. Przytem, jak to wykazały badania rentgenowskie, jelito grube wykonuje duże ruchy. Wskazana jest ta gimnastyka rano przez 5 minut. (Tow. lek. Wiedeń. IV. 1911). A.

Zatrucie purgenem u 67-letniego mężczyzny (wymioty, czerwone stolce bez krwi, kolki) spostrzegał Zabel po zażyciu 3 pastylek »dla obłożnie chorych« i dwóch »dla dorosłych«. (Deutsche med. Wochs. Nr 16). A.

Przy zapaleniu płuc stosują w Anglii z dobrym skutkiem podług Mathisona kombinacyę kreozotu z jodkiem potasu: »Rp. Kal. jodat. 4,0, Kreosot. 2,0, Spirit. rect. 8,0, Extr. Liquir. 12,0, Aquae ad 170,0. S. co 4 godziny łyżkę«, ewentualnie dalej i silniejsze dawki. (Brit. med. Journ. 1910. S. 1611). A.

W uporczywej zimnicy osiągali Skinner i Carson dobre wyniki lecznicze przy naświetlaniu śledziony. (Brit. med. Journ. 25. II. 1911). A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Posiedzenie lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie

z dnia 9. V. 1911.

1) Borowiecki omawia przypadek **natręctw myślowych** u chorego, przedstawionego w ten dzień na wykładzie. Chory P. Sk., l. 16, syn rolnika, dziedzicznie nie obciążony. Skarży się na bole głowy, bije mu serce, skóra drętwieje i męczą go grzeszne myśli od kilku miesięcy. Podobno pierwszy raz przy spowiedzi klął na sakramenta wbrew woli, potem grzeszne myśli przeciw Bogu, Chrystusowi, Matce Boskiej, szczególnie na widok przedmiotów dewocyi, krzyża, hostyi i t. d. Poprzednio bardzo pobożny, odczuwa chory to, jako ciężki grzech i żyje w ciągłej obawie przed karą niebios. Jest przygnębiony i często płacze. Dalsze badanie wykazuje, że już w 9. roku życia miał natręctwa myślowe, powtarzał bowiem często w myślach uporczywie pewne wyrazy. — Obecnie miewa chwile wzmożonego samopoczucia, czuje się wówczas większym, niż Bóg.

W dyskusyi, nawiązując do analogicznego, już na jednem z poprzednich posiedzeń omawianego przypadku natręctw myślowych u 36-letniego górala, podnosi Prof. Piltz pewne charakterystyczne podobieństwa obu przypadków. I tak obaj chorzy uderzają niedorozwojem fizycznym; jeden z nich, 16-letni, sprawia wrażenie najwyżej 13-letniego, drugi 36-letni, może 20-letniego. Poza analogią ich natręctw i sposobem ich powstania, uderza w wywiadach możność śledzenia ich na długo przedtem, zanim chorzy je sobie jako chorobowe uświadomili, chociaż pod inną postacią, uwarunkowaną wiekiem, środowiskiem i t. d. Zdaniem mowcy przywiązuje się może zbyt wiele wagi do czynników zewnętrznych w powstaniu tych spraw chorobowych. Z doświadczenia wiadomo, niejednokrotnie stwierdzają to wywiady, iż są to sprawy odziedziczone, gdzie bodźce zewnętrzne są tylko czynnikiem wyzwalającym. Czy zalicza się tę chorobę do psychastenii w pojęciu Janeta, jak Borowiecki, czy nieraz obraz odpowie depresyi, co podnosi Jasieński, czy też postawimy jako jednostkę samoistną »natręctwa lękowe«, nie przesądzimy ich etyologii.

2) Dąbrowski przedstawia chorego H. R. l. 32; chory dziedzicznie nie obciążony, przechodził kilkakrotnie jakąś chorobę gorączkową, do kiły się nie przyznaje, alkoholu używa miernie. Choroba obecnie rozpoczęła się w jesieni 1910 bolami głowy, którym czasem towarzyszyły wymioty. W dwa miesiące po wystąpieniu choroby zauważył chory pogorszenie wzroku na oku lewem, bole głowy się spotęgowały. Wzrok stale się pogarszał, od 6 tygodni także na oku prawem. Od 2 tygodni niema wymiotów, bole głowy słabe Badanie stwierdza lekką asymetryę w zakresie dolnej gałązki n. VII. na korzyść strony prawej. Wysadzenie obu ócz, lekkiego stopnia drżenie oczu, wyraźniejsze przy patrzeniu w stronę lewą. Źrenice równe, okrągłe, oddziaływanie na światło niebardzo wydatne, wprost na oku lewem — mniej żywe, niż na prawem. Oko prawe = $^6/_{12}$, lewe: palce na 4 m. Dno oka: Neuritis, oedema n. optici utriusque. Odczyn Wassermanna z krwi ujemny. Ciśnienie płynu rdzeniowego w pozycyi siedzącej początkowe — 36 mm Hg, końcowe 16 mm Hg. Ciałek białych $^2/_3$ w mm^3; białka 1: 10,0. Odczyn Norms-Apelta bardzo słabo dodatni po 3 minutach. (Badanie wykonał Dr Bujak).

Na podstawie tych danych sądzi mowca, że należy rozpoznać **guz mózgu** i to w obrębie tych płatów, gdzie guzy nie dają objawów ogniskowych, a zatem w płatach czołowych lub skroniowym prawym, gdyż siedziba guza w móżdżku da się wyłączyć dla braku chodu móżdżkowego, adidokokinezy i asynergii. Ponieważ chory nie miał nigdy drgawek, niema bolesności ograniczonej, można przypuścić, że guz nie wychodzi ani z kości, ani z opon, a usadowiony jest podkorowo. — Z początku brano w rachubę także gośćcowe zapalenie nerwów, odpada ono jednak po uwzględnieniu długiego stosunkowo trwania, znacznego obrzęku tarczy nn. wzrokowych, a wreszcie nie tłomaczyłoby ono nader wysokiego ciśnienia płynu rdzeniowego.

3) Jasieński przedstawia przypadek przypuszczalnego **guza mózgu**. Chory J. G., l. 37, rolnik; obarczenia dziedzicznego niema, kiły nie przechodził, alkoholu używa miernie. Obecna choroba wystąpiła nagle, jako niedowład ręki i nogi prawej, w dwa tygodnie później wystąpiły bardzo gwałtowne bole głowy, upośledzenie wzroku, zaburzenia w mowie, w 4 tygodnie niemożność utrzymania moczu, znacznie później porażenie lewej połowy twarzy. Obecnie podaje chory, że ból głowy jest silniejszy, mowa jeszcze jąkająca, kończyna górna prawa silniejsza. — Badanie wykazuje porażenie lewego nerwu twarzowego, zapalenie obu nerwów wzrokowych; kończyna górna prawa nieco mniej sprawna i o żywszych odruchach, niż lewa. Odruch brzuszny i mosznowy po stronie prawej zniesione. Minimalna nierówność w sprawności kończyn dolnych na niekorzyść strony prawej. Odruch kolanowy żywszy, odruch ścięgna Achillesa znacznie żywszy po stronie prawej. Drganie padaczkowate stopy prawej. Objaw Oppenheima równie po stronie prawej. Czucie bez zmian.

4) Landau przedstawia bardzo daleko posuniętą: **dystrophia musculorum progressiva.** Chory S, P., l. 11, uczeń, dziedzicznie nie obciążony. Z rodzeństwa najstarszy, po nim poronienie, trzecie dziecko zmarło po 24 godzinach, czwarte cierpiało na padaczkę, piąte 2 lata, zdrowe. Urodzony prawidłowo, rozwijał się dobrze, w 3. roku ży-

cia przechodził odrę. Obecna choroba rozpoczęła się przed $1^1/_2$ roku podupadaniem na wadze i siłach. Powoli pogarszał się stan coraz bardziej, chory zaczął chodzić niezgrabnie, często upadał, na łóżku z trudnością zmieniał położenie, z krzesła nie mógł się unieść bez pomocy. W jakiś czas potem osłabły ręce, nie mógł podnieść ich do góry; palce były sprawne zupełnie. Obecnie nie może podnosić się z podłogi, chodzi z ogromnym trudem, bardzo często upada, ku przodowi nie może się pochylić, bo łamie się wpół i pada. Innych dolegliwości niema.

Badanie: Chory ogólnie wyniszczony, szczupły, stoi na szeroko rozstawionych nogach z wybitnem wygięciem kręgosłupa lędźwiowego ku przodowi, a górną częścią ciała przegiętą ku tyłowi dla utrzymania równowagi. Łopatki silnie odstają od klatki piersiowej, wyrostek barkowy po obu stronach niżej ustawiony, niż górny wewnętrzny kąt łopatki. Miednica silnie opuszczona spojeniem łonowem ku dołowi. Gdy chory siedzi lub leży, skrzywienie kręgosłupa i pochylenie miednicy niezupełnie się wyrównują. Zanik mięśni dotyczy przedewszystkiem pasa barkowego i mięśni obu ramion, w mniejszym zaś stopniu mięśni grzbietowych, mięśni pasa lędźwiowego i obu ud. W zakresie krótkich mięśni rąk i nóg, jak i mięśni przedramion, zaników niema. Mięśnie goleni wyraźnie przerosłe. Największe ograniczenie ruchów w mięśniach grzbietowych, pasie barkowym i lędźwiowym, mięśniach brzusznych i grupach strzałkowych obu kończyn dolnych. Ruchy w stawach drobnych dobre. Odruchy ścięgniste zniesione. Odruchy skórne bardzo słabe. Chód powolny z kołysaniem się w biodrach, stopy wyciąga chory, jakby z błota: t. zw. »chód czapli«. Z pozycyi leżącej bez oparcia się o krzesło wstać nie może. Czucie bez zmian.

Badanie elektryczne wykazuje znaczne obniżenie pobudliwości na oba rodzaje prądu w mięśniach dotkniętych zanikiem. Mm. dwugłowy i ramieniowy wewnętrzny nie oddziałują wcale z powodu zupełnego zaniku. Odwrócenia odczynu nigdzie niema. Rozpoznano: Dystrophia m. progressiva typu Leydena-Möbiusa.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z d. 22. kwietnia 1911.

Obecnych 20 członków.

I. Kol. Pasierbiński (z Zawiercia) opisał przypadek **zapalenia wyrostka robaczkowego u $2^1/_2$-rocznego dziecka.** Początek choroby nagły: gorączka i jednorazowe wymioty. Gorączka w drugim dniu 39·5, brzuch wzdęty nieznacznie, ucisk z prawej strony zdawał się być nieco bolesnym, a opór mięśniowy większym. Gorączka trwała przez trzy tygodnie; od 20. dnia choroby ciepłota zaczęła spadać poniżej 38°. W końcu czwartego tygodnia dziecko sprawiało już wrażenie zdrowego. Przez cały ten czas miało wypróżnienia codziennie. Nagle wystąpiło pogorszenie: gorączka, parokrotne wymioty, wzdęcie brzucha, niepokój. Rozpoznano niedrożność jelit. Podczas operacyi, którą wykonał prof. Kader z Krakowa, stwierdzono pomiędzy jelitami sześć mocnych zrostów, wyrostek robaczkowy wzdęty, przekrwiony, w środkowej części znaleziono pestkę agrestu. W odbytnicy trochę kału. Gorączka ustąpiła dopiero po upływie 10 dni. W 7. dniu było 11 sformowanych wypróżnień, w 8. dniu z powodu ropienia zdjęto sześć szwów. Gojenie rany trwało przeszło sześć miesięcy i zakończyło się zupełnem wyzdrowieniem dziecka. W końcu przytacza prelegent poglądy, wypowiedziane na Zjeździe chirurgów w Warszawie co do konieczności wczesnego operowania zapaleń wyrostka. Najlepsze wyniki daje operacya w pierwszym dniu choroby, po upływie 2 dni zabieg chirurgiczny nie jest już bezwzględnie wskazany.

W dyskusyi kol. Rozenfeld wyraża zdanie, że w przypadku kol. Pasierbińskiego trafne rozpoznanie w pierwszym dniu choroby było rzeczą przypadku. Na podstawie przytoczonych objawów i przebiegu choroby aż do chwili wystąpienia niedrożności jelit można było przypuszczać inną sprawę, n. p. dur brzuszny. Wszyscy pedyatrzy zgadzają się, że rozpoznanie zapalenia wyrostka u dzieci jest rzeczą nadzwyczajnie trudną. Operacya u dzieci w pierwszym dniu choroby najczęściej narazi lekarza na zawód, chore dziecko na zgoła zbyteczne powikłania. — Kol. Biegański sądzi, że dur brzuszny łatwo w danym razie wyłączyć na podstawie zrostów, jakie stwierdzono podczas operacyi. Zgadza się jednak z kol. Rozenfeldem, że rozpoznanie, uczynione przez kol. Pasierbińskiego w pierwszym dniu choroby, było przypadkowe. Ze względu na brak pewności zasadniczo przeciwny jest mowca wczesnemu operowaniu zapaleń wyrostka, zwłaszcza u dzieci. — Kol. Brzeziński wyłącza możliwość jakiejkolwiek innej przyczyny zrostów, prócz zmian w wyrostku, stwierdzonych podczas operacyi. — Kol. Broniatowski sądzi, że wobec doskonałych wyników wczesnego operowania, dostatecznem wskazaniem do operacyi w pierwszym dniu choroby były właśnie te niewyraźne objawy brzuszne, które stwierdził kol. Pasierbiński. — Kol. Batawia przytacza zdanie Sonnenburga, który przeciwny jest wczesnemu operowaniu. — Pogląd ten podziela również kol. Wasilewski.

II. Kol. Rozenfeld opisał **przypadek ropnia mózgu** u 45-letniego mężczyzny **w następstwie zgorzeli lewego płuca.** Choroba płuc trwała $1^1/_2$ roku i mimo nadzwyczajnego wyniszczenia ustroju zakończyła się pozornem wyzdrowieniem. W ostatnich czasach wykazywało badanie płuc bardzo niewyraźne stłumienie odgłosu wypukowego, osłabienie oddechu, skąpe rzężenia. Chory uważał się już za zdrowego, wyglądał doskonale i zaczynał pracować. W ciągu 6 ostatnich miesięcy miał kilkanaście napadów padaczkowych, na które cierpiał od 15. roku życia. W początkach kwietnia r. b. nagle po sześciu napadach drgawkowych wystąpiło utrudnienie mowy. Nazajutrz stwierdzono prawostronne porażenie nerwu podjęzykowego i twarzowego. Utrudnienie mowy zwiększało się z dniem każdym. W 4. dniu choroby wystąpiły bardzo silne kurcze kloniczne prawej kończyny dolnej, które trwały kilkanaście godzin z rzędu. Chory krzyczał w niebogłosy z powodu niezmiernie przykrych uczuć (parestezyi) w tejże kończynie. W 8. dniu choroby wystąpiły lekkie kurcze kloniczne i porażenie prawej kończyny górnej. W 10. dniu — zupełna niemota, porażenie prawej kończyny dolnej, osłabienie władz umysłowych, senność. Przez cały czas choroby ciepłota nie przewyższała 37·4, tętno — około 80. Bolu głowy i wymiotów nie było wcale. Rozpoznano ropień podkorowy lewej półkuli mózgu w okolicy ośrodków ruchowych i wysłano chorego do Warszawy na oddział kol. Flataua w celu dokonania operacyi. Operacya, wykonana przez kol. Oderfelda, wykazała obecność ropnia w okolicy odpowiadającej środkowodolnej części przedniego lewego zakrętu centralnego. Ropa gęsta, bardzo cuchnąca. Chory zmarł na drugi dzień po operacyi.

W dyskusyi podnosi kol. Biegański, że w danym przypadku rozpoznanie ułatwiały wywiady, stwierdzające przebycie zgorzeli płuc. Analogiczny przypadek spostrzegał kol. B. przed kilkunastu laty. Robotnik, l. 20, wskutek uderzenia klatki piersiowej doznał zgorzeli prawego płuca. Po pewnym czasie wystąpiły nagle drgawki, ból głowy i senność. Porażeń nie było wcale. Chory żył kilka dni. Wobec zgorzeli płuc rozpoznano ropień mózgu, nie mogąc jednak określić jego siedziby. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono ropień wielkości jaja w zrazie potylicznym. — Kol. Batawia zauważa, że często ropnie nie dają żadnych objawów za życia i wówczas stanowią niespodziankę przy badaniu pośmiertnem.

III. Kol. Wacław Kohn odczytał rzecz p. t.: **Praktyczna wartość odczynu Wassermanna.** (Odczyt ten po wygłoszeniu go na Zjeździe lekarzy prowincyonalnych w Łodzi — będzie drukowany). Karol Rozenfeld.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie Wydziału z dnia 12 maja 1911.

Jako gość obecny kol. Kramsztyk z Kołobrzega. Po zagajeniu przez wiceprezesa kol. Łazarewicza kol. Kramsztyk wygłasza odczyt: **Z dziedziny pedyatryi.**

Przyrząd Soxhletha nie usunął wszystkich wad sztucznego odżywiania. Teorya szkodliwości białka sernika krowiego nie utrzymała się. Nowy okres w nauce odżywiania rozpoczął się po ogłoszeniu szeregu prac z kliniki wrocławskiej. Zwrócono się do badań nad przemianą materyi. Później wziął górę nowy kierunek, więcej biologiczny. Niemowlę karmione sztucznie musi zużywać znaczną ilość komplementów. Bamberger szkodliwość mleka krowiego tłomaczy tem, że komórki nabłonkowe dziecka, niedość rozgatunkowane, nie mogą sobie dać rady z tym pokarmem. Schlossmann i Finkelstein uodporniali nabłonki przez podskórne wstrzykiwanie mleka. Teoryę tę obaliły znów badania Langsteina. Droga czysto doświadczalna zawiodła, więc zwrócono się do badań klinicznych. — Falująca krzywa podczas okresu dyspepsyi świadczy o walce ustroju, potem następuje szybki upadek wagi i charłactwo. Do objawu pokarmowej dekompozycyi dołącza się stan intoksykacyi. W tym stanie wskazane jest leczenie głodowe, tylko herbata z sacharyną (cukier sprzyja gorączce), mleko kobiece w niewielkich ilościach, albo mleko odtłuszczone. — Praca Bokaya zwróciła uwagę na kwasy organiczne. Zajął się tą sprawą Langstein. Trawienie mleka kobiecego jest połączone z fermentacyą, krowiego z gniciem. — Większą śmiertelność niemowląt w miesiącach gorących rozmaicie tłomaczą. Jedni sądzą, że drobnoustroje więcej się rozwijają, Amerykanie znów przypisują winę bezpośredniemu działaniu gorąca, co twierdził już dawniej Meinert, a Finkelstein obecnie potwierdza. — Finkelsteim badał wpływ soli i stwierdził, że wstrzyknięcie rozczynu soli z cukrem wywołuje gorączkę, chlorek potasu zaś wstrzymuje podniesienie ciepłoty. To działanie cukru na gorączkę Finkelstein i Meyer tłomaczą fizycznie i przypisują je jonom. Schloss natomiast widzi powód gorączki w zatrzymywaniu się soli i wody w ustroju. Rosenthal tylko częściowo uznaje teoryę Finkelsteina. Badania jego na zwierzętach zbijają wyniki Schapsa. Nawet pierwotne uszkodzenie przewodu pokarmowego nie podnosi ciepłoty. Mowca kończy apelem, by stosować tylko odżywianie piersią.

W dyskusyi zapytuje kol. Adamczewski, czy w próbach Meyera chodzi o szkodliwe części, znajdujące się w serwatce kobiecego czy krowiego mleka? Jak się z tem zgadza zalecane stosowanie krowiej serwatki przy dyspepsyi? — Kol. Święcicki: Ginekolog nieraz musi rozstrzygać, jak przeprowadzić odżywianie osesków. Prelegent nie wspominał o bardzo ważnej różnicy natury morfologicznej. Przy badaniu mleka krowiego ultramikroskopem znaleziono ciałka ruchome, »laktokonie«, których nie spostrzegano w mleku kobiecem. Mowca przypomina pracę Přibrama i Meyerhofera, według której można mleko z wodą utlenioną transportować bardzo daleko. Przy omawianiu gorączki należało poruszyć także pytanie, czy nie jest ona przyrody anafilaktycznej. — Kol. Karwowski zapytuje, o ile dyeta Finkelsteina przy wyprysku okazała się w praktyce uzasadnioną. — Kol. Kapuściński zaznacza ze swej praktyki, że mleko pasteryzowane oddawało bardzo dobre usługi. — Kol. Kramsztyk odpowiada: Błona śluzowa dostosowuje się do nowego pokarmu i pokazuje się pepsyna. O anafilaksyi jeszcze rozstrzygać nie można. Perhydrol bardzo dobrze konserwuje mleko. Co do dyety Finkelsteina, to osobiste doświadczenia mowcy w przypadkach wyprysku były niekorzystne, natomiast maść tumenolowo-cynkowa wygoiła sprawę bardzo szybko. Beztłuszczowa i jarska dyeta oddaje w tych razach bardzo dobre wyniki. — W końcu zaznacza kol. Kapuściński, że przez ciepłotę 60° przy pasteryzacyi fermenty jeszcze nie zostają zniszczone.

Zebranie Wydziału z dn. 26 maja 1911.

Wiceprezes kol. Łazarewicz, odczytawszy zaproszenie Towarzystwa lekarskiego w Łodzi na jubileusz, z okazyi którego mianowano kol. Chłapowskiego i Święcickiego członkami honorowymi, zachęca do wzięcia udziału w jubileuszu. Dalej zawiadamia, że z funduszu Biedkiewicza udało się dla »Nowin« uzyskać subwencyę na 3 lata w wysokości M. 500. Następnie odczytuje zaproszenie połączonych towarzystw zawodowych (niemieckich) na zjazd w Poznaniu, połączony z wykładami. Pozostawia się członkom do woli, o ile chcą wziąść udział w części naukowej zjazdu.

W wolnych głosach kol. Gantkowski zawiadamia o spodziewanym udziale kolegów wielkopolskich w Zjeździe krakowskim. Wykłady wygłoszą kol. Meissner, Karwowski (2 wykłady), Falgowski, Święcicki, Fr. Zakrzewski i Gantkowski.

Na członków przyjęto jednogłośnie koleżankę Janinę Zniniewiczównę oraz kol. Jana Zniniewicza.

Adam Karwowski.

I. Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego w Łodzi w dniu 4. i 5. czerwca 1911.

Sekcya medycyny publicznej

podali Dr Skalski i Dr Łuczycki.

1) J. Dehnel (Sosnowiec). **Rozwój i stan szpitalnictwa w Zagłębiu Dąbrowskiem w ciągu ostatnich 25 lat, oraz uwagi o szpitalach na prowincyi.** Szpitale urzędowe i fabryczne w Zagłębiu nie stoją na wysokości zadania. Dla dobra naszego szpitalnictwa w naszych warunkach Towarzystwo lekarskie i ogół lekarzy powinny się przyczynić do poprawy tych stosunków, wniknąć w sprawy szpitalne, oraz otoczyć szpitale właściwą fachową opieką.

A. Jarosiński (Sterdyń). **O szpitalnictwie w gubernii siedleckiej.** (Rzecz, drukowana w całości w »Przeglądzie lekarskim«).

W dyskusyi Męczkowski nie tak ponuro zapatruje się na stan szpitalnictwa i jest zdania, że przy dobrej wierze w swe siły, staraniu i energii, drogą inicyatywy prywatnej można do pewnego stopnia naprawić braki szpitalnictwa naszego.

3) H. Trenkner (Łódź). **Stan obecny szpitalnictwa w Łodzi.** Brak ogólnego szpitala miejskiego, 1083 łóżka w 16 szpitalach i lecznicach, 30 łóżek dla rodzących i 12 łóżek w oddziale gruźliczym w półmilionowem mieście, przodującem w całej Europie pod względem śmiertelności z gruźlicy, nie odpowiada najskromniejszym wymaganiom. Prelegent uważa za konieczne podjęcie budowy szpitala ogólnego miejskiego, przytułków położniczych, sanatoryum ludowego dla gruźliczych.

4) W. Chodźko (Kochanówka). **Stan opieki nad umysłowo chorymi w Królestwie Polskiem.** Prelegent stwierdza, że w chwili obecnej zaledwie $^1/_{10}$ część umysłowo chorych mieszkańców Królestwa znajduje miejsce w szpitalach psychiatrycznych w kraju; szpitale istniejące nie odpowiadają wymaganiom naukowym. Ofiarność prywatna nie może wydołać rosnącemu wciąż zapotrzebowaniu miejsc. Prelegent wypowiada pogląd, że pod groźbą klęsk i katastrof społecznych, które mogą nastąpić wskutek pozostawienia bez leczenia około 20.000 obłąkanych mieszkańców Królestwa, należy pragnąć niezwłocznego wprowadzenia w kraju szerokiego samorządu miejskiego i wiejskiego, opartego na demokratycznej ustawie wyborczej. Sprawami zdrowotności publicznej powinna zarządzać instytucya centralna na wzór byłej Rady głównej opiekuńczej zakładów dobroczynnych w Królestwie Polskiem, albo Assistence publique we Francyi, z organem specyalnym do spraw opieki nad umysłowo chorymi. Każda gubernia Kró-

lestwa powinna otrzymać przynajmniej po jednym szpitalu dla umysłowo chorych na 700 łóżek, obejmującym oddziały dla umysłowo chorych uleczalnych, kolonie robocze i rolnicze, oddział opieki rodzinnej, oddział dla niezamożnych chorych nerwowych i ambulatoryum dla chorych nerwowych, umysłowych i alkoholików. Należy stworzyć na terytoryum Królestwa Towarzystwo pomocy dla niezamożnych umysłowo chorych, wychodzących ze szpitali, pożądane jest tworzenie Towarzystw wzajemnej pomocy, ubezpieczających od wypadków chorób umysłowych na wzór stowarzyszenia w Norymberdze. Nowo budowane zakłady prywatne dla umysłowo chorych powinny być obliczane na znaczną ilość łóżek, zaopatrzone w urządzenia komfortowe kosztem Towarzystw akcyjnych, w tym celu zawiązanych. W celu opracowywania podstaw naukowych szpitalnictwa psychiatrycznego nawołuje prelegent do szybkiego utworzenia Towarzystwa neurologiczno-psychiatrycznego. Wnioski prelegenta zgodnie z jego żądaniem będą przekazane komisyom stałym Zjazdów lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego, oraz Zjazdów neurologów i psychiatrów polskich.

5) J. Brudziński (Warszawa). **Współczesne szpitalnictwo dziecięce.** Po krótkim rysie historycznym rozwoju szpitalnictwa dziecięcego u nas i gdzieindziej wskazuje prelegent na konieczność uwzględnienia w budowie i urządzeniu szpitali dziecięcych specyalnych urządzeń dla uniknięcia zakażeń wewnątrzszpitalnych. Źródłem tych zakażeń jest ambulatoryum, dlatego powinno ono być odpowiednio urządzone, posiadać sortownie chorych, kilka separatek w postaci oddzielnych pokoików, czy też boksów. Drugiem źródłem zakażenia są przypadki podejrzane, dlatego też takie przypadki muszą przejść przez t. zw. stacyę obserwacyjną. Prócz tego powinny być urządzone specyalne pawilony dla poszczególnych chorób zakaźnych. Zarówno na oddziałach chirurgicznych, jak i na oddziałach zakaźnych, powinna być urządzona pewna liczba t. zw. boksów i pokoików — separatek dla osobniczego izolowania chorych. Jako źródło zawlekania chorób zakaźnych powinno być również unormowane i ograniczone odwiedzanie chorych i odbywać się na oddziałach zakaźnych tylko z zewnątrz. Przy szpitalach dziecięcych powinna istnieć stacya dla chorych niemowląt. Mówca nawołuje lekarzy prowincyonalnych do zajęcia się sprawą budowy szpitali dziecięcych na wzór Łodzi i Lublina.

W dyskusyi zabierali głos kol. Szczepaniak i Zawadzki.

6) S. Bronowski (Warszawa). **O stanie materyalnym lekarzy Królestwa polskiego (na zasadzie odpowiedzi na kwestyonaryusz) i o środkach poprawy tego stanu.** (Rzecz drukowana w »Przeglądzie lekarskim«).

7) A. Jarosiński (Sterdyń). **Stanowisko i byt lekarza na prowincyi.** Ideałem lekarza jest lekarz wiejski, który, o ile jest człowiekiem idei, może szerzyć wśród ludu postęp i kulturę. Pożądanem jest, by w kraju naszym, gdzie ciemnota ludu jest znaczna, lekarze osiadali na wsi w celu walki z przesądami. Zbyt wielu lekarzy osiada w Warszawie, gdzie przypada 1 na 1000 ludności, na prowincyi zaś przypada 1 na 13,000, a są i takie powiaty, gdzie wypada 1 na 30,000, lub 1 na 40,000 ludności. Dużo jest powodów stronienia lekarzy od prowincyi, a mianowicie: 1) lekarz jest stałem pogotowiem ratunkowem, 2) pracuje pośród otoczenia mało kulturalnego, 3) zarabia niewiele, 4) jest narażony na niebezpieczeństwo zarażenia się chorobą zakaźną i wcześnie umiera, 5) lekarz prowincyonalny, pozbawiony dobrze urządzonych szpitali i bliższej styczności z ruchem naukowym, pozostaje całe życie lekarzem mniej sprawnym, lekarzem drugiego rzędu. W życiu lekarza wiejskiego są i jasne strony; za takie uważa prelegent blizkie obcowanie z naturą, blizką styczność z ludem, oraz przekonanie o ważności swego posłannictwa. Nieszczególne warunki bytu lekarza prowincyonalnego wypływają z ogólnego ubóstwa kraju; nie mogąc ich znieść, lekarze powinni dążyć do polepszenia tych warunków. Obowiązkiem lekarza jest: 1) podnieść poziom swego wykształcenia zawodowego, 2) współdziałać w tworzeniu kas samopomocy i 3) brać żywy udział w podnoszeniu zdrowotności kraju i we wszelkim ruchu kulturalnym.

8) A. Szczepaniak (Radom). **O zawodowem zespoleniu lekarzy.** Zmiana w stosunkach społecznych, oraz w zapatrywaniach na wartość pracy lekarskiej zmusza nas do prostowania fałszywych pod tym względem poglądów. Ogół dostrzega jedynie jednostki, które zdobywszy praktykę, zdobyły i zasoby, nie widzi zaś, że większość lekarzy żyje ze swej pracy z dnia na dzień i nie może zabezpieczyć ani sobie, ani rodzinie spokojnego jutra. Skoro lekarz pracuje z narażeniem swego życia nad ratowaniem innych, skoro obowiązany jest spieszyć z pomocą każdej chwili dnia i nocą, ma on prawo wymagać należytego wynagrodzenia za swą pracę. Lekarzowi nie wolno uchylać się od obowiązków społecznych, odmawiają oni jednak komukolwiek prawa do zwalania całego ciężaru filantropii na swe barki. Chęć należytego służenia społeczeństwu swą wiedzą i pracą, współdziałania z ogółem w pracy społecznej, wreszcie przeświadczenie o potrzebie poprawy stosunków koleżeńskich nakazują nam zrzeszyć się w celu podniesienia moralnej, intelektualnej i materyalnej kultury wśród ogółu lekarzy, oraz w celu zwiększenia wydajności pracy naszej dla zadośćuczynienia obowiązkom społecznym. Mowca proponuje: 1) W celu moralnego podniesienia znaczenia swego w oczach ogółu uregulować stosunki między sobą, wypływające z wspólnej pracy zawodowej, przez wzajemne omówienie i przyjęcie pewnych reguł postępowania. 2) W celu zabezpieczenia się od wyzysku osób i instytucyi ustanowić obowiązującą skalę wynagrodzenia, którą wszyscy dla wiadomości ogółu winniśmy wywiesić w swych poczekalniach. Rozszerzeniem tych dwóch punktów jest regulamin, przyjęty przez Tow. lekarskie radomskie, a zaprojektowany przez prelegenta. Stosunki lekarzy wzajemne do siebie i do pacyentów powinny być regulowane przez Towarzystwa lekarskie, za przykładem Tow. lekarskiego radomskiego i innych.

9) J. Zawadzki (Warszawa). **W sprawie bytu lekarzy. Kasy przezorności i oszczędności.** Sprawa zabezpieczenia bytu materyalnego lekarzy nie może zejść z porządku dziennego, gdyż byt ten pogarsza się stopniowo. Zarobki lekarzy są na ogół mniejsze, a środki życia coraz kosztowniejsze. Stąd coraz więcej lekarzy zostawia swe rodziny bez zabezpieczenia. Istniejąca przy warsz. Tow. lekarskiem Kasa zapomóg, jako oparta na zasadach filantropii, nie odpowiada zadaniu, jest zresztą zbyt małą instytucyą pod względem finansowym, aby mogła zadowolić najskromniejsze wymagania lekarzy. Pozostają dwa typy, oparte oczywiście na samopomocy: kasy pożyczkowo-oszczędnościowe i przezorności. Typ pierwszy: Kasa, założona przed 12 laty w Warszawie, ma dotąd zaledwie stu kilkudziesięciu członków. Celem jej — tylko gromadzenie oszczędności i wydawanie członkom pożyczek. W ciągu 12-lecia Kasa zdołała ugruntować się, ale dalszy rozwój zależy wyłącznie od powiększenia liczby członków. Kasa stačby się mogła dla lekarzy bankiem, mogłaby obracać znacznymi funduszami, gdyby zapisali się do niej wszyscy lekarze choćby z Królestwa. Bank taki mógłby przynieść nieocenione usługi lekarzom, pozbawionym kredytu w chwilach nieraz najtrudniejszych. Drugi typ, kasy przezorności z podziałem na kapitał oszczędnościowy i przezornościowy, o tyle ma wartość, o ile członek ma płacodawcę wnoszącego pewną sumę na kapitał B., przezornościowy; w stosunkach lekarskich wartości ten typ kasy nie posiada, a przynajmniej nie większą, niż kasa czysto oszczędnościowo-pożyczkowa. Oparcie przyszłości na oszczędności osobistej jest najpewniejsze, o tyle jednak, o ile lekarz nie umrze zbyt wcześnie, lub zbyt wcześnie nie utraci zdolno-

ści do pracy. Co się tyczy ubezpieczeń na życie, są one ryzykiem, opartem na olbrzymich zyskach Towarzystw. Dlatego też wszędzie starają się tworzyć kasy emerytalne, oparte na samopomocy. Podobną instytucyę posiadamy w kraju pod nazwą Stowarzyszenie emerytalne. Warunki są dostępne dla lekarzy i pozwalają na zabezpieczenie emerytury, pensyi wdowiej i sierocej, posagów dla dzieci i funduszu pogrzebowego. Grupowe wstąpienie znacznej liczby lekarzy pozwalałoby na wywarcie wpływu na zarząd stowarzyszenia i uzyskanie odpowiednich ustępstw. Poza tem lekarz powinien ubezpieczyć się od wypadku, a co ważniejsza — należy stworzyć Kasę chorych lekarzy na wzór Kasy przy b. Stowarzyszeniu lekarzy polskich (oraz na wzór Kasy pomocy lekarzy w Łodzi, [przyp. sekretarza] i Kasy chorych przy Izbie lek. we Lwowie. [Przyp. red.]). Z zawodu swego myśląc stale o doli bliźnich, dotąd zbyt mało myśleliśmy o sobie; czas o tem pomyśleć. Mowca ma nadzieję, że I. Zjazd lekarzy prowincyonalnych stanowić będzie erę w naszych stosunkach pod tym względem.

Dyskusya: Ant. Kędzierski zgadza się na pierwszą część odczytu kol. Bronowskiego, nie sądzi, by walka z aptekarzami i urządzanie apteczek domowych, oraz utworzenie stanowisk lekarzy gminnych mogło zaradzić złemu. Wynagrodzenie lekarzy, zarówno jak każde inne, reguluje się popytem i podażą; umowy niewiele pomogą, bo lekarz musi konkurować nie z lekarzami, lecz z partaczami; dziś się już nie opłaca finansowo podrywać zaufanie do kolegów, bo jest to szkodzenie własnemu choremu, a wszak naszą zasadą jest »primum non nocere«. Dola lekarza na prowincyi jest rzeczywiście tragiczną, ale kwilenie świadczy o słabości i nic nie pomaga. Pomódz mogą jedynie najszersze zrzeszania się. Mówca jest za utworzeniem Kasy emerytalnej, jeżeli warunki na to pozwolą; tymczasem nawołuje do zakładania Towarzystw oszczędnościowych, jak radzi kol. Zawadzki.

Kol. Zaleski z powodu odczytu kol. Jarosińskiego zaznacza, że położenie materyalne lekarza na prowincyi, jakkolwiek nie jest zadowalniające, znacznie się poprawiło w porównaniu z tem, co było lat temu 20 lub 30. Stan kulturalny i materyalny ludu podniósł się; lud leczy się chętniej i płaci lepiej. Wzruszający obrazek lekarza prowincyonalnego, narysowany przez prelegenta, należy do minionej przeszłości. Być może znajdzie się gdziekolwiek w kraju podobny stan rzeczy, ale chyba jako wyjątek. Dostateczny zasób wiedzy i wytrwałość muszą wyrobić lekarzowi zawsze warunki istnienia.

Kol. Garbaczewski proponuje, aby w stosunkach między lekarzami używać zwrotu »kolego«, jak to czynił Prof. Chałubiński i inni.

Kol. Skalski w sprawie odczytu Bronowskiego zaznacza, że liczba lekarzy w Warszawie jest wyższa od 700, jaką podaje prelegent. Uważa za mylne zdanie Bronowskiego co do nizkiego poziomu etyki lekarskiej w Łodzi. Na poparcie swego zdania przytacza opinię kol. Brudzińskiego, który w jednem z przemówień na obecnym Zjeździe podnosił dobre stosunki panujące wśród lekarzy łódzkich.

Prof. Ciechanowski przedstawia stosunki bytu lekarzy galicyjskich, stwierdzając, że w ogólnym zarysie mają one bardzo wiele analogii ze stosunkami lekarzy prowincyonalnych w Królestwie tak, jak je przedstawił kol. Jarosiński. Obraz ma tesame światła i cienie, tylko co do dochodów wypada w pomniejszeniu, mianowicie średni i minimalny dochód lekarza w Galicyi jest mniejszy, niż w Królestwie; ale tak samo warunki bytu — materyalne i moralne — są różne w różnych częściach kraju, zależnie od poziomu, kultury i stanu ekonomicznego ludności w tym, lub innym powiecie. Daleko idąca analogia stosunków lekarskich w Galicyi i Królestwie stwarza analogię i co do programu i sposobu działania. Dla poprawy bytu i warunków pracy lekarzy jedną z najważniejszych dróg jest zrzeszanie się, jak to się okazało praktycznie w Galicyi (Związek krajowy lekarzy galicyjskich, ustanawianie taryf lekarskich, zatwierdzanych przez Izby lekarskie), przestrzeganie etyki lekarskiej i podnoszenie kultury ludności. Mowca popiera myśl przygotowywania młodych lekarzy do praktyki prowincyonalnej. Co do zabezpieczenia na starość i bytu rodzin, to w Galicyi doszli lekarze do przekonania, że założenie własnych kas emerytalnych jest obecnie niemożliwe (badania, przeprowadzone przez Izby lekarskie); dlatego mowca popiera wywody kol. Zawadzkiego o kasach oszczędnościowo-pożyczkowych.

Kol. Goldenberg w odpowiedzi kol. Zaleskiemu z naciskiem zaznacza, że obrazek naszkicowany przez kol. Jarosińskiego jest zgodny z prawdą jeszcze i teraz. Wielu kolegów w małych miasteczkach zarabia około $1\frac{1}{2}$ tysiąca rubli rocznie. Mowca proponuje udzielanie zapomóg młodym lekarzom na dalsze studya po ukończeniu uniwersytetu.

Kol. Pełczyński: Obraz, narysowany przez kol. Jarosińskiego i potwierdzony przez Goldenberga, jest zupełnie prawdziwy. Mówca pracował przez lat 12 wśród szlachty zagonowej i zarabiał od 1200—1500 rbs. Popyt na lekarzy na prowincyi jest mały z dwu przyczyn: małego przygotowania lekarzy osiadających na prowincyi i nieznajomości psychologii ludu i wynikającej stąd nieufności do lekarzy.

Kol. Bronowski, odpowiadając oponentom, nawołuje, by lekarz, pochodzący ze wsi, osiadał na prowincyi, lekarz zaś urodzony w mieście, niech w mieście pracuje. Zdaniem mówcy będzie to korzystniej dla lekarzy i otoczenia. Kol. Kędzierskiemu odpowiada, że nie radzi walczyć z aptekarzami, a apteczki domowe zaleca w celu umożliwienia korzystania biednej ludności z lekarstw. Nie zaleca prócz tego kolegom prowincyonalnym udzielania wielkiej liczby porad bezpłatnych i nawołuje do utworzenia stanowisk lekarzy gminnych i okręgowych. Z Prof. Ciechanowskim prelegent się w zupełności zgadza. Kol. Skalskiemu odpowiada, że wnioski swoje co do poziomu etyki wśród lekarzy łódzkich oparł na wynikach ankiety, nie odpowiada więc za ich treść.

Kol. Fidler wskazuje na konieczność utworzenia Kasy emerytalnej dla lekarzy Królestwa Polskiego; w tym celu należy zebrać materyał i przygotować odpowiedni memoryał dla przyszłego Zjazdu lekarzy prowincyonalnych Królestwa.

Zabierali nadto głos kol. Okuszko i Chodźko.

10) Br. Sawicki (Warszawa). **W sprawie kształcenia młodych lekarzy.** Poziom wiedzy lekarskiej zależy od wielu czynników. Najważniejszymi są: szkoła lekarska, szpitale, Towarzystwa lekarskie, oraz organizacya kursów praktycznych dla młodych lekarzy. Wielki wpływ wywiera na poziom wiedzy lekarskiej szkoła, wpływa ona przedewszystkiem na ich przygotowanie do działalności. Zasób wiadomości praktycznych, z jakim pokolenie mowcy i jego następcy opuszczali ławy uniwersyteckie, był nadzwyczaj ubogi, tembardziej, że uniwersytet warszawski przez długie lata nie posiadał klinik ginekologicznej i ocznej. Słowem nasz lekarz po otrzymaniu dyplomu jest znacznie słabiej przygotowany do pracy praktycznej, niż kolega jego z Zachodu. Towarzystwa lekarskie na prowincyi mało dać mogą wobec swej małej żywotności i z małymi wyjątkami wiodą żywot suchotniczy. Jeśli nie mogą one czynić doniosłych odkryć naukowych, to kilka referatów zbiorowych lub spostrzeżeń kazuistycznych może zapełnić jeden lub dwa wieczory na miesiąc. Prelegent proponuje utworzenie w Warszawie kursów praktycznych dla lekarzy, które w Niemczech rozwinęły się znakomicie. Kursa, zainicyowane i parę lat trwające w Krakowie, zostały zwinięte dla braku słuchaczy. Przedstawiwszy w ogólnych zarysach sprawę szpitali na Zachodzie, prelegent wyraża zdanie, że szpitalnictwo i pomoc lekarska u nas są nad wyraz opłakane

i podaje projekt przyszłej organizacyi asystentów szpitalnych na zasadach następujących: 1. Połączenie obowiązków asystentów oddziałowych z obowiązkami obecnych lekarzy miejscowych. 2. Zapewnienie asystentom odpowiedniego utrzymania. 3. Równomierne rozmieszczenie asystentów po oddziałach. 4. Unormowanie ich pracy tak, by zajęcia ich nie przeszkodziły pracy na oddziałach. 5. Wprowadzenie do szpitali tych urządzeń, które są potrzebne ze względu na leczenie chorych, oraz na potrzeby asystentów. W roku zeszłym wskutek usilnych starań kuratora i lekarza szpitala św. Trójcy Ministeryum spraw wewnętrznych zgodziło się na utworzenie etatowej posady asystenta chirurga z płacą 500 rb. i prawami służby państwowej. Nominacya ta może być wzorem dla innych.

11) Lidmanowski K. (Zagórowo). **Organizacya pomocy lekarskiej dla ludu.** Wobec braku celowej organizacyi pomocy lekarskiej dla ludu w naszym kraju powinni lekarze prowincyonalni, szczególnie zamieszkali po osadach i mniejszych miastach, gdzie niema szpitali, pomyśleć sami o stworzeniu chociażby w najętym umyślnie domu czasowego przytułku dla chorych wieśniaków, nie mających możności leczenia się u siebie w domu. To ułatwi w przyszłości powstanie małych szpitalików, które jedynie mogą naszemu wieśniakowi nieść rzetelną pomoc w jego chorobie.

W dyskusyi zapytuje kol. Koszutski o stronę finansową projektowanych »szpitali-mieszkań«, obawia się bowiem, że tworzenie ich może wymagać ofiar finansowych ze strony lekarza.

Kol. J. Zawadzki sądzi, iż po pewnym czasie istnienia lecznicy wiejskiej bez legalizacyi dla wypróbowania ludności, należy lecznicę zalegalizować. Każdy lekarz ma prawo otworzyć lecznicę i zawiadamia o tem władzę gubernialną. Przepisanie następnie lecznicy na gminę lub jednostkę ziemską będzie łatwe. W końcu żąda z naciskiem, aby włączyć tę myśl do postulatów Zjazdu.

Kol. Nowakowski żąda wyjaśnienia podstawy prawnej zakładania szpitalików; obawia się, że w niektórych powiatach można spotkać trudności ze strony władz powiatowych, powodowanych obawą o los szpitali powiatowych.

Kol. Idzikowski sądzi, że zakładanie lecznic po miasteczkach jest pierwszym etapem do organizacyi naszych szpitali i posiada doniosłe znaczenie. Lecznica powinna uwzględniać przeważnie chorych chirurgicznych. Do zakładania takich lecznic nie powinny zrażać ani trudności odosobnienia chorych, aseptyki, ani koszta. Pierwsze zależą całkowicie od lekarza kierującego lecznicą, drugie znajdą się i opłacą sowicie w miarę zdobycia zaufania przez lekarza.

Kol. Godlewski: Szpitaliki prywatne oddają ludności wiejskiej rzetelną usługę. Nadają się do nich chorzy, wymagający zabiegów chirurgicznych, po nagłych wypadkach, oraz chorzy nerwowo lub inni, wymagający usunięcia z otoczenia domowego.

12) K. Okuszko (Praszka). **Zadanie lekarza w przedsiębiorstwach wielkiego przemysłu przy obecnej organizacyi pomocy lekarskiej.** Usunięcie wielu braków obecnej pomocy lekarskiej jest w mocy lekarza fabrycznego. Większość lekarzy fabrycznych jest przeciążona pracą, wynika to wskutek niedostateczności personalu, oraz bezpłatnej pomocy lekarskiej, z czego korzystają symulanci. Ambulatorya fabryczne nie posiadają wielu niezbędnych narzędzi. Szpitale fabryczne pozostawiają wiele do życzenia. Higieniczna strona działalności lekarza fabrycznego, polegająca na nadzorze nad czystością ubikacyi fabrycznych, łaźni, ustępów, studzien, na zapobieganiu szerzeniu się epidemii przez szczepienia ochronne, izolacyę chorych, odkażanie mieszkań, jest niemal zupełnie zaniedbywana przez lekarzy fabrycznych. Wynika to z braku energii i przepracowania lekarzy fabrycznych, oraz oporu przemysłowców. Wszystkie te trudności nie powinny powstrzymać lekarza od dążenia do sumiennego spełniania obowiązków. Pomoc lekarska dla pracowników przemysłowych powinna być zorganizowana tak, by przy możliwej oszczędności czasu była jaknajbardziej produkcyjną i owocną. W tym celu w porozumieniu z zarządem fabryki i pracownikami powinien być przez lekarza wypracowany pewien regulamin, do którego powinni się stosować wszyscy pracownicy, chcący korzystać z bezpłatnej pomocy lekarskiej. Urządzenie szpitala fabrycznego powinno czynić zadość wymaganiom higieny, zarówno co do wielkości sal, wentylacyi, oświetlenia, jak i urządzenia wewnętrznego. Higieniczna strona działalności lekarza fabrycznego powinna być przezeń traktowana z równą sumiennością, jak lecznicza. Wprowadzenie tych wszystkich reform wymaga od lekarza planowości w działaniu i oryentowania się w sytuacyi. Co do symulacyi, to lekarz powinien starać się ograniczyć ją do minimum. Stosunek do zarządu fabrycznego wymaga dużo taktu, wytrwałości i cierpliwości i taktu przy wprowadzeniu reform. Według tego wzoru została wprowadzona organizacya w Hucie »Częstochowa« dzięki pracy kolegów Michałowicza i Rudzkiego.

W dyskusyi kol. Pełczyński pyta prelegenta, ile godzin dziennie powinien pracować lekarz fabryczny, gdy ma spełniać to wszystko, czego wymaga odeń kol. Okuszko i czy fabrykant zechce odpowiednio wynagrodzić lekarza. — Kol. Tokarski jest zdania, że lekarz fabryczny nie może się wdawać w techniczną stronę zabezpieczenia od wypadków przy maszynach. Rady te mogłyby tylko dyskredytować jego powagę. — Kol Szulc nie podziela zdania prelegenta co do częstości przypadków symulacyi. Na zasadzie 20 lat obserwacyi w Żyrardowie jest on zdania, że daleko częstszą niż symulacya, jest raczej agrawacya. — Kol. Dehnel potwierdza istnienie braków leczenia ambulatoryjnego, wynikające z przepełnienia ambulatoryów przez ludzi właściwie nie chorych. Lekarz fabryczny, zajęty leczeniem, niema wprost czasu na pracę higieniczną. Poprawa stosunków mogłaby nastąpić pod wpływem Towarzystw lekarskich. — Kol. Puterman zaznacza, że metoda Wolff-Eisnera jest obecnie zarzucona, jako zbyt czuła, stwierdza bowiem ogniska gruźlicze już zagojone. — Kol. Skalski zaznacza, że właściwszym byłby termin »służba zdrowia«, nie »oddział lekarski«, jakiego używa prelegent.

13) J. Pełczyński (Radom). **Stan rzeczoznawstwa sądowo-lekarskiego na prowincyi.** Autor przytacza najważniejsze artykuły prawa, dotyczące znawstwa sądowo-lekarskiego, z procedury cywilnej, karnej, oraz ukazu Senatu Rządzącego. Działalność lekarza sądowego składa się z dwu oddziałów: znawstwa na śledztwie pierwiastkowem, oraz znawstwa na śledztwie sądowem. Prelegent rozpatruje szczegółowo oba te działy. Czynności sądowo-lekarskie, zajmujące bardzo wiele czasu, nie są odpowiednio wynagradzane. W końcu referatu autor porównywa stanowisko lekarza sądowego w Austryi, Niemczech i Rosyi. Do poprawy stanu rzeczy konieczne jest 1. podniesienie poziomu wykładów medycyny sądowej, tak co do strony naukowej, jak i praktycznej, przez obsadzanie na katedrach nie teoretyków, ale ludzi, łączących głęboką wiedzę z praktyką sądowo-lekarską, a więc dokonywaniem ekspertyz sądowo-lekarskich w gabinetach medycyny sądowej przez profesorów i asystentów wobec studentów. 2. Stworzenie posad lekarzy sądowych i obsadzanie ich lekarzami, poświęcającymi się tej gałęzi nauki i odpowiednie wynagradzanie za każdą czynność lub ryczałtowo (patrz taksa austryacka); mianowanie biegłymi przez sądy takich lekarzy, którzy wykazali się już znajomością tej gałęzi medycyny, jako asystenci przy katedrze medycyny sądowej, lub pomocnicy lekarzy sądowych; potrzeba aplikacyi sądowo-lekarskiej 3. Urządzenie gabinetów do badań sądowo-lekarskich w miastach uniwersyteckich przy katedrach medycyny sądowej, w miastach gubernialnych przy sądach okręgowych, w innych miastach przy kancelaryach sądów pokoju lub sędziów śledczych.

14) B. Łuczycki (Łódź). **Stan rzeczoznawstwa sądowo-lekarskiego na prowincyi.** Główne przyczyny braków obecnego stanu znawstwa lekarsko-sądowego na prowincyi są następujące: 1) Wzywanie przez sąd lekarzy często nie posiadających odpowiednich kwalifikacyi naukowych i zupełnie nieprzygotowanych do tych czynności. 2) Niesłuszne stanowisko procedury sądowej, według którego znawca niema prawa grać roli czynnej w sprawie. 3) Bardzo nizkie uposażenie lekarzy miejskich i powiatowych, którzy z urzędu spełniają czynność znawców, a wskutek tego pragną jaknajszybciej załatwić bezpłatne czynności, by praktyką prywatną zarobić na utrzymanie. Wskutek tego praca nad udoskonaleniem się w kierunku znajomości medycyny sądowej leży odłogiem. 4) Wadliwości śledztwa pierwiastkowego dla braku osobnych lekarzy sądowych, zaopatrzonych w niezbędne przy badaniu pomoce naukowe, oraz wykonywanie sekcyi w warunkach nieodpowiednich. 5) Wadliwości śledztwa sądowego, wynikające z braków śledztwa pierwiastkowego. 6) Wadliwe postawienie sprawy wykładów medycyny sądowej w uniwersytetach, oraz brak praktycznych zajęć z tej gałęzi wiedzy lekarskiej. 7) Otrzymywanie posad inspektorów lekarskich, oraz lekarzy wiejskich bez konkursu. 8) Zupełna ignorancya prawników w sprawach sądowo-lekarskich. 9) Pozostawienie zbyt wielkich pełnomocnictw sądowi co do rozstrzygania zawiłych spraw sądowo-lekarskich. 10) Nieobznajmienie lekarzy z procedurą i kodeksem. Dla poprawy obecnego opłakanego stanu znawstwa lekarsko-sądowego potrzebne są wielkie reformy, które powinny być przeprowadzone drogą prawodawczą, a mianowicie powinny być utworzone specyalne posady lekarzy sądowych, których rola powinna być mniej zależna od sądu, niż obecnie, powinny być zorganizowane dla lekarzy kursy prawa, procedury karnej, z zakresu uszkodzeń cielesnych, w końcu powinna uledz pokresu uszkodzeń ważnym zmianom przestarzała ustawa lekarska. Prócz tych reform, wymagających zmian ustawodawczych, należałoby natychmiast przeprowadzić w celu poprawy stanu rzeczy następujące środki: 1) Oddzielenie czynności lekarsko-sądowych od czynności lekarsko-administracyjnych. 2) Urządzenie gabinetów do badań lekarskich w sądach i zaopatrzenie ich w potrzebne narzędzia.

15) J. Zawadzki (Warszawa). **Rola lekarza biegłego w naszych sądach.** Rola lekarza biegłego jest utrudniona u nas wskutek braków postępowania sądowego i braku specyalistów lekarzy, poświęcających się medycynie sądowej. Specyalistą takim nie powinien być lekarz powiatowy lub miejski, obarczony licznymi obowiązkami natury policyjno-zdrowotnej. Wobec braku odpowiedniego przygotowania i zrozumienia ważności swej roli, protokoły oględzin lekarskich są sporządzane przeważnie niedbale. Zwłoki nie są badane dokładnie pod względem anatomopatologicznym, o badaniu mikroskopowem tkanek niema mowy tam, gdzie całe instrumentaryum składa się z narzędzi sekcyjnych. Wyjątkowo w Warszawie oględziny odbywają się w gabinecie medycyny sądowej. Morgi niema na całym obszarze Królestwa. Śledztwem pierwiastkowem kieruje sędzia śledczy, mający słabe pojęcie o medycynie sądowej. Rola lekarza biegłego wymaga wielkiej znajomości medycyny sądowej i procedury. Daje się również odczuwać brak izb do badań sądowo-lekarskich, oraz pracowni. Wobec tego pożądanem jest, aby lekarze, mający styczność z sądami, żądali utworzenia przy każdym sądzie pracowni sądowo-lekarskich, dobrze urządzonej morgi, oraz pokoju do badania chorych. Co do nerwic urazowych, to prelegent żąda odsyłania chorych na obserwacyę i dopiero po wydaniu opinii szpitalnej może być dokonana ekspertyza. Prelegent czyni następujące wnioski: I. Zjazd lekarzy prowincyonalnych uchwali: 1) aby przy każdym sądzie okręgowym była specyalna izba do badania chorych, zaopatrzona we wszelkie narzędzia do badania potrzebne; 2) aby w przypadkach t. zw. nerwic urazowych wymagać przed wydaniem opinii bezwzględnej obserwacyi 6-tygodniowej w szpitalu lub lecznicy prywatnej. Obserwacya ma być dokonywana przez lekarzy wyznaczanych przez sąd.

W dyskusyi przemawiał kol. Dehnel. Medycyna sądowa zdaniem jego stoi bardzo nizko, mało jest lekarzy w niej wyćwiczonych, wskutek czego opinie są oparte na rutynie. Wykonywanie wszystkich czynności ekspertów sądowych za darmo nie może zachęcić lekarzy powiatowych do pracy. Co się tyczy nerwic urazowych, powstały one na tle prawa z roku 1903, znikają coraz więcej i znikną zupełnie przy normalnych warunkach, gdyż sama nazwa »nerwica urazowa« niewiele mówi. Oznaczanie stopnia uszkodzenia przez lekarzy fabrycznych nie jest pożądane. W Zagłębiu już trzy lata istnieją komisye lekarskie, złożone z lekarzy, wybranych przez Tow. lekarskie. Zadaniem ich jest wydawać orzeczenia co do stopnia utraty zdolności do pracy.

Kol. Idzikowski zaznacza co do referatu kol. Zawadzkiego, że utworzenie gabinetu dyagnostycznego dla znawców przy sądach, oraz możność przeprowadzenia badania i obserwacyi w szpitalu, jakkolwiek są innowacyami wielce doniosłemi, nie mogą jednak być uważane za wystarczające. Sprawy wynagradzania za następstwa wypadków nieszczęśliwych będą traktowane przez sądy bezstronnie dopiero wtedy, gdy prawo pozwoli na przysądzanie odszkodowania warunkowego, względnie da możność dokonania powtórnego badania.

Kol. Luxemburg stwierdza doniosłość sprawy określania niezdolności do pracy po wypadkach. Zdanie lekarza fabrycznego o stanie zdrowia poszkodowanego robotnika stanowi nieodzowną podstawę do określenia stopnia utraty zdolności do pracy. Przy ostatecznem określaniu stopnia owej utraty w razach spornych lub wątpliwych powinny Towarzystwa ubezpieczeń używać na narady lekarzy fabrycznych, płacąc za ich czynności, jak za naradę lekarską. Przed zaopatrzeniem sądów w konieczne urządzenia do badań lekarze nie powinni dokonywać ekspertyz sądowych.

16) St. Skalski (Łódź). **Lekarz fabryczny w roli rzeczoznawcy.** Omówiwszy sprawę znawstwa, gdy chodzi o wypadki przy pracy w fabrykach zagranicą, stwierdza prelegent złe postawienie tej sprawy u nas, gdzie Towarzystwa Ubezpieczeń wymagają od lekarzy fabrycznych ostatecznych orzeczeń co do stopnia utraty zdolności do pracy. Zdaniem mówcy jestto niesłuszne, naraża lekarzy fabrycznych na przykrości, krzywdzić może poszkodowanych. Sprawę tę należałoby przekazać komisyom, złożonym z kilku lekarzy, jak to projektował kolega Sterling na jednem z posiedzeń Koła lekarzy fabrycznych w Łodzi. Biura takie istnieją zagranicą i w Cesarstwie Rosyjskiem. Czynności biura są płatne. Mówca proponuje uchwalenie następujących wniosków: 1) Wydawanie ostatecznych orzeczeń o wynikach uszkodzenia przy pracy nie powinno nadal obowiązywać lekarza fabrycznego, zarówno wtedy, gdy robotnicy danej fabryki są ubezpieczeni w Towarzystwie asekuracyjnem, jak i wtedy, gdy przemysłowiec sam płaci odszkodowanie poszwankowanym robotnikom. 2) W środowiskach fabrycznych powinny powstać biura ekspertyz lekarskich, złożone z kilku członków, mających prawo w razach wątpliwych uciekać się do pomocy specyalistów. Orzeczenia biura mogą być płatne. 3) Uchwały powyższe, dotyczące znawstwa fabrycznego, powinny być zakomunikowane wszystkim lekarzom w Królestwie, oraz przemysłowcom i działającym Towarzystwom ubezpieczeń. 4) Zanim powstaną biura ekspertyz lekarskich, Zjazd nawołuje lekarzy do specyalizowania się w zakresie znawstwa fabrycznego.

W dyskusyi Dehnel przypomina, że w Zagłębiu istnieje od lat trzech biuro ekspertyz lekarskich. — Kol. Luxemburg pyta, w jaki sposób można to zrobić, żeby procentu uszkodzenia nie określali lekarze fabryczni. Tow. ubezpieczeń nie zawsze zniżają przyznany przez lekarza fabrycznego procent, czasami podwyższają go. — Kol. To-

karski mówi, że wprowadził zwyczaj pobierania honoraryów za ekspertyzy, obecnie jednak Towarzystwa ubezpieczeń odmawiają płacenia wynagrodzenia, wobec czego kol. Tokarski odmawia dawania orzeczeń. Mówca zaznacza, że lekarz fabryczny musi dawać ostateczne orzeczenia dla inspekcyi fabrycznej. — Kol. Pełczyński podnosi, że aby uniknąć nieporozumień z zarządami fabryk, należy zaznaczyć w kontrakcie, że wydawanie ostatecznych orzeczeń nie należy do lekarza fabrycznego. — Kol. Skalski godzi się z Pełczyńskim co do konieczności kontraktów z zarządami fabryk. Luxemburgowi odpowiada, że nie zna przypadku podwyższenia odszkodowania przez Towarzystwo ubezpieczeń.

17) S. Skalski (Łódź). **Próba statystyki zdrowia robotników fabrycznych w chwili przyjęcia ich do pracy.** Mówca sądzi, że księgi badania robotników fabrycznych w chwili przyjmowania ich do pracy, mogą być bogatem źródłem do sądzenia o stanie zdrowia ludności, pracującej w większych zakładach przemysłowych w kraju. Już w samej Łodzi od roku 1893, gdy wprowadzono prawo o odszkodowaniach za uszkodzenia przy pracy, badań takich dokonali lekarze do pół miliona. Ponieważ badania te powinny być prowadzone według jednego schematu, stanowią więc jednolity materyał. Na zasadzie będących w posiadaniu mówcy 9200 badań, z których pewną część odrzucono z powodu niedokładności, Skalski wylicza najczęściej spotykane u 5373 osób płci żeńskiej i 3508 osób płci męskiej cierpienia. U kobiet niedokrwistość, zarówno w okresie dojrzewania płciowego, jak po porodach, żylaki stóp i goleni, dzióby po ospie, świerzb, wole, łupież pstry, łuszczycę, oraz jaglicę. U mężczyzn najdonioślejszem cierpieniem są przepukliny, głównie pachwinowe w różnych okresach ich rozwoju. Mówca przedstawił tablicę, z której widać, że u badanych mężczyzn w wieku od lat 12 do 71 znaleziono w 184 przypadkach (5,38%) przepuklinę pachwinową lewostronną lub skłonność do niej; prawostronną zaś w 135 przypadkach (3,84%), obustronną wreszcie stwierdzono w 844 przypadkach (20,05%). Ogółem zatem niemal 1/3 część (33,15%) badanych robotników miała skłonność do przepukliny pachwinowej, co w warunkach pracy fabrycznej mogło dać sporo przypadków uwięźnięcia. Mówca jest zdania, że sprawa ta domaga się uregulowania, bo przemysłowcy z obawy płacenia odszkodowania, niechętnie przyjmują takich robotników. W celu dokładnego wyjaśnienia sprawy przepuklin, oraz wielu innych, związanych ze zdrowotnością ludności pracującej w kraju, proponuje prelegent uchwalenie następującego wniosku: Wobec małej liczby danych statystycznych, dotyczących stanu zdrowia ludności w Królestwie, pożądane jest wyszukiwanie i opracowywanie takich danych, które są już w rozporządzeniu lekarzy. Do tej kategoryi zaliczyć należy obfity materyał co do stanu zdrowia robotników, przyjmowanych do pracy w fabrykach. W samej bowiem Łodzi dokonano oględzin około pół miliona od r. 1893 do ostatniej chwili.

W dyskusyi zabierali głos Tokarski i Luxemburg.

18) Fr. Mieczyński (Chorzele). **Z zagadnień etyki zawodowej.** Prelegent podaje krótki rys literacki sprawy, przytaczając Biegańskiego, następnie mówi o dwu palących zagadnieniach: w sprawie świadectw i synekur lekarskich. Mowca jest zdania, że stwierdzenie własnym podpisem tego, czego się nie widzi, orzekanie o tem, co nie jest zgodne z rzeczywistością, równa się oszustwu. Na potwierdzenie swych słów przytacza mowca poglądy Kopczyńskiego, Rzętkowskiego, Markiewicza. Krzywda, jaką się sprawia przez to godności stanu lekarskiego, jest wielka, a to dlatego, że wywiera demoralizujący wpływ na mniej inteligentną publiczność, naraża lekarzy na przykre zajścia z publicznością bardziej inteligentną, świadectwa właściwe i prawdziwe są ignorowane, postępowanie takie obniża godność każdego z lekarzy, wobec tego zasługuje ono na potępienie w celu odzwyczajenia publiczności raz na zawsze od podobnych żądań i uświadomienia jej, że żadne względy nie mogą skłonić nas do stwierdzenia naszem świadectwem tego, czego nie widzimy. Drugą sprawą palącą są synekury lekarskie, licho uposażone, a dobrze opłacające się, gdyż zwykle dobrze bywa wynagradzane uznawanie zdrowych za chorych i odwrotnie. Wreszcie nawołuje mowca prasę lekarską do poświęcania więcej miejsca sprawom etycznym, a Towarzystwa lekarskie do baczniejszej uwagi na te sprawy i proponuje uchwalenie następującego wniosku: W celu utrzymania stanu lekarskiego na wysokim poziomie etycznym, Towarzystwa lekarskie i prasa lekarska powinny poświęcać zagadnieniom etycznym więcej miejsca i czasu, oraz, między innymi, zapobiegać zbyt pochopnemu wydawaniu świadectw, a także potępiać pojedyncze przypadki zarobków nieprawnych, związanych ze świadczeniem i wydawaniem świadectw nieścisłych.

(Dok. nast.).

Ostatnie wiadomości o dżumie w Mandżuryi.

Pisma rosyjskie podają uwagi Dr P. B. Chawkina, bawiącego obecnie w Petersburgu, o dżumie w Mandżuryi, w walce z którą brał on czynny udział od początku epidemii aż do jej wygaśnięcia t. j. do połowy maja nowego stylu. Walka w początkach przy warunkach tamtejszych, nieprzygotowanym personalu sanitarnym, pozbieranym z najprzeróżniejszych żywiołów, jak n. p. ze śpiewaków chórów cerkiewnych, była wprost niemożebną. Z przybyciem następnie lekarzy europejskich warunki zmieniły się na lepsze. Szczególnie należy się uznanie lekarzom rosyjskim, którzy zaczęli się odnosić bardziej po ludzku do Chińczyków, przedtem traktowanych przez Rosyan z pogardą. Ujęci tą zmianą obchodzenia się, Chińczycy zaczęli się zwracać do lekarzy rosyjskich z większem zaufaniem i okazywać im pewną pomoc w walce ze straszną chorobą. Ostatnia epidemia była wyłącznie płucną. Surowica przeciwdżumna okazała się bezużyteczną, przedłużając o dwa razy chorobę, kończącą się zwykle pomimo surowicy śmiercią. Nie dały żadnych wyników dodatnich także i szczepienia ochronne. Straszny odsetek śmiertelności przypadł wśród lekarzy. Ze współpracowników Dr Chawkina zmarło 34. Do jeszcze znaczniejszego zarażania się niższego personalu przyczyniały się strasznie niehigieniczne warunki, wśród których pracowano, przyczem niemógł personal uczęszczać do łaźni, ani brać kąpieli w wannach.

Ostatnie przypadki dżumy zdarzały się w marcu; od tego czasu zaczęła choroba słabnąć, choć trupy zadżumionych walały się jeszcze w maju. Wbrew dość powszechnemu mniemaniu, że podczas epidemii dżumy trupy takich chorych są nieszkodliwe, uważa je Chawkin za materyał nadzwyczaj zakaźny. Na potwierdzenie tego przytacza on cenne spostrzeżenia Dra Oskanowa. Oskanow szczepił świnkom morskim wyciąg z much, latających nad trupami zadżumionych; świnki ginęły z dżumowego zakażenia krwi, a z faktu tego wyprowadza Chawkin wnioski o poważnem niebezpieczeństwie wznowienia się epidemii w jesieni. Pomimo że związek zachodzący pomiędzy epidemią dżumy w Mandżuryi, a chorobą bobaków (tarbaganów) jest stwierdzony, jednakże dotąd nie udało się w Mandżuryi spotkać bobaka, dotkniętego tą chorobą. Chawkin, idąc za licznymi głosami, począwszy od pierwszych przypadków dżumy w Zabajkalii i w Mongolii w r. 1891, domaga się wysłania osobnej ekspedycyi do Mandżuryi dla zbadania »choroby tarbaganiej«.

Według danych urzędowych zmarło w czasie ostatniej epidemii w Mandżuryi 46 tysięcy osób; Chawkin liczbę tę podnosi półtora razy wyżej. Jak zwykle przy epidemiach,

a tem więcej przy epidemii dżumy w kraju niekulturalnym, dowiedziano się o dżumie późno i dlatego walkę z nią rozpoczęto nierychło. Pierwsze przypadki dżumy pojawiły się jeszcze w sierpniu r. 1910, a istnienie dżumy urzędownie uznano dopiero w październiku tegoż roku. Niemałe znaczenie dla rozszerzania choroby miało niewątpliwie wysłanie Chińczyków z Charbina. Co do znaczenia międzynarodowej konferencyi przeciwdżumowej w Mukdenie, w której Chawkin brał udział jako delegat rządu chińskiego, to wątpi on, aby odniosła pożądany realny skutek, gdyż Chiny nie wypełnią zaleconych środków, ponieważ rezolucyc konferencyi nie były dotąd w Chinach opublikowane i są lekceważone. J. Talko-Hryncewicz.

Wiadomości bieżące.

Kraków. XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich zgromadził około 1300 uczestników, wśród nich grono przedstawicieli świata lekarsko-przyrodniczego innych narodów słowiańskich, a pod względem naukowym i towarzyskim powiódł się świetnie. Znaczna część przybyłych na Zjazd lekarzy uczestniczyła w jubileuszu naszego pisma. Obszerniejsze wiadomości odkładamy do następnego zeszytu.

— Prezydyum miasta zamianowało lekarzami szkolnymi doktorów: Filipkiewicza, Gettlicha, Grażyńskiego, Klęska, Korolewicza, Kramarzyńskiego, Landaua, Liebermana, Merza, Poźniaka, Rzegocińskiego i Staszewskiego. Lekarze ci obejmą w miejskich szkołach ludowych i wydziałowych urzędowanie z dniem 15 sierpnia. Załatwienie tej ważnej sprawy jest wielką zasługą miasta, czemu dał wyraz także XI. Zjazd lekarzy i przyrod. polskich na pierwszem ogólnem swem posiedzeniu.

— Dyplom doktorski uzyskali p. Henryk Leuchter, p. Fryda Censerówna, pp. Józef Dębnicki i Stanisław Margulies.

— Wybory do Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej odbyły się w dniu 8 lipca przy niebywałem dotąd zainteresowaniu lekarzy we Lwowie i w całej wschodniej części kraju. Przed trzema laty udział wyborców lwowskich w głosowaniu był słaby, gdyż z 270 uprawnionych zaledwie 88 głos oddało. W tym roku z pośród 280 uprawnionych, przeszło 250 lekarzy lwowskich oddało kartę głosowania. Były dwie listy kandydackie, z których zwyciężyła według wiadomości dziennikarskich lista, mieszcząca nazwiska drów: Festenburga, Mikołajskiego, Papéego i Ziona. Na zastępców członków Izby wybrani zostali we Lwowie: dr Meisels, doc. Zalewski, Dr Kielanowski i Dr Danielski. Z prowincyi niema jeszcze dokładnych informacyi, gdyż skrutynium odbędzie się dopiero za kilka tygodni, gdy wszystkie akta wyborcze nadejdą ze starostw i Magistratu lwowskiego do Namiestnictwa, a stąd do prezydyum Izby lekarskiej.

— Zarząd Biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie J. W. P. Profesorowi Haškovecowi z Pragi za ofiarowane Bibliotece cenne książki, wśród nich zbiór prac własnych. Bibliotekarz: Dr Blassberg.

— Nr 5 »Przeglądu zdrojowo-kąpielowego i Przewodnika turystycznego« zawierają opis wycieczki naukowej Bratniej Pomocy Medyków Uniw. Jagiell. po zdrojowiskach galicyjskich, opatrzony uwagami Prof. Bujwida. Zeszyt ten po cenie 50 hal. za egzemplarz nabywać można w Biurze wydawnictw Pol. Tow. Baln. Kraków, Batorego 1. (od 3 do 7 pop).

— U portyera w domu Towarzystwa lekarskiego w Krakowie (Radziwiłłowska 4) są — wedle znajdującego się tamże spisu — liczne książki i broszury lekarskie, jakoteż narzędzia, instrumenta i przybory lecznicze — bardzo tanio do sprzedania.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 9. VII. do 15. VII. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † — (w tem obcych 2 † —), krztuśca 6 † — (— † —), ospy wietrznej 3, płonicy

17 † 6 (10 † 5), odry 6 † 1 (1 † —), duru brzusznego 2 † 1 (2 † 1), czerwonki 1. Dr Janiszewski.

Warszawa. Zakład w Karolinie, zbudowany przez Towarzystwo opieki nad nerwowo i umysłowo chorymi, został uroczyście otwarty 16. b. m. Przy otwarciu przemawiali prezes Towarzystwa p. Wasiutyński, prezes komitetu budowy Dr Ludwik Dydyński i dyrektor zakładu Dr Władysław Jarecki.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.
Nadesłane.

Skutki Szaraticy przy leczeniu biegunek letnich tak u dzieci, jak u dorosłych, świadczą o znacznej siły odkażającej tej czeskiej naturalnej wody gorzkiej. Boleści i parcie na stolec ustają zupełnie. Lekarze czescy zamiast kalomelu przepisują i u dzieci gorzką wodę Szaraticę: i tak Dr Kuczera w Zabrzegu użył Szaraticy ze skutkiem u niemowlęcia mającego dopiero pięć dni.

Dzięki zaletom tej wody wywóz Szaraticy podniósł się za pierwsze półrocze 1911 o 17.400 flaszek w porównaniu z tą samą porą w przeszłym roku.

Literaturę i próbki przesyła bezpłatnie Zarząd Szaraticy w Krzenowicach na Morawach.

Rok L. Kraków, dnia 29. lipca 1911. Nr 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z Zakładu farmakologii doświadczalnej Prof. Dr L. Popielskiego we Lwowie.

W sprawie fizyologicznego działania wyciągu z przysadki mózgowej

(hypophysis cerebri).

Podał

Dr Jan Studziński (Kijów).

(Ciąg dalszy).

Jak zobaczymy niżej, wyciąg z przysadki mózgowej wywiera wpływ nietylko na ciśnienie krwi, lecz i na jej krzepliwość. P. Emile-Weil i G. Boyé [16]) pierwsi zauważyli, że krew królika po dodaniu do niej wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej krzepnie prędzej, niż zazwyczaj. Jeżeli zaś ten wyciąg dodać do krwi, której krzepliwość została uprzednio zmniejszona przez wprowadzenie śródżylne wyciągu z pijawek, to w jednych przypadkach otrzymuje się wzmożenie krzepliwości, w innych zaś odwrotnie, jeszcze większe obniżenie krzepliwości. Tak np. krew królika Nr 2 bez dodania wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej skrzepła po 22 godzinach, po dodaniu zaś tego wyciągu skrzepła dopiero po 52 godzinach. Po dodaniu natomiast wyciągu z przedniej części przysadki mózgowej do krwi prawidłowej lub do krwi ze zmniejszoną krzepliwością, badacze ci to żadnej zmiany nie spostrzegali, to spostrzegali jakoby nieco mniejszą krzepliwość krwi. Co do wpływu zaś wyciągu z przysadki mózgowej na krzepliwość krwi ludzkiej, to krew krwawiących, po dodaniu do niej wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej, nabiera krzepliwości prawidłowej, a krew prawidłowa po takiem dodaniu wyciągu krzepnie prawie stale prędzej. Z przytoczonej jednak przez autorów tablicy widać, że po dodaniu do prawidłowej krwi ludzkiej wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej, w 10 przypadkach otrzymano następujące wyniki: W jednym otrzymano obniżenie krzepliwości krwi, w 3 przypadkach krzepliwość pozostała bez zmiany, a tylko w 6 krew skrzepła nieco prędzej. Jeżeli atoli dodać do krwi prawidłowej, lub do krwi krwawiących, wyciągu z przedniej części przysadki mózgowej, to prawie stale otrzymuje się zmniejszenie krzepliwości krwi. Doświadczenia te były wykonane w następujący sposób: 0·1 suchego wyciągu z tej lub innej części przysadki mózgowej moczono w ciągu 2 godzin w 2 cm sz. 0·75% rozczynu soli kuchennej, po przesączeniu dodawali autorowie 2 krople przesączu do 2 cm sz. krwi. Ch. Livon [17]) potwierdził w zupełności wyżej przytoczone dane względem krwi psiej tak »in vivo«, jakoteż »in vitro«; nadmienia przytem, że po wprowadzeniu śródżylnem wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej krew krzepła tak szybko, iż nie można było określić dokładnie ciśnienia krwi z powodu rychło powstającego skrzepu w rurce manometru.

Jak widzimy z wyżej przytoczonego piśmiennictwa, sprawa wpływu wyciągu z przysadki mózgowej tak na krążenie, jak i na krzepliwość krwi, nie jest jeszcze dokładnie zbadana, wobec czego z chęcią przyjąłem propozycyę Profesora Dra Popielskiego, by zająć się tą sprawą. Przy wykonaniu swoich badań używałem sproszkowanych suchych wołowych przysadek mózgowych z fabryki Mercka, a także wyciągów ze świeżych przysadek mózgowych wołów i cieląt. Świeże przysadki mózgowe wydobywałem własnoręcznie w jatkach z głów zwierząt w 15—24 godzin po ich zabiciu.

Przysadka mózgowa, jak wiadomo, składa się z trzech części: przedniej, czyli gruczołowej, tylnej, czyli nerwowej, i środkowej, t. z. kołonerwowej, czyli rdzeniowej. Tę część rdzeniową napotyka się nie u wszystkich zwierząt, tam zaś, gdzie ona jest, nie zawsze bywa wyraźnie zaznaczona. Z tego powodu poddałem badaniu tylko przednią i tylną część przysadki mózgowej, oczywiście z gruczołów świeżych, ponieważ fabryka Mercka przygotowuje swój proszek z całkowitych gruczołów wołów. Dla otrzymania wyciągu z suchego proszku Mercka zalewałem go dziesięciokrotną ilością n/10 kwasu solnego, po 3 dniach przesączałem i przesącz zagęszczałem na łaźni wodnej do pewnej objętości, zobojętniałem go i używałem teraz do doświadczenia, lub do dalszego obrabiania. Taki wyciąg z przysadki mózgowej ma silny zapach trójmetylaminu. Co do przygotowania zaś wyciągu ze świeżych przysadek mózgowych, to wobec tego, że każda część, wzięta z osobna, jest zbyt mała (przednia część waży 0·4—0·8 gr., tylna 0·1—0·2), przeto należało je po oczyszczeniu i rozdzieleniu przechowywać w 96° wyskoku do chwili użycia. Przechowywane w wyskoku, lub zebrane w większej ilości świeże przysadki mózgowe, rozcierałem z piaskiem, zalewałem trzykrotnie w ciągu 3 dni n/10 kwasem solnym, który zlewałem, pozostałość zaś dokładnie przemywałem i wyciskałem przez gęstą gazę. Otrzymany wyciąg, po dodaniu niewielkiej ilości kwasu octowego, ogrzewałem do 80°—81° C. dla strą-

cenia białka, kwaśne zaś połączenia białkowe strącały się następnie bardzo łatwo przy zalkalizowaniu wyciągu węglanem sodu. Poczem dany wyciąg przesączałem, przesącz zgęszczałem na łaźni wodnej, przed użyciem wszakże do doświadczenia musiałem go jeszcze raz przesączyć.

Doświadczenie Nr 1. 19. V 1909. Pies 7 kg. wagi. Wyciąg przysadki wprowadzano do żyły udowej prawej; ciśnienie krwi określano w prawej tętnicy udowej (tabl. I.).

TABLICA I.

Czas	Tętno w 5″	Ciśnienie krwi w milimetrach rtęci			Uwagi
		Najwyższe	Najniższe	Średnie	
O 7 g. 33′ 50″	6	176	114	145	Wprowadzono 10 cm sz. wyciągu z przysadek mózgowych Mercka (odpowiada 7·0 gr. świeżych przysadek mózgowych). Ciśnienie na razie nieco się podnosi.
„ 34′					
„ „ 11″		214			Ciśnienie krwi zaczyna spadać.
„ „ 13″		142	116	129	Tętno staje się przyspieszone, ciśnienie krwi znowu podnosi się.
„ „ 21″	13				Tętno staje się wolniejsze i fale tętna wyższe, nabierając cech tętna czynnego.
„ „ 48″	4	208	140	174	Wysokość fali tętna — 68 mm rtęci Pies zapada w sen. Oddech rzadki, spokojny.
„ 35′	3	192	142	167	
„ 36′	3	208	142	175	
„ 37′	3	202	140	171	
„ 38′	3	208	142	175	Pies obudził się.
„ 41′	4	192	134	163	Tętno zaczyna tracić cechy czynnego.
„ 42′					W kaniuli skrzepła krew.
„ 49′	6	180	102	151	Tętna czynnego niema.

W tem doświadczeniu po początkowem obniżeniu się ciśnienia krwi i przyspieszeniu tętna otrzymaliśmy podniesienie ciśnienia krwi, zwolnienie tętna i zwiększenie się jego fal. Oddech stał się rzadszy. Po 7 minutach zjawiska te zaczęły ustępować i ciśnienie krwi i tętno zaczęły powracać do stanu prawidłowego.

Doświadczenie Nr 2. 21. V. 1909. Pies 10 kg. wagi. Wyciąg wprowadzano do żyły udowej prawej; ciśnienie krwi określano w tętnicy udowej prawej (tabl. II.).

W danym przypadku po początkowem, niewielkiem i krótkotrwałem obniżeniu ciśnienia krwi z jednoczesnem przyspieszeniem tętna otrzymaliśmy dość długotrwałe podniesienie ciśnienia krwi i zwolnienie znaczne, bo więcej niż o połowę, tętna, które przytem nabrało cech tętna czynnego. Wszakże po 9 minutach po wprowadzeniu wyciągu z przysadek mózgowych tętno staje się już częstszem i powoli zaczyna tracić przybrane swoje cechy.

Opierając się na twierdzeniu Schaefera i Vincenta [9]) i Cyona [12]), że ciało, wywołujące tętno czynne, rozpuszcza się w eterze, spróbowałem i ja wyciągnąć je z suchych przysadek mózgowych Mercka. W tym celu zalewałem je potrzykroć eterem i za każdym razem wstrząsałem ów proszek z eterem w ciągu dwóch godzin w odpowiedniem wstrząsadle. Przesączony eter odparowałem i pozostałość

TABLICA II.

Czas	Tętno w 5″	Ciśnienie krwi w milimetrach rtęci			Uwagi
		Najwyższe	Najniższe	Średnie	
O 12 g. 48′	9	192	142	167	Wprowadzono 10 cm sz. wyciągu z przysadek mózgowych Mercka (odpowiada 10·0 świeżych przysadek mózgowych).
„ „ 10″					Ciśnienie krwi zaczyna spadać.
„ „ 11″		132	106	119	Tętno zaczyna przyspieszać się, ciśnienie krwi podnosi się. Pies zasypia.
„ „ 16″	13	142	132	137	
„ „ 28″	10	196	146	171	
„ 49′	7	210	154	182	
„ „ 30″	4	232	138	185	Tętno nabiera cech tętna czynnego, przyczem po każdych dwóch większych falach następuje trzecia mała. Wysokość większej fali — 88 mm rtęci.
„ 50′	5	230	138	184	
„ 51′	4	232	144	188	
„ 53′	4	222	128	175	
„ 55′	4	204	122	163	Pies obudził się.
„ 57′	6	194	124	159	Charakter tętna zmienia się nieco; po 1—2 większych falach następują 2—4 małe i częstsze.

TABLICA III.

Czas	Tętno w 5″	Ciśnienie krwi w milimetrach rtęci			Uwagi
		Najwyższe	Najniższe	Średnie	
O 7 g. 42′	10	200	118	159	Wprowadzono 12 cm sz. wyciągu eterowego z przysadek mózgowych Mercka (odpowiada 52·0 świeżych przysadek mózgowych). — Ani w ciśnieniu krwi, ani w tętnie żadna zmiana zauważyć się nie daje.
„ 45′	10	210	112	161	Wprowadzono 12 cm sz. wyciągu wodnego z przysadek mózgowych Mercka po pierwotnem obrobieniu eterem (odpowiada 52·0 świeżych przysadek mózgowych).
„ „ 7″		-			Ciśnienie krwi szybko spada
„ „ 8″		130	70	100	Ciśnienie krwi zaczyna podnosić się, tętno staje się częstszem.
„ „ 20″	18	178	138	158	
„ „ 42″					Ciśnienie krwi stale podnosi się, tętno staje się rzadszem i nabiera cech tętna czynnego.
„ 46′	4	218	136	177	Wysokość fali tętna — 82 mm rtęci.
„ 47′	3	212	136	174	
„ 48′	3	196	130	163	
„ „ 30″					W kaniuli skrzepła krew.
„ 55′	3	254	110	182	Po 3—6 większych falach następują 3—4 małe i częste fale.

rozpuściłem w gorącej wodzie, poczem jeszcze raz przesączyłem. Pozostały po obrobieniu eterem na sączku proszek suchych przysadek mózgowych zalałem gorącą wodą i poddałem działaniu jej przez 2 godziny, następnie przesączyłem i przesącz zagęściłem na łaźni wodnej. Otrzymanego

wyciągu eterowego i wodnego używałem w następującem doświadczeniu.

Doświadczenie Nr 3. 8. XII. 1909. Suka 8·5 kg. wagi. Wyciąg wprowadzano do żyły udowej lewej; ciśnienie krwi określano w tętnicy szyjnej lewej (tabl. III.).

Widzimy tedy, że zapomocą eteru nie udaje się wyciągnąć czynnego ciała z przysadek mózgowych. Wodny zaś wyciąg z tego samego proszku, pomimo uprzedniego obrobienia eterem, wywołał zwykły obraz początkowego obniżenia z następowem podniesieniem się ciśnienia krwi i tętnem czynnem. Po 3′ 30″ po wprowadzeniu wyciągu w kaniuli skrzepła krew.

Wobec tożsamości działania za każdym razem wyciągu z suchych przysadek mózgowych postanowiłem zbadać działanie świeżych przysadek, co było tem konieczniejsze, ponieważ wyciąg z suchych przysadek mózgowych posiadał w silnym stopniu zapach trójmetylaminu, co wskazywało, że w danym proszku nastąpiły pewne zmiany. Trójmetylamin jest prawdopodobnie produktem rozpadu choliny, która powstała ze znajdującej się w przysadce mózgowej lecytyny. Dla otrzymania wyciągu ze świeżych przysadek mózgowych postępowałem w sposób wyżej wskazany. W następującem doświadczeniu postanowiłem zbadać nadto jeszcze wpływ przecięcia nerwów błędnych.

TABLICA IV.

Czas	Tętno w 5″	Ciśnienie krwi w milimetrach rtęci			Uwagi
		Najwyższe	Najniższe	Średnie	
O 6 g. 37′	9	150	90	120	Wprowadzono 13 cm sz. wyciągu ze świeżych przysadek mózgowych (odpowiada 2·0 świeżych przysadek mózgowych). Ciśnienie krwi zaczyna się nieco podnosić.
„ „ 9″					Występuje przyspieszenie tętna.
„ „ 15″	13				Tętno staje się rzadsze.
„ „ 21″	5	198	160	179	Ciśnienie krwi zaczyna się obniżać.
„ „ 54″	6	112	94	103	Ciśnienie krwi znowu się podnosi. Tętno nieco się przyspiesza.
„ 38′	10	120	108	114	
„ „ 7″					Fale tętna stają się wyższe; samo tętno zaczyna być rzadsze, przybierając cechy tętna czynnego.
„ „ 40″	3	190	126	158	
„ 39′	3	188	124	156	Wysokość fali tętna — 64 mm rtęci.
„ 40′	2	216	108	162	
„ 42′	2	170	120	145	
„ 44′	3	188	120	154	Przecięty nerw błędny lewy.
„ 45′ 45″	7	200	120	160	Przecięty nerw błędny prawy. Ciśnienie krwi natychmiast podnosi się, tętno staje się częstem i drobnem (wysokość fali 10 mm rtęci).
„ 46′	16	198	180	189	Chwilami przy ruchach oddechowych ciśnienie krwi sięga do 290 mm rtęci. Spostrzegane te duże podniesienia się ciśnienia krwi zależą od zmian w oddechu, wywołanych przecięciem nerwów błędnych, wskutek czego postanowiono przeciąć tchawicę
„ 47′	16	218	194	206	
„ 49′	16	210	176	193	
„ „ 40″					Wstawiono do tchawicy rurkę.
„ 50′	18	184	176	180	
„ „ 30′					Krew w kaniuli skrzepła.

Doświadczenie Nr 26 I. 1910. Suka 5 kg. wagi. Wyciąg wprowadzono do żyły udowej lewej, ciśnienie krwi określano w tętnicy udowej lewej (tabl. IV).

Widzimy z tego doświadczenia, że działanie wyciągu ze świeżych przysadek mózgowych niczem się nie różni od działania wyciągu z suchych przysadek. Działanie otrzymaliśmy bardzo wyraźne, pomimo, że świeżych przysadek wzięto bardzo mało. Uwaga tedy Cyona[11]), że wyciąg z suchych przysadek mózgowych działa silniej, niż wyciąg ze świeżych narządów, jest bezpodstawna. Nadto widzimy w tem doświadczeniu, iż tętno czynne znikło odrazu po przecięciu nerwów błędnych, przyczem wystąpiło natychmiast przyspieszenie tętna i podniesienie ciśnienia krwi.

Następnie postanowiłem obrobić suche przysadki mózgowe Mercka wyskokiem i eterem. W tym celu wodny

TABLICA V.

Czas	Tętno w 5″	Ciśnienie krwi w milimetrach rtęci			Uwagi
		Najwyższe	Najniższe	Średnie	
O 5 g. 42′	7	170	106	138	Wprowadzono 10 cm sz. wyskokowo-eterowego wyciągu z suchych przysadek mózgowych Mercka (odpowiada 20·0 świeżych przysadek mózgowych). Ciśnienie krwi natychmiast zaczyna się obniżać i tętno staje się przyspieszonem.
„ „ 12″	12	120	104	112	
„ „ 16″					Ciśnienie krwi zaczyna się podnosić.
„ „ 23″		170	128	149	
„ 43′	10	176	120	148	
„ 44′	9	178	112	143	
„ 45′	9	180	114	147	
„ 47′	9	174	118	146	Wprowadzono 10 cm sz. wodnego wyciągu z piasku, po uprzedniem obrobieniu go wyskokiem (odpowiada 20·0 świeżych przysadek mózgowych.
„ „ 20″					Ciśnienie krwi nieco się podnosi. Tętno staje się rzadsze i nabiera cech czynnego.
„ „ 30″	6	226	122	174	Po 3—4 większych falach następuje 3—4 małych i częstszych fal. Wysokość większej fali — 90 mm rtęci.
„ 48′	6	202	114	158	
„ „ 33″					Ciśnienie krwi obniża się. Tętno czynne znika, jednakże od czasu do czasu występują pojedyncze wysokie fale.
„ 49′	8	146	116	131	
„ 50′	6	154	114	134	
„ 51′	6	164	126	145	Wprowadzono 7 cm sz. tegoż wodnego wyciągu, co i poprzednio.
„ „ 16″					Ciśnienie krwi obniża się.
„ „ 22″	8	132	96	114	Ciśnienie krwi zaczyna się podnosić.
„ „ 30″	7	176	118	147	Chwilami dają się spostrzegać fale tętna czynnego.
„ 52′	8	160	130	145	
„ 53′	7	160	124	142	
„ 55′					Krew skrzepła w kaniuli.

wyciąg z suchych przysadek zagęściłem i zmieszawszy z piaskiem odparowałem w szalce Hofmeistra, poczem wysuszyłem w ciągu 9 godzin przy 100° C. Wysuszony ów piasek roztarłem i obrobiłem kilkakrotnie wyskokiem. Wyskokowy wyciąg zagęściłem i dodałem doń poczwórną ilość eteru; powstały strąt odsączyłem, przesącz odparowałem i pozostałość po rozpuszczeniu w wodzie użyłem do doświadczenia. Do tego doświadczenia użyłem też i wodnego wyciągu z piasku po obrobieniu go wyskokiem.

Doświadczenie Nr 5. 22. V. 1909. Pies 7 kg. wagi. Wyciąg wprowadzano do żyły udowej lewej. Ciśnienie krwi określano w tętnicy udowej lewej (tabl. V.).

W tem doświadczeniu po wprowadzeniu wyciągu wyskokowo-eterowego otrzymaliśmy po początkowem obniżenie niewielkie tylko podniesienie ciśnienia krwi, bez jakichbądź zmian w charakterze tętna. Po wprowadzeniu wodnego wyciągu z piasku, po obrobieniu go wyskokiem, otrzymaliśmy krótkotrwałe tętno czynne. Powtórne wprowadzenie tegoż wyciągu dało na razie obniżenie ciśnienia krwi, a następnie podniesienie z powrotem do stanu prawidłowego. Tętno czynne tak przed powtórnem wprowadzeniem wyciągu wodnego, jako też i po niem, spostrzegano tylko zrzadka.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Nowe środki: 1) Anogon, przetwór oleisty rtęci i jodu do wstrzykiwań podskórnych. 2) Avantol, przetwór kreozotowy. 3) Brausan do kąpieli gazowych z borem. 4) Tabletki naparstnicy »Winckel« zawierać mają stale 0,05 liści naparstnicy o jednakiej zawartości alkaloidów. 5) Epinine, przetwór analogiczny do adrenaliny. 6) Eubilein, przetwór żółci. 7) Eutectan, przetwór bizmutu i gwajakolu. 8) Guajadol, gwajakol z jodem, zalecony przy kile i zołzach. 9) Jalon = kollargol. 10) Joha, salvarsan z jodypiną i tłuszczem. 11) Kapsulki Kteino, (kawa-kawa, kubeby i olejek sandałowy). 12) Laccoderme, używany do leczenia cierpień skórnych, pokost z dziegciu, lanoliny i cynku. 13) Laxanin, czekolada z olejem rącznikowym i fenolftaleiną. 14) Woda do ust »Lenicet« zawieta prócz lenicetu (octan glic.) mentol i wodę utlenioną. 15) »Surowica tryprowa« Merza zawiera formaldehyd, kwas sulfochindinowy i gumę 16) Pisaphan, mydło dziegciowo-garbnikowe do mycia włosów. A.

Przegrzewanie (diatermię) zalecał Rautenberg na 28. Zjeździe internistów niemieckich prócz cierpień stawów (zwłaszcza wiewiórowych) także w chorobach serca, dusznicy bolesnej, zapaleniach opłucnej i oskrzeli (ułatwia wykrztuszanie). A.

Przy schorzeniach serca (zwłaszcza przy rozszerzeniu serca prawego) zaleca Tornai systematyczne sztuczne zmniejszanie krążenia przez zaciskanie żył drenem Momburga przez 1—2 tygodni codzień na 20—30 minut. (Berl. klin. Wochs. Nr 5). A.

Przy zapaleniu płuc włóknikowem i nieżytowem radzi Robinson wstrzykiwania parkreozotu. (N. Y. med. Jour. 1911, Nr 6). A.

Przy nadkwaśności żołądka zaleca Tabora na $^1/_2$ godziny przed jedzeniem: Rp. Magn. ustae 20,0, Natr. citric. 10,0, Natr. lub magnes. sulphur. 5,0. S. Na koniec noża. (Deutsche med. Wochs. Nr 6). A.

Promieniotwórcze pieczywo pod nazwą »radiopan« polecił wypiekać Ruhemann z Berlina. Zachowuje ono bardzo dobrze i długo emanacyę, a na funt pieczywa wypada 1000—1500 jednostek (Mache). Pieczywo to, zresztą smaczne, nadaje się dla chorych na cukrzycę i gościec i może być spożywane dłuższy przeciąg czasu bez szkody. (Med. Klin. Nr 23). A.

Przy cukrzycy zaleca Klotz poleconą przez Kolischa dyetę węglowodanową, mianowicie z przetworów owsa, który działa nieraz niemal swoiście. Nie powinno bowiem chodzić przy cukrzycy o to, by w sztucznych ciągle warunkach dążyć do zmniejszenia ilości cukru, lecz o wynalezienie sposobu najlepszej oksydacyi cukru. Należy więc dążyć do dyety, dozwalającej wprowadzać jaknajwięcej węglowodanów bez zwiększania się ilości cukru. (Med. Klin. Nr 24). A.

Celem uniknięcia podrażnienia nerek przy podawaniu przetworów salicylowych radzi Glaesgen podawać przytem chorym podwójną ilość (w stosunku do salicylu) dwuwęglanu sodowego. (Münch. med. Wochs. Nr 21). A.

Dlaczego nieraz leki podawane w kołaczykach (tabletkach) działają źle lub niepewnie? Odpowiedź na to daje Friederich. (Med. Klinik Nr 23/24). Przedewszystkiem często w tabletkach przetwór nie jest czysty, zwłaszcza przy t. zw. środkach zastępczych, n. p. zamiast aspiryny podają kwas acetylo-salicylowy, zamiast urotropiny heksametylentetramin itp., co nie jest to samo. Nieraz dawkowanie w tabletkach pozostawia wiele do życzenia, tabletki są źle przechowywane, rozkładają się, lub są zbyt stare, ew, źle sporządzane. Sprawa ta powinna skłonić lekarzy do unikania zapisywania tabletek, zwłaszcza pochodzących z fabryk drugorzędnych. X.

Nowości techniczne: 1) Narzędzia do operacyi na płucach: a) Rozsuwacz żeber Sauerbrucha. b) Szczypce do chwytania płuc Friedricha. c) Łyżeczka do błony śluzowej oskrzeli Friedricha. d) Szczypczyki do tamponady płuc Friedricha. 2) Szczypczyki Schoemakera do chwytania i wiązania odrazu naczyń. 3) Przyrząd do mechanicznego szycia żołądka i jelit podług Hahna. 4) Gastrofor do operacyi bez asysty podług Naratha. 5) Choledochoskop Bakesa. 6) Strzykawka do morfiny, cała z metalu, napełniana od tyłu przez wlewanie, bardzo praktyczna i nie psująca się, podług Hammera. 7) Przyrząd do ustawicznego wlewania przez kiszkę stolcową płynu stale ogrzanego, podług Holzbacha. K.

20% krem mesotanowy do systematycznych wcierań zaleca Weil przy cierpieniach gośćcowych, zapaleniach nerwów i t. p. Wciera się 2 razy dziennie. (Münch. med. Wochs. Nr 9). A.

Włosy kobiece poleca Sofoteroff z Tomska jako znakomity materyał do szycia naczyń krwionośnych. (Zblt. f. Chir. Nr 21). A.

Opaskę przeciw opadaniu trzew, zwłaszcza żołądka, zakładaną przy prześwietlaniu promieniami Röntgena, a układającą się stosownie do zarysów żołądka, podał Freund. (Tow. lek. Wiedeń, 26. V.). A.

Z dotychczasowych statystyk nowotworów można podług Dollingera wyciągnąć wiele ciekawych wniosków. Najważniejsze z nich są: 1) Nowotwory nie mają wcale tendencyi do stawania się częstszemi. 2) Mężczyźni zapadają na nowotwory rzadziej (38%), niż kobiety (62%). 3) Na 10.000 ludzi mniejwięcej 42 cierpi na raka. 4) W miastach są nowotwory znacznie częstsze, niż na wsi; w statystyce śmiertelności dają większą liczbę, niż inne choroby razem wzięte. 5) U ludzi starszych występują nowotwory 10 razy częściej, niż u młodych. X.

Benzyna, nie mogąc dobrze parować, (n. p. wskutek przykrycia danego miejsca skóry opatrunkiem i t. p.), sprawiać może podług Hörrmanna bardzo poważne oparzenia,

o czem przekonał się ten autor kilkakrotnie. (Münch. med, Wochs. Nr 21). A.

Suche, czy mokre rękawiczki gumowe? Na podstawie badań bakteryologicznych zaleca Schede używanie rękawiczek gumowych przy operacyach jedynie na sucho, t. j. przy pomocy pudrowania przy wkładaniu. (Münch. med. Wochs. Nr 21). K.

Przy czyraku poleca Fuchs częste pędzlowania kollodyum naokoło czyraka. Tworzy się przez to pierścień, wyciskający niejako czyraka i niedozwalający na rozszerzanie się nacieku. (Münch. med. Wochs. Nr 22). K.

Przy żabce (ranula) i wogóle przy tworach torbielowatych radzi Menerth celem wywołania zarośnięcia wstrzykiwać w nie rozczyn: »Rp. Acid. tannic. 25,0, solve in glycer. pur. 100«. (Koresp. f. Schw. Ärzte 1911, Nr 14). A.

W rzucawce porodowej osiągnął Herrenscheider wyleczenie przez odjęcie obu sutków, podług rady Sellheima, (Zentrlblt. f. Gyn. Nr 18). A.

Skuteczność różnych środków, mających zapobiegać zajściu w ciążę, badał Kraus na zwierzętach i doszedł do przekonania, że jest ona bardzo problematyczną. (Zblt. f. Gyn. 20). A.

Elektrotermiczny zgłębnik maciczny poleca Schücking, zwłaszcza przy braku regularności i przy niepłodności wskutek niedokształtu macicy, a także celem prowokacyi ukrytego wiewióra. (Zblt. f. Gyn. 21). A.

Arthigon jest to szczepionka przeciwwiewiórowa, przeciw powikłaniom i schorzeniom ogólnym na jego tle. Arthigon jest to wodna zawiesina zabitych gonokoków z dodatkiem trikrezolu. Zwłaszcza korzystne ma być jej działanie przy zapaleniu tryprowem stawów, najądrza, przydatków. — Przeciwwskazania: stany gorączkowe. Stosuje się zapomocą wstrzykiwań śródmięśniowych. (Berl. klin. Wochs. Nr 40, 1910). A.

Cierpienie zupełnie podobne do jaglicy występuje u ogrodników, jak donosi Topolański, wskutek dostawania się do spojówek włosków rośliny »Primula obconica«. Czasem spostrzega się przytem i wysypkę na grzbiecie rąk. Leczenie: przemywanie częste płynami ściągającymi. (Tow. oftalm. Wiedeń). A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Posiedzenie lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie

z dnia 16 V. 1911.

1) Piltz podaje przypadek z praktyki prywatnej, gdzie podobnie, jak w przypadkach Borowieckiego i Jasieńskiego, chory ma również **natręctwo myślowe**, głównie bluźniercze. I w tym przypadku można wykazać istnienie tych natręctw już we wczesnej młodości; udało się jednak także stwierdzić, że i ojciec chorego cierpiał na zupełnie podobne objawy.

2) Landau przedstawia **głuchoniemotę u trojga rodzeństwa.** Wywiady: Ojciec l. 46, pijący miernie, kiły nie przechodził, zdrów. Z pierwszą żoną kilkoro dzieci, z których jedno tylko żyje, zdrowe, inne zmarły w młodym wieku na choroby gorączkowe, żadne nie było głuchonieme. Matka lat 33, zdrowa, nie roniła. Między rodzicami niema pokrewieństwa. Mają troje dzieci — wszystko głuchonieme. Wszystkie urodziły się na czasie, siłami natury, lekko. Najstarsza córka, lat 7, rozwijała się dobrze, mówić nauczyła się z końcem pierwszego roku. Z początkiem drugiego roku chorowała ciężko na główkę, była rozpalona, oczy stanęły w słup. Po przebyciu tej choroby ciekło jej z oczu, przestała dobrze słyszeć, wreszcie ogłuchła i oniemiała. Średnia córka, M., l. 5, rozwijała się dobrze do trzeciego roku, słyszała i mówiła. Od trzeciego roku zaczęła powoli głuchnąć i zatracać mowę bez jakiejkolwiek widocznej przyczyny. Chorób gorączkowych nie przechodziła (?). Najmłodszy syn, M., l. 2., nie umie jeszcze chodzić; mówił już »tata, mama, baba«. Od 6 miesięcy zauważyli rodzice, że nie dosłyszy tak dobrze, jak przedtem, i że bardzo tylko rzadko wymawia wyżej wymienione słowa. Chorób gorączkowych podobno nie przechodził. Wszystkie dzieci mają być pod względem umysłowym dobrze rozwinięte, nie zanieczyszczają się. Drgawek niema żadne. Badanie neurologiczne u wszystkich trojga dzieci z wynikiem zupełnie ujemnym. Badanie narządu słuchowego, wykonane na klinice otyatrycznej przez prof. Dr Nowotnego, wykazało: U najstarszej dziewczyny obustronne ropne zapalenie ucha środkowego, ze zniszczeniem błon bębenkowych, u dwojga młodszych zupełną głuchotę przy zupełnie nienaruszonych i czystych błonach bębenkowych. Rozpoznano: »zniszczenie nerwów słuchowych, względnie labiryntu po przebytem zapaleniu opon mózgowych, u najstarszej z równoczesnem zajęciem ropnem ucha środkowego po obu stronach z przebiciem błon bębenkowych«.

W dyskusyi podnosi Rydel, że nie dość przekonujące jest rozpoznanie: głuchoniemota po zapaleniu opon, bo dość trudno przypuścić, aby ta sama sprawa u trojga rodzeństwa w różnym czasie dała te same skutki, aby we wszystkich trzech przypadkach zajmowała ucho środkowe, a u dwojga młodszych bez żadnych innych objawów. Czy nie jest możliwem, że chodzi tu o jakąś sprawę rodzinną, analogiczną do innych znanych w neurologii (amaurotische Idiotie Sachs)?—Następnie Piltz i Rydel podnoszą potrzebę wykonania próby Baranyego i odczynu Wassermana, które mogą dać pewne wyjaśnienia w przedstawionych przypadkach.

3) Landau przedstawia przypadek **Spondylose rhizomélique.** Chory W. K., l. 25, słuchacz medycyny. Ojciec bardzo nadużywa wyskoku. Matka od lat sześciu cierpi na »epilepsyę«. Siostra zmarła na gruźlicę płuc. Chory rozwijał się w dzieciństwie prawidłowo, przechodził odrę. Kilkakrotnie spadł z konia, raz złamał nogę prawą, raz lewą. W 21 r. z. wiewiór. Kiły zaprzecza, wyskoku używa miernie. — Obecna choroba od 21 r. ż. W rok po zakażeniu się tryprem, który był nader opornym leczeniu, dostał chory po raz pierwszy silnych bólów w okolicy stawu biodrowego lewego, które już po kilku dniach ustąpiły. Odtąd bóle w tym stawie pojawiają się co pewien czas z różnie długiemi przerwami. Po roku po raz pierwszy bóle w okolicy kości krzyżowej i lędźwiowej, które potęgowały się przy każdej zmianie postawy. W 4 miesiące potem bóle postąpiły ku górze aż do połowy piersiowej części kręgosłupa, skąd rozchodziło się silne uczucie opasywania. Znowu w kilka miesięcy bóle przeniosły się i na górną część piersiową, a równocześnie zaczęło się zesztywnienie i ograniczenie ruchów w dolnej części kręgosłupa. Od ½ roku bóle i ograniczenie ruchów w stawach ramieniowych, od 3 miesięcy wreszcie bóle i ograniczenie ruchów szyjnej części kręgosłupa, a jednocześnie bolesność i upośledzenie ruchów w stawie biodrowym prawym. Czasem pojawia się obrzęk w okolicy stawów palcowych rąk i nóg z bolesnością, bez zniekształceń, jednak i bez ograniczenia ruchomości. Na siłach chory podupadł, poci się i nuży przy wszelkich ruchach. Nie sypia, ponieważ może leżeć tylko na wznak. Mocz oddaje prawidłowo, stolec zaparty. Chory leczył się kąpielami ciepłemi, błotnemi, elektrycznemi, szczepionką przeciwwiewiórową (14 wstrzyknięć) bez skutku. Aspiryna uśmierza bóle. Badanie: Chory stoi w całości lekko pochylony ku przodowi, na nogach, zgiętych nieznacznie w stawach kolanowych i biodrowych. W części szyjnej i piersiowej kręgosłupa lekki garb, tak, że głowa chorego nieznacznie opuszczona na klatkę piersiową. W części lędźwiowej wygięcie ku przodowi, ale mniej wyraźne, niż w stanie prawidłowym. Klatka piersiowa w całości wydłużona

i nieco spłaszczona. Wyraźne zaniki w zakresie mm. nadgrzebieniowego i podgrzebieniowego łopatki, naramiennego i w zakresie mięśni uda lewego, przedewszystkiem w m. czworogłowym, z obudzoną pobudliwością na prąd elektryczny, ale bez odczynu zwyrodnienia. Ruchy w zakresie kręgosłupa bardzo ograniczone, głowę może chory jedynie tylko nieco pochylić ku przodowi i słabo nią obracać. Przy pochyleniu się ku przodowi, tyłowi i na boki, zachowuje kręgosłup zupełną sztywność. Z dużych stawów największe ograniczenie ruchów dotyczy stawu biodrowego lewego, mniejsze stawu biodrowego prawego, stawów ramieniowych i kolanowych. Ruchy w innych stawach swobodne. Przy ruchach biernych podobne ograniczenie z trzaskaniem w stawach. Kręgosłup, duże stawy, mięśnie, nerwy, wszędzie przy ucisku nader bolesne. Zniekształceń, narośli kostnych, w zakresie kręgosłupa nigdzie wyczuć nie można. Roentgenofotografia, wykonana przez Dr Hładija w klinice chirurgicznej, wykazuje drobne zmiany kostne na wysokości 4. i 5. kręgu lędźwiowego. Odruchy, poza kolanowym lewym, który znacznie wyższy od prawego, równe. Typ oddychania wyłącznie brzuszny, ruchomość klatki piersiowej minimalna. Badanie czucia wykazuje przeczulicę na zimno, ciepło i ból. Zresztą pod względem neurologicznym nic nie znaleziono. W klinice wewnętrznej stwierdzono gruźlicze zajęcie szczytów po obu stronach. Szmer rozkurczowy nad aortą. Odczyn Pirqueta dodatni; obecnie niema żadnych śladów wiewióra.

W dyskusyi wyraża Piltz zdanie, że ponieważ wynik rentgenografii właściwie jest ujemny, należałoby może zbadać ruchomość kręgosłupa w uśpieniu. — Rydel sądzi, że należałoby nie rozpoznawać stanowczo »spondylose rhisomélique«, ale zadowolić się określeniem sprawy jako artropatyi, bez uwzględnienia etyologii, tembardziej, że wrażliwość, tkliwość mięśni, nie stoją w związku z obrazem klinicznym danej sprawy. — Referent rozpoznaje »spondylose rhizomelique«, tak na podstawie etyologii, jak i przebiegu klinicznego. Schodzą się tu w tym przypadku gruźlica i wiewiór, uważane przez Mariego za wyłączne prawie przyczyny »spond. rhizomelique«. I obraz kliniczny, rozpoczynający się bólami w stawie biodrowym, w okolicy kości krzyżowej i kręgów lędźwiowych, przenoszącymi się ku górze, a doprowadzającymi do zupełnego zesztywnienia kręgosłupa, ograniczenia ruchów w dużych stawach i charakterystycznego trzymania się chorego, bez jakiegokolwiek zniekształcenia stawów małych i bez narośli kostnych na kręgach, jest bardzo znamienny dla tej jednostki nosologicznej.

4) Landau przedstawia przypadek **kurczowego porażenia rdzeniowego** u 45-letniej chorej G. B. Do 16 r. ż. zupełnie zdrowa, od tego czasu osłabienie i uczucie sztywnienia w nodze prawej, które coraz dalej postępują. W 26 lat później te same objawy w nodze lewej, dotychczas zdrowej. Bólów nie było nigdy, tylko mrowienia czasem w rękach i nogach. Chorób wenerycznych chora nie przechodziła. W ostatnich dwóch miesiącach częściej oddaje mocz. Rodziła 8 razy, ostatni raz poronienie. Badanie stwierdza kurczowe porażenie obu kończyn dolnych, wzmożenie odruchów kolanowych i piętowych, obustronny objaw Babińskiego i Oppenheima. Wszystkie te objawy większe po stronie prawej, niż lewej. Chód wybitnie poraźno-kurczowy. Odruchów brzusznych wywołać nie można. Mimo lekkich zaburzeń w oddawaniu moczu, które w ostatnich dwóch miesiącach miały się pojawić, nie rozpoznano wieloogniskowego stwardnienia mózgu i rdzenia, ze względu na brak innych kardynalnych objawów, jak drżenia oczu, zaniku nerwów wzrokowych, zaburzeń mowy, czucia i t. d., a głównie dlatego, że sprawa, która rozpoczęła się w 16. roku życia, w ciągu 29 lat postępuje bez zwolnień i przerw i bez zmienności objawów. Brak odruchów tłómaczy się zwiotczeniem powłok po 8 porodach.

W dyskusyi godzą się Rydel i Piltz z rozpoznaniem, podnosząc, iż zajęcie drugiej nogi może być bardzo dawnym objawem, który jednak uwidoczniać się mógł tylko może objawem Babińskiego.

5) Landau przedstawia przypadek **kurczowego połowiczego niedowładu dziecięcego** (hemiparesis infantilis spastica). Chora 12-letnia M. D. jest jednem z bliźniąt. Urodzona obrotem na nóżki. Rozwijała się gorzej, niż urodzony z nią brat. W 8. roku odra, w 11. płonica. Choroba, z którą się chora zgłasza, rozpoczęła się w 4. r. ż. drgawkami ze sztywnieniem i wyprężaniem całego ciała, z zupełną nieprzytomnością. Napad ten trwał 4 godziny, potem zupełnie przytomna i zdrowa. Odtąd napady bardzo często, nieraz nawet kilka razy na godzinę, jużto ogólne, jużto połowicze, a wtedy zawsze lewostronne z utratą przytomności lub bez. Przed napadem bardzo często jakby przelatywania prądu elektrycznego w lewej połowie ciała, wychodzące najczęściej z twarzy, skąd się to przenosi na rękę, tułów i nogę tej samej strony. Napad niejednokrotnie ogranicza się tylko do owego powiewu czuciowego. W 7. i 8. roku przy leczeniu bromem napady ustały. Od urodzenia zezuje. Bóle głowy rzadkie i nieznaczne. Zawrotów głowy, wymiotów, osłabienia wroku, zaburzeń w oddawaniu moczu i stolca niema. Pod względem umysłowym ma być chora dobrze rozwinięta. Badanie wykazuje asymetryę twarzy, zez (strabismus alternans). Język zbacza nieznacznie w stronę lewą. Ręka lewa w całości gorzej rozwinięta, krótsza, drobniejsza i szczuplejsza, aniżeli ręka prawa. Ruchy czynne po stronie lewej nieco gorsze, niż po prawej. Nieznaczne napięcie kurczowe po str. lewej. Odruchy tej strony żywsze, niż przeciwnej. Przy wyprostowywaniu palców lekka hyperekstensya. Odruch brzuszny lewy słabszy, niż prawy. Noga lewa w położeniu końskoszpotawej, porażona kurczowo, ale w miernym stopniu, ze wzmożonym odruchem kolanowym i stopowym bez objawu Babińskiego, bez drgawek odruchowych, w całości gorzej rozwinięta, krótsza, niż noga prawa. Nad koniuszkiem serca szmer skurczowy. Rozpoznano kurczowy niedowład dziecięcy z padaczką Jacksona lewostronną, często tylko czuciową. Przyczyną torbiel lub blizna okolicy ośrodków ruchowych prawej półkuli mózgowej, jako następstwo jakiejś sprawy w życiu płodowem lub urazu w czasie ciężkiego porodu.

6) Landau przedstawia chorego Sz. J. l. 20., szewca, przysłanego z oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpit. św. Łazarza (Prym. Dr. Borzęcki). Chory dziedzicznie nie obarczony, w dzieciństwie ani też później nie chorował. Obecna choroba rozpoczęła się przed 8 tygodniami uczuciem chodzenia mrówek i szpilek, a także pieczeniem, paleniem i uczuciem gorąca w obu stopach. W trzecim tygodniu trwania choroby dołączyły się parestezye goleni aż po kolana, a równocześnie nasilenie ich w stopach znacznie się zmniejszyło, po następnych jednak dwóch tygodniach znikły z goleni i ograniczyły się znowu do stopy i palców u obu kończyn dolnych. Od 6 tygodni ma chory również uczucie ciepła w obu rękach, aż po nadgarstki. Pieczenie i palenie w stopach, a najwięcej w wielkich palcach, jest dla chorego bardzo dotkliwe i pozbawia go snu. Ciepło, woda, słońce, chodzenie po ciepłej podłodze lub ziemi są nadzwyczaj przykre. Jedynie zimna woda, zimne owijania, jakoteż rozcieranie skóry na stopach przynosi choremu ulgę. Skóra na nogach od początku choroby zaczerwieniona. Ogólnie chory osłabiony, łatwo się nuży przy wszelkim wysiłku, niezdolny do pracy. Badaniem stwierdzić można: Objaw Chwostka lekko zaznaczony po stronie prawej. Skóra symetrycznie na rękach poniżej nadgarstków i na palcach lekko zaczerwieniona. Na dłoniach łuszczenie się skóry, wedle podania chorego dopiero po środkach leczniczych. Na stopach i palcach kończyn dolnych symetryczne zaczerwienienie skóry bardzo wyraźne, przy dłuższem staniu nawet lekka sinica. Naczynia żylne nieco poroszerzane, wyraźnego tętnienia niema. Stopa ani palce przy ucisku niebolesne. Zaburzeń odżywiania, ani wyraźniejszego pocenia się nóg niema. Na tej podstawie zgodzono się z rozpoznaniem oddziału Dr Borzęckiego w kierunku

erytromelalgii, dla której klasycznego obrazu brak jedynie obrzęku.

W dyskusyi Piltz i Rydel zadają pytania w kierunku tężyczki i objawu Trousseau; badanie jednak w tym kierunku daje wynik ujemny.

Posiedzenie z dnia 23. maja 1911 r.

I. Jasieński przedstawia dziewczynkę 2-letnią, chorą od 3. miesiąca życia. Częsty napadowy ruch gałek ocznych w nader szybkiem tempie, głównie z góry na dół, jakoteż kilka razy na godzinę upadanie z rozstawionemi w przód lub w tył rękami. Wywiady nie wykazują dziedzicznego obarczenia. Dotychczas dziecko samo nie chodzi, tylko prowadzone. Mówi zaledwo: mama, tata. Drgawek nie było. Na podstawie ujemnego wyniku badania fizycznego i zaobserwowanych napadów rozpoznaje J. »**petit mal**«, żadna bowiem inna jednostka chorobowa nie daje podobnego obrazu.

II. Dąbrowski przedstawia chorego 25-letniego, robotnika rolnego. Ojciec chorego nadużywa wyskoku, brat chorego ma »ciężką« mowę, rzekomo z przestrachu. Od 15. r. ż. bywa chory przeważnie smutny, często płacze i martwi się, ponieważ ojciec pije i gospodarstwo podupada. Obecnie chory od 15. marca b. r. We śnie poczuł, że mu sztywnieje ręka prawa, piersi i noga prawa. Gdy się zbudził, sądził, że to sen. W cztery dni potem wystąpiło ściąganie palców ręki prawej, potem ruchy bezładne palców, wreszcie ruchy wahadłowo-obrotowe we wszystkich stawach kończyny górnej prawej; ruchom tym towarzyszyło uczucie ścierpnięcia, które przeszło na piersi, następnie wystąpiły podobne ruchy w kończynie dolnej prawej, poczem obie kończyny zesztywniały, chory upadł i stracił przytomność; nie potłukł się, moczu ani stolca nie oddał, języka nie przygryzł. Podobnych napadów było jeszcze kilka, nie zawsze jednak połączonych z utratą przytomności. W ostatnim tygodniu napad ograniczał się tylko do ruchów w ręce prawej i ściskania w piersiach. — Badanie neurologiczne żadnych zmian przedmiotowych nie stwierdziło. D. rozpoznaje w danym przypadku **histeryę,** wyłączając drgawki na tle zatrucia i padaczkę Jacksonowską dla braku wszelkich danych fizycznych, padaczkę zaś z powodu odmiennego charakteru drgawek.

W dyskusyi podnosi Piltz, że przeciw padaczce przemawia zbyt dokładne sprawozdanie chorego o napadach, o których chory mówi; chory podnosi sam, że mówił od rzeczy. Ruchy obrotowe, sprawiające wrażenie celowych, również się temu sprzeciwiają. Przeciw padaczce Jacksonowskiej podnieść należy, że nie było ani porażeń, ani osłabień ruchu, ani też żadnych mózgowych, ani oponowych objawów.

III. Dąbrowski przedstawia chorego Z., lat 66. Dziedzicznie nie obarczony, kiły miał nie przechodzić, wyskoku używa bardzo umiarkowanie. — Obecna choroba rozpoczęła się przed dwoma laty cierpnięciem w kończynach różnych. Od tego mniejwięcej czasu zauważył chory, że ręce są chudsze, niż dawniej. Od $1/2$ roku zaczął odczuwać postępujące utrudnienie przy ruchach rąk w stawach łokciowych, następnie przy ruchach palców; obecnie z największym tylko trudem używa chory kończyn górnych, przyczem się bardzo męczy. — Badanie: Zbaczanie języka w stronę prawą. W zakresie barków i kończyn górnych bardzo znaczny zanik mięśni, szczególnie mięśni ramion i drobnych mięśni rąk, prawie w równym stopniu po obu stronach. We wszystkich mięśniach rąk i barków od czasu do czasu drganie włókienkowe. Ruchy czynne niemożliwe w zakresie palców z wyjątkiem zgięcia, w zakresie stawów łokciowych zginanie niemożliwe obustronnie, wyprostowanie bardzo upośledzone. Unoszenie barków dość słabe. Przy ruchach biernych występuje znaczna hypotonia; odruchy ścięgniste i okostne zniesione. Przy badaniu elektr. znaczne obniżenie pobudliwości i odczyn zwyrodnienia. W innych mięśniach stosunki prawidłowe. Wyraźnych zaburzeń czucia niema. Rozpoznanie wahać się mogło tylko między postępującym zanikiem mięśni typu Duchenne-Aran i zapaleniem przednich rogów (poliomyelitis anter. chronica adultorum). Za zapaleniem przednich rogów przemawiałby wiek chorego, lokalizacya przedewszystkiem w mięśniach koło stawu łokciowego i podmiotowe zaburzenia czucia z początkiem choroby, te cechy jednak nie są swoiste, bo mogą się zdarzyć i przy postępującym zaniku mięśni; charakter symetryczny, ciągły postęp sprawy, w znacznej mierze przemawia za zanikiem. Czy wystąpiły najpierw porażenia, a potem zaniki mięśniowe, coby rzecz rozstrzygało, tego stwierdzić się nie udało. D. przechyla się do rozpoznania **zaniku mięśni Duchenne-Aran** w okolicy IV—VIII. segmentu szyjnego i I. segmentu grzbietnego rdzenia.

W dyskusyi oświadcza się Landau za zanikiem mięśni, chociaż rozpoznanie różniczkowe między temi dwoma sprawami, zwłaszcza w danym przypadku, przedstawia ogromne trudności, a to, ponieważ niema żadnych pewnych danych z wywiadów co do współczesności lub kolejności wystąpienia porażeń i zaników, co jest najważniejszym szczegółem rozróżniającym. Jednak to, że sprawa dotyczy symetrycznie kończyn górnych, że przebiega przewlekle i postępuje, przemawia raczej za zanikiem mięśni. Przeciw niemu nie przemawia ani wiek chorego, ani punkt wyjścia z mięśni przedramienia, ponieważ i zanik mięśni, aczkolwiek rzadko, w ten sposób rozpocząć się może.

IV. Dąbrowski przedstawia chorą A. W., lat 9. Dziedzicznie nie obarczona, rozwijała się prawidłowo i była zdrowa do 7. r. ż. Wystąpiła wówczas jakaś choroba gorączkowa, w przebiegu której tworzyły się wrzody na głowie i ciele; jednocześnie pogorszenie wzroku, które skończyło się ślepotą. Badanie stwierdziło cechy zwyrodnienia; nos siodełkowaty, siekacze górne zewnętrzne niedokształcone, na siekaczach środkowych górnych i dolnych na brzegu wolnym, małe półksiężycowate zagłębienia (Hutchinson?). Nieregularne znaczne drżenie oczu i zez naprzemienny. — Odczyn na światło zniesiony; brak poczucia światła. Zanik obustronny nerwów wzrokowych. Brak odruchów kolanowych i ścięgna Achillesa; ruchy kończyn dolnych sprawne, zaników, bezładu niema, pnie nerwowe niebolesne. Gdzieniegdzie blizny głębokie po owrzodzeniach. — Odczyn Wassermann-Dungerna ujemny. Zanik nerwów wzrokowych w połączeniu ze zniesieniem odruchów nasuwa przedewszystkiem na myśl **wiąd rdzenia,** cierpienie, w tym wieku nader rzadkie, jednak spotykane, przebyta zaś choroba gorączkowa mogłaby być czynnikiem, wyzwalającym główne cierpienie. Zapalenie wielu nerwów (polyneuritis) można wyłączyć, sprawa ta bowiem musiałaby dać jakieś znaczniejsze zaniki i zaburzenia czucia, czego nie stwierdzono.

W dyskusyi podnosi Landau niezgodność drżenia oczu z resztą obrazu chorobowego. Za zapaleniem wielu nerwów przemawia znana z wywiadów choroba gorączkowa i zanik nerwów wzrokowych; przeciw przemawia wiek, brak danych etyologicznych, wreszcie brak porażeń i zaników mięśni. — Jankowski podnosi ogólny charakter degeneracyjny, wybitnie degeneracyjny typ podniebienia i zębów i stosunek nadmiernie silnie rozwiniętej dolnej połowy czaszki do małej górnej. — Borowiecki sądzi, że możnaby się wahać między wiądem rdzenia, a zwyrodnieniem, bo na karb zwyrodnienia możnaby złożyć i zniesienie odruchów, choć to jest niezmiernie rzadkie. — Landau sprzeciwia się temu, aby w danym przypadku podciągać zanik pod obraz zwyrodnienia, bo wtedy występuje już przy urodzeniu, albo powoli od urodzenia się rozwija, co w danym przypadku nie uszłoby uwagi otoczenia.

V. Piltz przedstawia chorego T., l. 45, który od lat 16 okazywał urojenia hypochondryczne, dotyczące przewodu pokarmowego, a od lat dwóch przekonany jest, że

w brzuchu ma wędrujące dwa robaki, wskutek czego cierpi ogromne bole i jest zupełnie niezdolny do pracy. Zresztą niema żadnych objawów upośledzenia lub zboczeń pod względem psychicznym. Trudno ten obraz chorobowy podciągnąć pod formę »dementia paranoides« Kraepelina, a to dla braku różnorodności i mnogości urojeń, braku objawów otępienia i zaburzeń w dziedzinie woli, pomieszanie (paranoia) wyłącza zaś nieprawdopodobność urojeń tylko o charakterze hypochondrycznym, niezmieniających zresztą, jak się to zwykle w pomieszaniu dzieje, stosunku chorego do świata i otoczenia.

W dyskusyi co do leczenia podnoszą Borowiecki i Jankowski, że wszelkie leczenie chirurgiczne jest przeciwwskazane, ponieważ może wpłynąć tylko na utrwalenie się urojeń.

I. Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego w Łodzi w dniu 4. i 5. czerwca 1911.

Sekcya medycyny publicznej

podali Dr Skalski i Dr Łuczycki.

(Dokończenie).

19) J. Luxenburg i L. Zembrzuski (Warszawa). **Uraz w stosunku do niektórych cierpień wewnętrznych i chirurgicznych.** Prawo o ubezpieczeniu od wypadków nieszczęśliwych i ocenianie skutków urazu wysunęło uraz na plan pierwszy. Przy rozpoznaniu związku urazu z danym stanem patologicznym, należy poznać warunki, w jakich uraz nastąpił, poznać bezpośrednie skutki urazu, i te, które rozwinęły się później, czyli dokładnie zbadać chorego tuż po wypadku i w czasie późniejszym, wreszcie porównać z tem, co wiemy o nim przed wypadkiem; dopiero na tej podstawie możemy sobie wyrobić sąd etyologiczny o danej sprawie. Do rzędu pytań, stawianych nam nader często, należy sprawa związku urazu z gruźlicą. Prelegent rozstrzyga ją w sposób następujący: Dla związania urazu z następczą gruźlicą płuc trzeba, aby uraz dotknął bezpośrednio klatkę piersiową, aby pierwsze objawy gruźlicy wystąpiły niezbyt późno, ani niezbyt wcześnie, od kilku tygodni do kilku miesięcy. Rok stanowi ostateczny termin. Choroby serca wskutek urazu powstają pod wpływem uderzenia w okolicę serca, upadku z wysokości, nadmiernego jednorazowego wysiłku, albo nawet wstrząśnienia psychicznego. O ile ostre zapalenia wsierdzia raczej doświadczalnie, niż klinicznie po urazie spostrzegać się dają, o tyle powstanie wad zastawkowych po urazie zdaje się być zupełnie pewnem. Orzeczenie jest pewne, gdy stan serca był badany przed urazem. Nadmierny wysiłek wywołać może ostre rozszerzenie serca, którego przebieg dalszy bywa różny.

W dalszym ciągu zabiera głos kol. Zembrzuski i mówi o przepuklinach urazowych. Prelegent wygłasza następujące wnioski: 1) Przepukliny urazowe, powstające nagle u osobników zdrowych, stanowią niezmierną rzadkość: 1 na 1000. 2) Przepukliny ściśle urazowe powstają albo wskutek bezpośredniego urazu, albo wskutek nadmiernego wysiłku fizycznego. Te drugie powstają na miejscach wogóle typowych dla przepuklin, lub też wypełniają część górną niezupełnie zamkniętego wyrostka pochwowego (processus vaginalis). 3) W przepuklinach ściśle urazowych możemy często spostrzegać zmiany miejscowe w postaci wybroczyn, podbiegnięć krwawych, powstają przytem nader silne bole, nudności, wymioty, niekiedy omdlenia. Nagłe rozciągnięcie prawidłowej tkanki wywołuje uwięźnienie przepukliny. 4) Wszystkie przepukliny, pozbawione cech powyższych, ściśle urazowemi nie są. Powstawanie ich należy sobie tłómaczyć istnieniem u danego osobnika przepukliny w początkach rozwoju.

Kol. Luxenburg mówi o nerwicach urazowych. Co do stosunku urazu do nerwic urazowych, to należy przyznać, że pomimo nader bogatej literatury, sprawa nie jest jasną, tembardziej, że wchodzi tutaj czynnik psychiczny. Spotykamy dwie kategorye urazów jako czynnik etyologiczny nerwic: uraz fizyczny i uraz psychiczny. Uraz psychiczny może bezpośrednio wywołać nerwicę. Należy jednak zwrócić uwagę, że u człowieka zupełnie zdrowego trzeba niezwykle mocnego przestrachu, aby wywołać histeryę. W działaniu urazu fizycznego na pierwszy plan występuje zmiana materyalna miejscowa. Prelegent twierdzi, że uszkodzenie ośrodków nerwowych bezpośrednio nerwicy nie wywołuje, oraz jest zdania, że między napięciem urazu i jego następstwami niema stosunku prostego, często zaś zachodzi odwrotny. Po małych urazach mogą być bardzo poważne następstwa, po wielkich — może ich nie być wcale. Istotną przyczyną nerwicy jest usposobienie indywidualne. Rozpoznanie nerwicy urazowej, — najczęściej histeryi lub neurastenii — musi być oparte na trwałych podstawach i wtedy jest uzasadnione, gdy liczba i napięcie objawów przekracza pewną granicę.

Prelegenci czynią następujące wnioski. 1) Należy starać się o poznanie stanu chorego przed wypadkiem; 2) uwzględnić ewentualny brak innych czynników etyologicznych; 3) uwzględnić związek w czasie między urazem, a początkiem choroby; 4) uraz powinien być silnego natężenia; 5) uwzględnić wszelkie warunki, świadczące o usposobieniu do danego cierpienia; 6) uwzględnić bezpośrednie skutki urazu.

W dyskusyi kol. Dehnel podawał w wątpliwość istnienie nerwic urazowych.

20) J. Idzikowski (Pruszków). **O działalności kulturalno-higienicznej lekarzy szkół początkowych.** Higiena szkolna powinna być oparta na podstawach naukowych, by jej technika coraz bardziej mogła się udoskonalać, by w praktyce coraz szersze mogła mieć zastosowanie. Pod tym względem wiedza nauczyciela i lekarza powinna się zespolić, obaj powinni pracować wspólnie. Dotyczy to szczególnie szkoły początkowej po wsiach i miasteczkach, gdzie lekarz jest jednym z nielicznych przedstawicieli nauki i posiada często dostateczną wiedzę pedagogiczną, a przynajmniej zainteresowanie i zrozumienie jej najważniejszych zagadnień. Działalność lekarza szkolnego powinna być rozwijana w dwu kierunkach: 1) ogólnym, gdy chodzi o walkę z przeciążeniem szkolnem (zbadanie programów, metod i planów szkolnych), o ogólne warunki higieniczne, jak powietrze, światło, ćwiczenia fizyczne (gimnastyka właściwa, zabawy, »enseignement menager«); 2) w kierunku specyalnym, gdy chodzi o stan zdrowia poszczególnych dzieci, indywidualną ich zdolność do pracy i odporność na dany poziom wymagań szkolnych. W tych celach konieczne są: udział lekarza w opracowywaniu programów szkolnych, obserwacya dzieci podczas ich zajęć (na lekcyach) i zabaw, badanie ich stanu fizycznego i psychoanaliza. Prelegent proponuje uchwalenie następującego wniosku: Zalecić należy gorąco lekarzom prowincyonalnym wzięcie w opiekę szkół początkowych przez wejście do rad szkolnych, przez czuwanie nad warunkami higienicznymi szkół, przez usuwanie wad fizycznych, uniemożliwiających dzieciom pracę umysłową i hamujących ich rozwój.

21) Z. Garlicka (Łódź). **O walce z rakiem macicy.** (Rzecz, drukowana w całości w »Przeglądzie lekarskim« Nr 22). Prelegentka wnosi, co następuje: Zważywszy, iż 1) zaniedbany rak macicy ze względu na częstość swego występowania i na straszne cierpienia, których przyczyną się staje, jest jedną z najcięższych plag świata kobiecego i jednym z najboleśniejszych dowodów bezsilności wiedzy lekarskiej; zważywszy, iż 2) obecny stan ginekologii operacyjnej umożliwia doszczętne usunięcie raka macicy we wczesnym okresie choroby; zważywszy, iż 3) propaganda, mająca na celu jaknajwcześniejsze zgłaszanie się

do operacyi chorych na raka macicy dała w innych krajach poważne dodatnie wyniki. — I. Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa uważa za niezbędne, aby każde Tow. lekarskie (Królestwa) 1) rozesłało do mieszkających w obrębie jego wpływów lekarzy list, któryby uprzytomniał objawy rozpoczynającego się raka macicy, możliwość doszczętnego jego usunięcia, doniosłość wczesnego jego operowania; 2) rozesłało odpowiedni list do położnych i zwróciło się do kierowników szkół dla położnych tam, gdzie one istnieją, z prośbą o żądanie od uczenic znajomości pierwszych objawów raka i wszczepianie im poczucia odpowiedzialności za leczenie chorych ginekologicznie kobiet; 3) popierało akcyę warszawskiego Tow. higienicznego, mającą na celu zaznajamianie szerszej publiczności z objawami raka macicy, z możliwością doszczętnego jego wyleczenia i doniosłości wczesnego operowania. Zjazd uważa za pożądane, aby szpitale i ambulatorya Królestwa obliczały corocznie odsetki doszczętnie zoperowanych raków macicy w stosunku do wszystkich, które się zgłosiły i, przesyłając te dane liczbowe do W. T. H., umożliwiły mu kontrolę skuteczności prowadzonej akcyi.

22) J. Puterman (Sosnowiec). **O małych pracowniach dyagnostyczno-rozbiorowych.** Metody pracowniane prócz znaczenia klinicznego, zwłaszcza zaś metody bakteryologiczne i biochemiczne, posiadają doniosłe znaczenie pod względem etyologicznym, sanitarno-higienicznym, epidemiologicznym i profilaktycznym. Biegańskiego należy zaliczyć do pierwszych założycieli pracowni na prowincyi. On to stworzył w r. 1889 przy szpitalu miejscowym w Częstochowie pracownię, która w r. 1897 z zapomogi Kasy Mianowskiego została powiększona. Przykład oddziałał na powstanie innych pracowni. W 1889 powstaje nakładem Czajkowskiego pracownia w Sosnowcu, 1892 w Kaliszu przy szpitalu św. Trójcy, w 1893 staraniem Wasercuga w Zawierciu, w następnym okresie od r. 1891 do 1900 powstały pracownie w Kaliszu (druga), w Zawierciu, w Płocku, w Nałęczowie, Łodzi, Sosnowcu i Lublinie. Pracownie te podzielić można na dwie kategorye: I. chemiczno - mikroskopowe, II. chemiczno - bakteryologiczne, ostatnie zaś na większe i mniejsze. Liczba pracowni wzrasta, praca w nich wre. Dowodem pracownia Czajkowskiego, pracownia Biegańskiego, Serkowskiego, a następnie Bartoszewicza, Putermana i innych. Prelegent wypowiada następujące dezyderaty: 1) Wobec konieczności obopólnej pracy medycyny praktycznej i ściśle naukowo - laboratoryjnej pożądane jest zakładanie i utrzymanie pracowni dyagnostyczno-rozbiorowych w celu ułatwienia korzystania z nich ogółowi. 2) Prywatne pracownie, któreby służyły miastom lub powiatom, powinny otrzymywać od zarządów miast, względnie powiatów stałe zapomogi i, zależnie od ich wysokości, rozbiory sanitarno-higieniczne wykonywane być mogą przez daną pracownię na żądanie urzędów lekarskich albo bezpłatnie, albo też za pewnem wynagrodzeniem dodatkowem. 3) W szpitalach prowincyonalnych większych personal lekarski powinien być tak dobierany, ażeby przynajmniej jeden z lekarzy obznajmiony był należycie z metodami chemiczno-bakteryologicznemi i ażeby miał dość czasu na prowadzenie potrzebnych badań. 4) W miejscowościach, gdzie istnieją Towarzystwa naukowe lekarskie lub higieniczne, powinny one przez odpowiednie uświadomienie ogółu i od nośnych sfer wpływać na zakładanie pracowni chemiczno-bakteryologicznych kosztem miast, względnie powiatów.

W dyskusyi kol. Luxenburg podnosi benedyktyńską pracę kol. Putermana, a kol. Kopciński zaznacza, że w szpitalu w Kochanówce istnieje pracownia.

23) J. Pełczyński (Radom). **Praktyka walki z chorobami zakaźnemi.** Dla poprawy istniejących dotąd stosunków, normowanych na zasadzie przestarzałej ustawy lekarskiej, jest nieodzowna zmiana tej ustawy na drodze prawodawczej. Nim to nastąpi, należy opracować szczegółowy plan uzdrowotnienia naszego kraju dla użytku przyszłego samorządu. Prelegent stawia trzy wnioski: 1) Lekarze powinni bezzwłocznie przystąpić do opracowania planu zamierzeń asanizacyjnych w całym kraju, 2) wpływać na ułożenie i wydanie postanowień w tej sprawie, i 3) dopilnować wniesienia do budżetów miejskich i gminnych odpowiednich sum na prace sanitarne. Najważniejszą pracą jest należyte zorganizowanie walki z chorobami zakaźnemi. Polega ona na wykryciu wszystkich ognisk zarazy i niszczeniu zarazków. W celu wykrycia ognisk zarazy należy się posiłkować zawiadomieniami odpowiednich władz o każdym przypaeku choroby zakaźnej. Prelegent szczegółowo omawia, jak rzecz ta zorganizowana jest w Radomiu. Piecza nad unieszkodliwieniem chorego spada na lekarza miejskiego, chcąc mu ułatwić tę pracę, magistrat Radomia stworzył posadę lekarza sanitarnego miejskiego, który obowiązany jest dokonywać odosobnienia i odkażania, dozoruje on prócz tego stan sanitarny miasta; przy szpitalu św. Kazimierza istnieje barak izolacyjny, urządzony bardzo prymitywnie. Braki organizacyi radomskiej widzi prelegent jasno; polegają one na tem, 1) że nie wszystkie przypadki chorób zakaźnych są ujawniane, 2) że zaledwie mała część ujawnionych ognisk zarazy ulega zniszczeniu. — Na zakończenie prelegent czyni następujący wniosek: Przy walce z chorobami zakaźnemi konieczne jest prowadzenie rejestracyi chorych zakaźnych, izolowanie chorych od zdrowych, oraz odkażanie mieszkań i rzeczy zakażonych. Dopiąć się to da jedynie po należytem uświadomieniu ogółu o korzyściach stąd wynikających, co jest obowiązkiem społecznym lekarzy, bodaj najważniejszym w przeddzień wprowadzenia samorządu.

W dyskusyi zabrał głos kol. F. Koziołkiewicz, który stwierdza zły stan naszych szpitali, brak przygotowania niższego personalu i podkreśla, że dla polepszenia sprawy konieczne jest wprowadzenie samorządu, który dostarczy funduszów. Mówca jest przeciwny wszelkim represyom administracyjnym względem rodzin chorych na choroby zakaźne i sądzi, że lekarze w tych represyach nie powinni brać udziału.

Kol. Łapiński czyni następujący wniosek, poparty przez Skalskiego. Zważywszy, że pijacy łatwiej zapadają na choroby zakaźne, zważywszy istnienie niewątpliwego związku przyczynowego między nadużywaniem wyskoku a powstawaniem wielu chorób, Zjazd stwierdza szkodliwość napojów wyskokowych i niezbędność zwalczania opilstwa przez lekarzy.

24) L. Brunner (Warszawa). **O walce z toczniem.** Walka z toczniem (lupus), będąca częścią ogólnej walki z gruźlicą, powinna być prowadzona przez towarzystwa, przeznaczone do walki z tą chorobą. Prelegent przedstawia stan walki z toczniem w Danii, Niemczech, a specyalnie na Śląsku, w Austryi, Francyi i Rosyi, a na zasadzie materyału szpitala św. Łazarza w Warszawie za okres od r. 1900 do 1910. Przemówienie swoje prelegent zamyka następującym wnioskiem: Uznając, że walka z toczniem (lupus), stanowiąca część ogólnej walki z gruźlicą, posiada doniosłe znaczenie społeczne, I Zjazd lekarzy prowincyonalnych w Łodzi zwraca się do istniejących w kraju przeciwgruźliczych stowarzyszeń, aby sprawę tę ujęły w swe ręce i rozpoczęły energiczną działalność w tym kierunku. Do poprowadzenia planowej i systematycznej pracy na polu zwalczania tocznia w kraju naszym, niezbędną jest czynna pomoc wszystkich lekarzy prowincyonalnych.

25) A. Goldenberg (Łódź). **Znaczenie języka Esperanto dla lekarzy.** W miarę rozwoju nauki i rozrostu wiedzy użycie języka łacińskiego jako martwego stawało się coraz trudniejsze. Każdy naród używać począł w celach naukowych własnego języka, którego nie znały inne narody. Potrzeba języka międzynarodowego stawała się coraz widoczniejszą, żaden jednak naród nie zgadzał się, aby tym językiem był język drugiego narodu. Zjawiła się potrzeba stworzenia sztucznego języka. Próby w tym kierunku zro-

biono, wszystkie jednak były nie tak udatne, jak opracowany przez lekarza warszawskiego L. Zamenhofa język Esperanto. Język ten wchodzi w coraz większe użycie, posługują się nim lekarze całego świata, wychodzą w nim pisma lekarskie. Dla lekarzy ma on doniosłe znaczenie: 1) Można bowiem studyować w nim literaturę naukową wszystkich narodów. 2) Zbyteczną się stanie znajomość języków obcych, konieczna dotąd przy wyjazdach zagranicę w celach studyów lub udziału w kongresach. 3) Ułatwi zbliżenie lekarzy różnych narodowości, czemu staje często na przeszkodzie język »niesympatyczny« z jakichkolwiek powodów. 4) Język ten umożliwi poznanie się lekarzy samych oraz personalu pomocniczego na polu walki, rozdzielonych zwykle nienawiścią oraz brakiem możności porozumienia się. 5) Korzyść zwiększy się jeszcze, gdy uprzytomnimy sobie całokształt korzyści dla ludności.

W dyskusyi Fr. Koziołkiewicz dowodził, że powinniśmy w pierwszej linii zająć się poznaniem własnego języka, następnie języków sąsiadów, do czego nas zmuszają warunki, a następnie dopiero myśleć możemy o języku Esperanto.

Obchód jubileuszowy Przeglądu lekarskiego.

Obchód jubileuszowy naszego pisma odbył się w przeddzień XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, d. 17. lipca 1911, jako uroczyste posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. O godz. 6 wieczór zapełniła się sala posiedzeń Towarzystwa i przyległe sale, w których wizerunki byłych redaktorów »Przeglądu« udekorowano zielenią, licznie przybyłymi ze wszystkich stron Polski uczestnikami. Prócz wymienionych w Nr 28 delegacyi, zapowiedziały jeszcze udział swoich przedstawicieli: Towarzystwo lekarskie warszawskie (prezes Dr Wł. Gajkiewicz), Izba lekarska wschodnio-galicyjska (Dr Szczepan Mikołajski), Towarzystwo dziennikarzy polskich i Redakcya »Nowej Reformy« (redaktor p. M. Konopiński), Polski Związek lekarzy i przyrodników w Petersburgu (Prof. Zaleski), Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie (prezes Dr Trzebiński), Towarzystwo lekarskie w Płocku (Dr Kosmaciński), Postęp okulistyczny (Prof. Dr Wicherkiewicz). Prócz tego przybyli jako dalsi degaci Wydziału lekarskiego Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu Drowie Gantkowski i Karwowski, jako delegat Towarzystwa lekarzy chorwackich i »Lijecnickiego Vijestnika« Dr Tkalćić, jako delegat Towarzystwa lekarzy ukraińsko-ruskich Dr Wachnianin, oraz bawiący w tym czasie w Krakowie Prof. Bechterew z Petersburga. Wśród zebranych znajdował się jeden z dwu najstarszych współpracowników »Przeglądu«, Dr Józef Szewczyk; drugi z nich, czcigodny Prof. M. L. Jakubowski, nie mogąc przybyć z powodu stanu zdrowia, przesłał telegram gratulacyjny. Na posiedzeniu obecni byli członkowie honorowi, mianowani z okazyi jubileuszu przez Towarzystwo lekarskie krakowskie. Delegacyi instytucyi, Towarzystw i czasopism zajęli miejsca naprzeciw i po bokach stołu prezydyalnego, za którym zasiedli prezes, wiceprezes i obaj sekretarze Towarzystwa, oraz redaktor »Przeglądu lekarskiego«.

Posiedzenie zagaił prezes Towarzystwa, Prof. Dr Napoleon Cybulski, przemówieniem następującem:

»Wielce Szanowni Panowie! Z radością i prawdziwą wdzięcznością witam Panów w progach naszego domu. Witam przedstawicieli naszych najwyższych instytucyi naukowych, witam drogich nam zawsze reprezentantów bratnich narodów słowiańskich, witam delegatów Towarzystw lekarskich i przedstawicieli prasy lekarskiej i codziennej, w końcu wszystkich obecnych kolegów.

Minęło 50 lat, jak powstał »Przegląd lekarski«, wkrótce potem stając się organem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. Wśród mniej lub więcej pomyślnych i przyjaznych warunków, czasami nawet bardzo nieprzyjaznych, zdołaliśmy nasz organ utrzymać przy życiu przez całe pół wieku, lecz, co najważniejsze, potrafiliśmy zyskać nietylko życzliwość, ale i poparcie kolegów, z których jedni wspierali nasze wydawnictwo pracą, drudzy dopomagali nam materyalnie, opłacając prenumeratę. Wprawdzie pismo nasze rozwijało się w łonie Tow. lekarskiego i przez osobną komisyę redakcyjną i wybranego z tegoż Towarzystwa redaktora było redagowane; znalazło ono jednakże silne poparcie w Wydziale lekarskim krakowskim, w Towarzystwie naukowem, a następnie w Akademii Umiejętności. Pierwszymi też redaktorami, jak to Panowie z artykułu Prof. Wrzoska w dzisiejszym numerze Przeglądu możecie widzieć, byli prawie wyłącznie profesorowie Wydziału lekarskiego. Niech mi więc wolno będzie w dniu dzisiejszym wyrazić podziękowanie tym instytucyom, które tak wiele się przyczyniły do założenia, rozwoju i utrzymania na odpowiednim poziomie naszego organu. Celem naszego wydawnictwa było podawanie własnych spostrzeżeń i badań, oraz szerzenie wiadomości o nowych zdobyczach myśli lekarskiej wogóle nietylko wśród kolegów naszego kraju, ale także wśród kolegów Polaków na ziemiach polskich i na obczyźnie; dzięki streszczeniom naszych prac samodzielnych nawiązywaliśmy stosunki także i z zagranicą.

Obecność Waszą Panowie na dzisiejszej uroczystości bierzemy jako dowód, że ta myśl Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, te usiłowania rozszerzenia i podniesienia wiedzy lekarskiej wśród kolegów pozyskały Waszą aprobatę i Wasze uznanie.

Rozwój umysłowy i kulturalny ludzkości przechodzi, jak wiadomo, rozmaite okresy, postęp w rozwoju myśli ludzkiej miewa niejednakowe nasilenie i zależy od wielu i bardzo różnorodnych czynników. Nie ulega wątpliwości, że pierwszym i najważniejszym czynnikiem postępu i rozwoju myśli ludzkiej był fakt ujęcia myśli w formę dźwięków; lecz niewątpliwie niemniej ważnym był drugi fakt, gdy ludzkość dźwięki, służące do wyrażenia myśli, potrafiła zakuć w pewne stałe symbole: figury klinowe i hieroglify, a następnie litery. Od tej chwili każda myśl ludzka, wyrażona tymi lub owymi symbolami, myśl jednostki, staje się własnością ogółu, własnością całej ludzkości. Gdy przedtem myśl w formie dźwięków tylko w formie tradycyi mogła się przenosić z pokolenia w pokolenie, zawsze ulegając przytem pewnym nieuniknionym skażeniom, teraz, wyrażona w symbolach mogła być przechowana czystą i nieskażoną długie wieki. Pismo i druk dały możność tworzenia skarbców myśli ludzkiej. Obserwując rozwój myśli ludzkiej, zwłaszcza w tym okresie, nie możemy nie zauważyć pewnego stałego prawa, a mianowicie, że ludzkość nietylko dąży do utrwalenia i przechowania myśli swojej, lecz także wszędzie i zawsze ujawnia dążność do jak najrychlejszego jej rozpowszechnienia. Tego prawa najwybitniejszym wyrazem jest współczesne piśmiennictwo. Otóż rolę czynnika, który służy do rozpowszechnienia nowych faktów, oraz wszelkich zdobyczy umysłu ludzkiego, umysłu pojedynczych jednostek wśród mas, do rozpowszechnienia wiedzy fachowej, coraz bardziej bierze na siebie piśmiennictwo fachowe; lecz tym czynnikiem niezbędnym postępu w rozmaitych dziedzinach myśli ludzkiej i jego warunkiem staje się ono właściwie dopiero w naszych czasach. Będąc wyrazem potrzeby ducha ludzkiego, dopiero w ostatnim wieku piśmiennictwo fachowe rozwinęło się i rozrosło tak, jak nigdy przedtem i stało się cechą charakterystyczną dla naszych czasów.

Sądzę, że Panowie przyznają, że z tego punktu widzenia uroczystość dzisiejszą możemy obchodzić z pewną dumą, albowiem mamy świadomość, że, zakładając pismo fachowe, szliśmy za duchem czasu, że w miarę sił naszych i środków staraliśmy się sprostać potrzebom doby, usiłowaliśmy stać się choć małą ścieżką w tej ogromnej sieci dróg, które prowadzą do podniesienia kultury i wiedzy społeczeństwa, jakkolwiek w danym przypadku tylko w pewnym ograniczonym zakresie.

Niewątpliwie niepodobna ocenić, jaką rolę odegrał Przegląd lekarski w rozwoju wiedzy lekarskiej u nas; to jednakże napewno możemy policzyć sobie za zasługę, że w ciągu tych 50 lat Przegląd lekarski sumiennie informował swych czytelników o wszystkich najwybitniejszych zdobyczach danej chwili, że rozpatrywał i oceniał kierunki, w których szła myśl lekarska u nas i zagranicą, że każdą myśl naukową, każdą zdobycz z zakresu medycyny praktycznej chętnie i z wdzięcznością w swych łamach umieszczał i w ten sposób je popularyzował. Czy wszystko to czynił dostatecznie do swoich zamiarów, czy w dostatecznej mierze i w takim stopniu, jak tego wymagali współcześni i stan wiedzy w danej dobie, raczcie ocenić sami. Tu nietylko w imieniu obecnych, ale i przeszłych pokoleń Towarzystwa lekarskiego mogę oświadczyć, że chęci nasze i usiłowania były zawsze jak najlepsze, że wszyscy redaktorowie, których wizerunki zechcą Panowie obejrzeć, czynili wszystko, na co pozwalały środki, osobista interwencya i pomoc kolegów.

Dzisiejsze, tak zaszczytne dla nas zebranie jest prawdziwą nagrodą, jeżeli nie za wynik usiłowań, to za nasze zamiary

i chęci; bierzemy je jako wyraz uznania dla działalności naszego Towarzystwa. Udział wszystkich Panów w dzisiejszej uroczystości i jej uświetnienie, mam nadzieję, będzie służyć Towarzystwu jako podnieta i zachęta do dalszej pracy, pozwólcie więc, że za tę wymowną odpowiedź na nasze zaproszenie, za ten dowód życzliwości, — w imieniu Towarzystwa lekarskiego wyrażę Panom jak najserdeczniejsze podziękowanie«.

Po tem przemówieniu zabrał głos przedstawiciel naczelnej instytucyi naukowej polskiej, wiceprezes Akademii Umiejętności, r. dw. Prof. Dr Zoll, przypominając, że założycielem »Przeglądu lekarskiego« było Towarzystwo naukowe krakowskie, później przekształcone w Akademię, że więc jest ona niejako macierzą naszego pisma i życząc »Przeglądowi« dalszego rozwoju. Prof. Kader, prodziekan Wydziału lekarskiego Wszechnicy Jagiellońskiej, którego profesorowie byli pierwszymi redaktorami »Przeglądu lek.«, przemawiał imieniem tego Wydziału, a r. dw. Prof. Kadyi imieniem Wydziału lekarskiego Wszechnicy lwowskiej.

Od Towarzystwa naukowego warszawskiego przemawiał Doc. Dr Wł. Janowski następującymi słowy:

»Mając wielki zaszczyt reprezentować na dzisiejszej uroczystości »Przeglądu lekarskiego« Towarzystwo naukowe warszawskie, pragnę podkreślić tu następujące cztery momenty.

Założenie przez grono członków Towarzystwa naukowego krakowskiego w r. 1862, a więc w warunkach politycznych i naukowych bardzo trudnych, nowego pisma, poświęconego wszystkim gałęziom wiedzy lekarskiej, było dowodem wielkiego w nich poczucia siły twórczej. Muszę więc zaznaczyć tu przedewszystkiem tę cechę niezapomnianych założycieli zasłużonego dziś pisma, określając ją, jako prawdziwy zapał młodzieńczy w szlachetnem znaczeniu tego wyrazu.

Dalsze prowadzenie pisma i stałe utrzymywanie go na wysokim poziomie wymagały już drugiego warunku — wytrwałości w raz podjętej pracy, cechującej męską tężyznę ducha. Cechy tej, wykazywanej w wysokim stopniu przez wszystkich naczelnych kierowników »Przeglądu lekarskiego«, uważam za obowiązek szczerze im w imieniu Towarzystwa nauk. warsz. powinszować.

Następnie wszyscy kierownicy »Przeglądu lekarskiego« wykazywali zawsze wielką wyrozumiałość, powiem nawet miłość względem wszystkich pracowników naukowych polskich, nie zważając na to, z których stron kraju pochodzili i gdzie im los placówkę pracy wyznaczył. Zalety te, ujawniane konsekwentnie przez lat tyle, znosiły różnice rasowe, polityczne, kordonowe i zawodowe pomiędzy naszymi pracownikami naukowymi w tym stopniu, iż każdy, kto tylko czuł się Polakiem, lgnął do Waszego organu całem sercem. Tej więc trzeciej zalety, pozornie uczuciowej, a wypływającej właściwe z sumiennie pojętych obowiązków społeczno-naukowych, również szczerze wszystkim kierownikom »Przeglądu lekarskiego« w imieniu Towarzystwa nauk. warsz. winszuję.

Wreszcie podnieść tu muszę, że »Przegląd lekarski« był i jest pismem, prowadzonem wzorowo pod względem językowym. W naszych warunkach, w których na przeważającym obszarze ziem naszych szkoły niższe i średnie, uczelnie wyższe, sądy i różne urzędy administracyjne, zamiast, jak u innych narodów, czystości języka przestrzegać, do jego kalecznia się przyczyniają, jest, jak to już Mickiewicz w swoich wykładach literatury słowiańskiej zaznaczył, obowiązkiem obywatelskim szczególnie ważnym przestrzeganie czystości języka literackiego. Otóż o »Przeglądzie lekarskim« można powiedzieć z całą bezstronnością, że spełniał on ten swój obowiązek w sposób wzorowy.

Podkreślając więc w imieniu Towarzystwa nauk. warsz. i tę czwartą zasługę »Przeglądu lek.«, która jest nietylko naukowo-kulturalną, ale i narodowo-społeczną, kończę swe przemówienie życzeniem, aby naród nasz miał jak najwięcej organów naukowych, któreby wszystkie swoje obowiązki względem nauki i narodu spełniały tak szczytnie, jak »Przegląd lekarski««.

Następnym mówcą był Dr Święcicki z Poznania:

»W imieniu Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu składam najstarszemu czasopismu lekarskiemu w dniu jego złotych godów najserdeczniejsze życzenia. Przegląd lekarski przez całe minione pół wieku wskazywał lekarzom polskim naukę jako ostoję. Sam uchwycił się jej silnymi szponami, aby bardziej do niej przylgnąć, bardziej z nią zrosnąć.

Jak znakomicie wywiązał się Przegląd lekarski ze swego zadania, jak umiał być przez cały ciąg dotychczasowego istnienia swego »czynami brzemienny a ludźmi błyszczący«, jak nigdy nie utracił busol swego celu pracowania dla nauki i pielęgnowania języka naszego, dowodem tego ta klamra jubileuszowa, zamykająca półwiekową jego działalność, ten obchód uroczysty, na którem najwyższa nasza instytucya naukowa, Wydziały lekarskie naszych dwóch Uniwersytetów, Towarzystwa naukowe, nasze i czeskie, Redakcye czasopism lekarskich polskich, ten liczny i dostojny zastęp lekarzy z blizka i daleka, składają Przeglądowi lekarskiemu hołd, naczelnemu redaktorowi cześć!«

Imieniem Towarzystw lekarskich czeskich i Redakcyi »Sbornika klinickyego« przemawiał R. dw. Prof. Hlava z Pragi, podnosząc, że jubileusz Przeglądu lekarskiego nie ma ani jednego smutnego tonu, któryby uroczystość zakłócał; jubileusze osób przypominają zawsze, że w ich życiu najszczęśliwsza epoka, to jest młodość, już minęła, — a takiem przypomnieniem nie jest jubileusz czasopisma, które może pozostać zawsze młodem i żywotnem i pracować ku pożytkowi swego narodu. Od »Casopisu lekarů ceskych« przemawiał redaktor Dr Semerad, kończąc życzeniem, aby Przegląd lekarski doczekał spełnienia się ideałów narodu polskiego. Prof. Bechterew zabrał następnie głos imieniem »Slowianskoho naucznaho komiteta« i redakcyi wydawanych przez siebie »Obozrenja psichiatrii« i »Wiestnika psichologii«, podkreślając, że praca na polu nauki i kultury dowodzi żywotności narodu i że zdobycze wiedzy polskiej przynoszą korzyść wszystkim Słowianom. Dr Tkalčić w przemówieniu swojem, zakończonem po polsku, wypowiedział pozdrowienie od przyrodniczolekarskich kół chorwackich, a Dr Wachnianin, składając życzenia od Towarzystwa lekarskiego ruskiego przypomniał, że wielu Rusinów korzystało z nauki polskiej i wzajemnie w jej rozwoju współdziałało.

Redaktor p. Konopiński, przemawiając imieniem Towarzystwa dziennikarzy polskich, wyraził uznanie dla »Przeglądu«, którego działalność przyczyniła się do rozwoju nauki lekarskiej polskiej. Mowca uważa za szczególną zasługę »Przeglądu«, że starał się nadać wiedzy i nauce piętno polskości, że do współpracownictwa w tem piśmie garnęły się zastępy ludzi, znanych z prac naukowych i subtelnego odczucia języka polskiego, dzielnych obywateli kraju, — i kończy życzeniem, aby »Przegląd« dalej trwał w swej dzielnej działalności dla pożytku i postępu społeczeństwa polskiego.

Dr St. Schoengut, prezydent Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, przemawiając jej imieniem, odczytał następujące pismo, przez nią wystosowane: »W dniu tak uroczystym, jakim jest jubileusz półwiekowej działalności najstarszego naszego tygodnika lekarskiego, Izba lekarska zachodnio-galicyjska ma zaszczyt wyrazić Szanownej Redakcyi życzenia, tem szczersze i tem serdeczniejsze, że od czasu istnienia Izby lekarskiej łączą ją z Przeglądem lekarskim jaknajlepsze przyjacielskie stosunki. Izba lekarska poczuwa się do obowiązku wielkiej wdzięczności dla Przeglądu lekarskiego, który jeszcze w czasach, kiedy w naszym kraju nie było piśmiennictwa, dotyczącego spraw zawodowych lekarskich, gościnnie otwarł łamy swego pisma dla sprawozdań i komunikatów Izby lekarskiej, stwarzając równocześnie początek naszej literatury z zakresu kwestyi i zagadnień społeczno-lekarskich, popierając i ułatwiając w ten sposób działalność Izby lekarskiej dla dobra ogółu lekarzy. To zrozumienie istotnych nowoczesnych potrzeb naszego zawodu jest zasługą, którą Izba lekarska zawsze cenić będzie bardzo wysoko«.

Imieniem Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej przemawiał następnie Dr S. Mikołajski; od Towarzystwa lekarskiego warszawskiego jego prezes Dr Wł. Gajkiewicz; od Warszawskiego Stowarzyszenia lekarzy i od Redakcyi »Zdrowia« Dr Józef Jaworski.

Dr Józef Zawadzki wygłosił imieniem Warszawskiego Towarzystwa doraźnej pomocy lekarskiej i Redakcyi »Medycyny i Kroniki lekarskiej« przemówienie następujące:

»»Nie z soli ni z roli, lecz z tego co boli« powstawały u nas znamienitsze czyny. A bolał założycieli Przeglądu lekarskiego zanik myśli i nauki polskiej przed pięćdziesięciu laty. Słowo polskie, wyparte z wszechnic, miało ujście na łamach bardzo nielicznych podówczas pism naukowych i rozbrzmiewało dość cicho w nielicznych towarzystwach. Nie mógł jednak zaginąć naukowy język Śniadeckich, praca naukowa trwała mimo wszelkie okoliczności zewnętrzne, należało ją tylko uzewnętrznić i dać ujście właściwe.

Epoka, wybrana przez założycieli Przeglądu — epoka budzenia się myśli polskiej, była odpowiednia zupełnie, podniesienie myśli narodowej w Warszawie nie mogło nie wywrzeć wpływu na Kraków. W porze właściwej więc podjęli Dietl, Majer, Sko-

bel, Oetinger i Zieleniewski myśl zcalenia i zespolenia nauki lekarskiej polskiej w jeden łańcuch na łamach Przeglądu.

Z umiłowaniem wzięli się do pracy na ugorującej niwie, zrosili ją obficie potem i znojem, pruli pługiem z hartowanej stali ducha polskiego. I rola plon wydała, plon piękny, nie jednoroczny, bo za przykładem Ich stanęła do pracy i szła im z pomocą liczna pracowników rzesza.

Więc szli kolejno ujmować pług w dłonie Janikowski, Madurowicz, Lutostański, Rydel, Halban, Domański, Kwaśnicki i obecny redaktor.

I oto stoi przed nami w pełni sił i zasług starszy nasz kolega po broni — Przegląd lekarski, z dumą ogląda się na półwiekową działalność, ufny w długie jeszcze lata pracy dla kraju, promieniejący zasługami dla nauki lekarskiej polskiej.

Ze szpalt jego idą ku nam szeregiem zwartym męże — bojownicy o byt nauki polskiej. I łączą się ich duchy wraz z nami w tym dniu uroczystym.

I jestem pewien, że w zagrobowej ciszy ci pełni zasług bojownicy wtórują w tej chwili okrzykowi, który imieniem Tow. doraźnej pomocy lekarskiej oraz Redakcyi Medycyny i Kroniki lekarskiej wznoszę: »Nauka polska, myśl polska, Przegląd lekarski niech żyją««.

Polski Związek lekarzy i przyrodników z Petersburga nadesłał jako dar jubileuszowy następujący adres, odczytany przez Prof. St. Zaleskiego, delegata »Związku«:

»Na zgliszczach i popielisku umysłowego dorobku naszego, śród obcej, a macoszej opieki, w wyziębłych i zniszczonych gniazdach orłów białych, bez puchu, strawy i wolnej bezbrzeżnej przestrzeni — rodzić się poczęły niby nowe feniksy, wątłe zrazu, a słabe pisklęta, żądne jednak lotu ku szczytom, nie odrazu dościgłym, ku słońcu i niebu, w dalekie, a rodzime obszary. Czas i wyższe prawa wszechświata, a może niezbadane wyroki Opatrzności wzmocniły skrzydła i siły tych ptasząt, zahartowały je w ciągłej, a ustawicznej walce o byt i istnienie i wypasowały wreszcie cudem ocalałe orlęta na orłów, godnych swych praojców.

I oto jeden z takich orłów, najstarszy i najzasłużeńszy polskiej prasy zawodowej, Przegląd lekarski, — święci dziś gody pięćdziesięcioletnich narodzin swoich. Drogie, a pamiętne są to gody dla każdego Sarmaty, nietylko lekarza, lecz i tego, co lekarskiej pieczy potrzebuje!

Siałeś zawsze, czcinajgodniejszy, zacny Jubilacie zdrowe i rodzajne ziarna na wyjałowione zagony gleby ojczystej, pielęgnowałeś i umierzwiałeś te ziarna całym zasobem ożywczych, skrzętnie zebranych sił i środków swoich, chroniąc je zawsze od wszelkich szkodników i pasorzytów. To też wydały one dziś plon nader obfity, przechodzący wszelkie oczekiwania spółczesnego Twoim narodzinom pokolenia: wszak dziś widzimy już w Tobie ośrodek do zespolenia i wymiany myśli nietylko dla oddzielnych jednostek, lecz i dla całych stowarzyszeń!

Wszyscy, dla których byłeś piastunem i opiekunem, a niekiedy dobrodziejem i orędownikiem, zjawiają się dziś jak jeden mąż, w myśl zasady »in unitate robur«, aby Ci złożyć jaknajgodniejsze Ciebie hołd uznania i wdzięczności.

A z pośród nich, z wychodzącą nawet poza granicę młodzieńczego wieku skwapliwością, rwie się naprzód ten, którego ze szczególną przygarnąłeś troskliwością od chwili jego powstania, przybysz z dalekiej, a mroźnej północy, lecz sam jeszcze niezmrożony, aby i swój gorący wyraz uwielbienia zespolić z wyrywającem się z głębi serca u wszystkich życzeniem: »Ad multos annos!««.

Następnie przemawiali: od Polskiego Towarzystwa lekarskiego w Kijowie prezes Dr Trzebiński, od Towarzystwa lekarzy galicyjskich prezes Prof. Machek, od Towarzystwa lekarskiego lwowskiego prezes Prof. Sieradzki, od Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego: z Łodzi Dr Sterling, wręczając dyplom honorowy, z Radomia prezes Dr Fidler, z Lublina Dr Staniszewski, od Towarzystwa higienicznego lwowskiego i Redakcyi »Przeglądu higienicznego« prezes Dr Obtułowicz, od Towarzystwa ginekologicznego lwowskiego Dr Schellenberg, od Związku lekarzy rządowych w Galicyi Dr Bielański.

W końcu nastąpiły przemówienia redakcyi czasopism przyrodniczych i lekarskich polskich, a mianowicie: Prof. Dr S. Tołłoczki ze Lwowa imieniem redakcyi »Kosmosu«, organu Towarzystwa przyrodników polskich im. Kopernika, red. Dr Łazarewicza z Poznania imieniem »Nowin lekarskich«, których okazały zeszyt, poświęcony »Przeglądowi«, stanowił dar jubileuszowy, podobnie jak i piękny zeszyt »Gazety lekarskiej«, której imieniem przemawiał redaktor Dr A. Puławski, oraz wytworny numer »Tygodnika lekarskiego«, od którego redakcyi zabierał głos red. Doc. Dr Nowicki, i »Przeglądu zdrojowo-kąpielowego«, którego imieniem i zarazem imieniem Polskiego Towarzystwa balneologicznego w Krakowie składali życzenia Dr J. Zanietowski junior i Dr Frączkiewicz.

Wszystkie przemówienia witali zebrani gorącymi oklaskami.

W odpowiedzi na przemówienia udzielił głosu przewodniczący posiedzenia redaktorowi »Przeglądu«, Prof. Ciechanowskiemu, który przemówił temi mniejwięcej słowy:

»Dopiero przed chwilą zostałem zawezwany przez Czcigodnego Prezesa Towarzystwa do złożenia podziękowania za życzenia i dary, ofiarowane Przeglądowi lekarskiemu. Dlatego raczcie wybaczyć Dostojni Goście, Kochani Towarzysze pracy lekarsko-piśmienniczej, Szanowni Koledzy, że nie potrafię powiedzieć tego wszystkiego, cobym chciał i co się w takiej chwili na usta ciśnie. A jest mi to tem trudniej, że nie mówię ani od siebie, ani za siebie, ani za dzisiejsze grono redakcyjne, bo my przecież jesteśmy tylko chwilowym, przypadkowym niejako wyrazem instytucyi, której jubileusz nie jest świętem teraźniejszości.

Pragnąłbym mówić za tych, których tu już między nami niema, a których pamięć i pracę właściwie dziś czcicie. A praca ta i służba ich była ciężka i twarda. Wszak budować im przyszło wśród niewygasłych jeszcze łun pożarnych i dymiących zgliszcz, by po ostatnim tragicznym porywie narodu torować szlak dla orlich lotów nauki, by na tym naprzód szlaku mogło nasze społeczeństwo doścignąć inne — szczęśliwsze. Oni wiedzieli dobrze i widzieli jasno, że budują dla narodu jego przyszłość. Ale podobni byli do tych żeńców, którzy po znojnym, upalnym dniu chwytać muszą ledwo zżęte snopy przed nadchodzącą burzą, zgarniać kłosy, które im wrogie wichry rozrywają. A ich znój był wyrzeczeniem się. Nie przynosił im ani nagród, ani zaszczytów. Celom wytkniętym poświęcali nierzadko własne środki materyalne, składali w ofierze chęć sławy, oddawali siebie całych. A ta twarda ich służba byłaby może nieraz i gorzka, gdyby nie wiara w jej późniejsze plony, gdyby nie ten duch, który, choć nie przekazywany pismem ani słowem, ożywiał Dietla, Majera, Skobla, Oettingera, Zieleniewskiego, ożywiał ich następców — Halbana, Janikowskiego...; duch ten sam, który żył w Marcinkowskim i takich, jak on, synach Ojczyzny.

Czemże ja za nich wszystkich, za hołd i cześć, które ich pamięci niesiecie, dziękować mam? Chyba tylko przyrzeczeniem za nas, dzisiejszych, które oby przejęli i ci, którzy po nas przyjdą, że przekazanej nam drogiej spuścizny strzedz chcemy, że myśli przewodniej poprzednich pokoleń — nie uronimy; że w naszym skromnym zakresie pracować chcemy z duszy całej, by tem, na co nas stać, służyć pożytkowi polskiej nauki lekarskiej, a przez nią i swoim i pobratymcom«.

Sekretarz doroczny Towarzystwa, Dr Grzegorz Grzybowski, odczytał nadesłane życzenia, na ich czele następujący telegram od JE. P. Ministra dla Galicyi: »Nie mogąc z powodu obowiązków urzędowych przybyć, winszuję pięknego jubileuszu zasłużonego Przeglądu, życząc dalszej pomyślnej i bogatej w owoc pracy. Wacław Zaleski«.

Krajowy referent sanitarny, r. dw. Dr Józef Merunowicz, przesłał następujące życzenia: »W pięćdziesięcioletni jubileusz Przeglądu lekarskiego oddaję cześć żmudnej i wielce pożytecznej pracy wydawniczej i życzę najlepszego powodzenia na przyszłość«, a członek Wydziału krajowego, szef departamentu sanitarnego Dr Szymon Bernadzikowski: »Nie mogąc osobiście wziąść udziału w uroczystości, ślę tą drogą wyrazy hołdu założycielom i pracownikom Przeglądu, który tak chlubne spełnia zadanie w rozwoju nauki polskiej«.

Dalej nadesłały życzenia następujące Towarzystwa i instytucye: Towarzystwo popierania nauki polskiej we Lwowie, (prezes Prof. Balzer), Biblioteka Akademii wojskowolekarskiej w Petersburgu (Dr Wojnicz), Towarzystwa lekarskie: w Wilnie, Łodzi, Częstochowie, Kielcach, Siedlcach, Przemyślu, Krajowy Związek zdrojowisk i uzdrowisk we Lwowie, Lwowskie Towarzystwo ginekologiczne, Koło lekarzy w Krynicy;

Redakcye czasopism: Virchow's Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie (Prof. Orth) i Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie (Prof. A. Martin) z Berlina, Dermatologische Zeitschrift (Prof. E. Hoffmann) z Bonn, Wiener medizinische Wochenschrift (Dr Kronfeld), Wiener allgemeine mediz. Zeitung, Aerztliche Standeszeitung (Dr Grün) z Wiednia; Il Policlinico z Rzymu, Pathologica z Genui (Prof. Segale); Journal medical de Bruxelles, Paris medical (Prof. Gilbert i Dr P. Cornet); Sowremiennija psichiatria i Chirurgija z Moskwy (depesze zredagowane po polsku, podp. Napalkow i Terebinskij), Wraczebnaja Gazieta z Petersburga; Revue v neurologii z Pragi (Prof. Haškovec); Przegląd chirurgiczny i ginekologiczny (Dr A. Le-

śniowski i Dr Stankiewicz) z Warszawy, Postęp okulistyczny (Prof. Wicherkiewicz) z Krakowa, Nasze Zdroje (Dr Bandrowski) ze Lwowa;

Przegląd polski (Prof. Mycielski) z Krakowa, Ruch filozoficzny ze Lwowa, Kuryer warszawski, p. Michał Rolle, redaktor Gazety lwowskiej;

Prof. Chodounsky i Prof. Janosik sekretarz II. Wydziału Akad. Umiej. z Pragi, Prof. Kreidl z Wiednia, Dr J. Babiński z Paryża, Dr Fr. Chłapowski prezes poznańskiego Wydziału lek. Tow. przyj. nauk z Kissingen, Prof. Kosiński z Warszawy, Prof. Ziembicki ze Lwowa, Prof. Witold Orłowski z Kazania, Prof. Ziemacki z Piatigorska, Doc. Sowiński i Dr Ostrowski z Petersburga, Prof. Pareński z Nowouszyńska, Prof. M. L. Jakubowski z Rabki, Prof Korczyński z Sarajewa, Dr Wacław Mayzel z Warszawy, Dr Dłuski z Zakopanego, Dr Serkowski, Szumlański, Mieczkowski, Sędziak z Warszawy, Sonnenberg z Łodzi, W. Puławski i Bajenkiewicz z Królestwa, Bartoszewicz i Polikier z Ciechocinka, Pelczar i Gerus z Truskawca, Prym. Pisek ze Lwowa, Czyżewicz z Jarosławia, Dzikowski z Tarnowa, Hicner z Jasła i wielu innych.

Posiedzenie zakończył sekretarz stały Towarzystwa Dr Damski, ogłaszając nazwiska członków honorowych, przez Towarzystwo z okazyi jubileuszu mianowanych.

Obchód jubileuszowy odbił się życzliwem echem nietylko w najszerszych kołach lekarskich we wszystkich dzielnicach Polski, co zaznaczyło się obszernemi sprawozdaniami z obchodu w polskich czasopismach lekarskich, lecz także w całem społeczeństwie, czego wyrazem była prasa codzienna wszystkich trzech zaborów. Wszystkie większe dzienniki, bez względu na swą barwę, poświęciły jubileuszowi sympatyczne wzmianki, niektóre jak »Czas«, »Nowa Reforma« w Krakowie, »Słowo polskie« i »Kuryer lwowski« we Lwowie, »Kuryer warszawski« przytoczyły w ogólnym zarysie dzieje »Przeglądu«, a podając nader szczegółowy opis uroczystości jubileuszowej, scharakteryzowały jej nastrój i znaczenie w bardzo życzliwych słowach. Niepodobna tu wszystkich tych głosów przytaczać; wystarczy jako przykład jedna ze zwięźlejszych charakterystyk. Kuryer lwowski (Nr 324) stwierdziwszy, że obchód jubileuszowy »wypadł świetnie«, pisze: »Słowem, była to poważna, a podniosła manifestacya narodowa, która na wszystkich słuchaczach wywarła silne wrażenie. Trwały mowy dwie godziny, lecz nikt się nie znużył ich słuchaniem, bo takie chwile zespołu narodowego pragnęłoby się przedłużyć jak najwięcej«.

Ale najmilszem wspomnieniem pozostanie dla nas serdeczność, z jaką do jubileuszu naszego pisma odnosiły się siostrzane czasopisma lekarskie polskie. »Nowiny lekarskie« poświęciły »Przeglądowi« w darze osobny wspaniały zeszyt, zawierający prace oryginalne 22 autorów polskich, a poprzedzony słowem wstępnem następującem:

»Najstarszemu z obecnie istniejących tygodników lekarskich polskich, gdy dobiega pół wieku jego niestrudzonej i bogatej w owoce działalności, należy się hołd. Oddadzą mu go zebrani w Krakowie z powodu XI. Zjazdu Polskich Lekarzy i Przyrodników koledzy ze wszystkich działów i z różnych części świata, rozpoczynając od tej uroczystości jubileuszowej swe obrady zjazdowe. Cześć tem większa należy się »Przeglądowi lekarskiemu« dlatego, że przez te pół wieku od początku — prawie bez przerwy do końca trzymał wysoko sztandar nauki lekarskiej i dbał o czyste wyrazownictwo polskie, które poczęści musiał stwarzać, a przytem uwzględniał zawsze i inne — społeczne — potrzeby polskich lekarzy«.

Przytoczywszy w krótkich słowach główne daty z historyi »Przeglądu« piszą »Nowiny« w dalszym ciągu:

»Jeżeli przed 25 laty delegat nasz w adresie Wydziału poznańskiego mógł się »słusznie wyrazić, iż poczuwa się do obowiązku złożenia »Przeglądowi lekarskiemu« wyrazów rzetelnego uwielbienia dla jego pełnej trudu i ofiarności pracy społecznej a zarazem głębokiej wdzięczności za gościnny przytułek, udzielony cegiełkom wielkopolskim we wzniesieniu wspaniałego przytułku wiedzy lekarskiej, na jaki »Przegląd lekarski« pod mistrzowskiem przewodnictwem głównego Redaktora ku chlubie narodu naszego wyrósł, — to z większem jeszcze uprawnieniem i zobowiązaniem wyrażamy nasze serdeczne uznanie zabiegów ciągłych obecnej Redakcyi około podniesienia poziomu naukowego nietylko samego »Przeglądu lekarskiego«, ale i całego czasopiśmiennictwa polskiego z szczególniejszem uwzględnieniem własnie poznańskich »Nowin lekarskich«, dla których zawsze była życzliwą, zawsze wzorem, a nieraz i pomocą. Taki stosunek dwóch redakcyi jako wyjątkowy podnieść i wysoko cenić nam się należy. Tem chętniej więc z okazyi półwiekowego jubileuszu wołamy z głębi wdzięcznego serca:

Za to, żeś pracował na chwałę nauki, na pożytek społeczeństwa, zawsze sumiennie i zawsze owocnie, za to, żeś był gorący w umiłowaniach swoich, niestrudzenie stojący na szańcach obowiązku, za to, żeś stosował się do rady naszego Staszyca, że każdego kraju pomyślność w nauce spoczywa, racz i od nas przyjąć hołd i cześć zasłużoną«.

Rówieśna nam niemal »Gazeta lekarska« w okazałym swym zeszycie 28, dedykowanym uczestnikom XI. Zjazdu lek. i przyr. polskich, kończy słowo wstępne takim ustępem: »Jednocześnie ze Zjazdem przypada uroczystość półwiekowego jubileuszu Przeglądu lekarskiego. Zasługi tego pisma zbyt są znane naszemu ogółowi lekarskiemu, żebyśmy na tem miejscu potrzebowali o nich przypominać. Pół wieku gorliwej pracy na niwie piśmiennictwa lekarskiego, stanie na straży etyki naszego zawodu, na straży czystości naszej mowy ojczystej, daje prawo do szczerej wdzięczności i hołdu uznania dla założycieli tego pisma, dla jego dawnych i obecnych redaktorów i współpracowników, którym ślemy w dniu dzisiejszym wyrazy serdecznej koleżeńskiej życzliwości i życzenia dalszej owocnej pracy«.

»Medycyna i Kronika lekarska« w artykule naczelnym w Nr 28, witającym XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, poświęciła jubileuszowi osobny ustęp, który brzmi: »Jednocześnie ze Zjazdem wypadł 50-letni okres działalności jednego z najstarszych pism polskich, Przeglądu lekarskiego. Dumny być może ze swej działalności, jego to bowiem członkom przypadł w udziale trud i zasługa urządzenia większości Zjazdów lekarskich, on to zcalał rozproszone siły naukowe polskie. Cały zastęp mężów nauki wnosił na jego łamy doświadczenie i wiedzę, na katedrach zdobytą, i ogłaszał zdobycze swych badań. Owiane duchem szczerze obywatelskim, przez lat 50 pismo to służy nietylko nauce, ale i społeczeństwu, to też za tę pracę owocną należy się mu dank od całego społeczeństwa..... I my ze swej strony dołączamy się do powszechnego uznania i witamy wkroczenie w okres drugiego pięćdziesięciolecia naszego starszego kolegi życzeniem dalszej równie owocnej dla kraju i nauki pracy«.

»Tygodnik lekarski lwowski« dedykował swój okazale wydany Nr 28, zawierający 13 prac oryginalnych, zarazem uczestnikom XI. Zjazdu lek. i przyr. i »Przeglądowi lekarskiemu«. Wytworny egzemplarz, złożony jako dar jubileuszowy, ujęty w bogatą oprawę, poprzedza następujący adres: »W pięćdziesiątą rocznicę znakomitej i wydatnej działalności na polu umysłowego życia w Polsce składa Redakcya Lwowskiego Tygodnika Lekarskiego wielce zasłużonemu wśród lekarskich pism polskich wyrazy czci i hołdu z życzeniami dalszego rozwoju i owocnej pracy na chlubę nauki polskiej«. Adres nosi podpisy wszystkich członków komitetu redakcyjnego.

Równie życzliwie powitały jubileusz czasopisma, poświęcone higienie, sprawom zawodu lekarskiego i zdrojownictwu.

»Zdrowie« w zeszycie 7, poświęconym uczestnikom XI. Zjazdu lek. i przyr., pomieściło obszerniejszy artykuł, podający główne daty historyczne i charakterystykę »Przeglądu lekarskiego«, a napisany przez Dra Józefa Jaworskiego.

»Głos lekarzy« rozpoczyna kronikę w Nr 14 wzmianką o jubileuszu, w której pisze: »Przegląd lekarski ma ogromne zasługi w polskiem piśmiennictwie lekarskiem, które oceniają wszyscy lekarze polscy. Oprócz prac naukowych Przegląd lekarski oddawna zamieszczał rozprawy, artykuły i korespondencye, poświęcone sprawom zawodowym, tudzież zagadnieniom z zakresu medycyny społecznej. Do słów uznania, które z całej Polski nadchodzą, dołączamy od nas także gratulacye i życzenia, by to najpoważniejsze pismo lekarskie polskie i nadal jak najpomyślniej się rozwijało«.

»Słowo lekarskie« rozpoczyna swój Nr 13 od wyrazów następujących: »Przeglądowi lekarskiemu w uroczystym dniu jubileuszowym niesiemy podziękę za wydatny, owocny plon, zebrany w trudzie znojnym na swojskiej ziemi. Składamy życzenia i z uczuciem radości z dokonanego dzieła i z uczuciem dumy, boć »Przegląd«, to macierz nasza, która zaopiekowała się sprawami zawodowemi lekarza, nim jeszcze powstało samoistne pismo, poświęcone sprawom naszego zawodu. Więc niechaj i to będzie pociechą Macierzy, że w dniu jej godów złotych idziemy ku niej nie luzem, nie prawie sobie obcy, ale w sprawnym ordynku świadomej organizacyi«.

»Przegląd zdrojowy-kąpielowy i Przewodnik turystyczny« dedykuje swój Nr 6 »Przeglądowi lekarskiemu« w słowach następujących: »W jednym z pierwszych szeregów tych, którzy dzisiaj składają hołd pięćdziesięcioletniej działalności »Przeglądu lekar-

skiego«, stają także: Polskie Towarzystwo Balneologiczne i Redakcya wydawnictw tegoż. Sekretarz Polskiego Towarzystwa Balneologicznego, Dr Zanietowski, skreślił w bieżącym numerze rzut oka na działalność »Przeglądu lekarskiego« na polu popierania zdrojownictwa krajowego, oraz na stosunek szczery, jaki zawsze panował między Towarzystwem Lekarskiem Krakowskiem i jego oficyalnym organem, a Polskiem Towarzystwem Balneologicznem i jego wydawnictwami. — Nie pozostaje nam zatem nic innego na tem miejscu, jak tylko życzyć w gorących, choć krótkich słowach, aby »Przegląd lekarski« wśród dalszego swojego istnienia przyświecał zawsze rozwojowi nauki polskiej tak jasno, jak dotąd, i obfite ze swojej pracy zbierał plony. »Vivat, crescat et floreat ad multos annos!« Dedykacyę podpisało Prezydyum Polskiego Towarzystwa Balneologicznego i Redaktor jego wydawnictw. — »Nasze Zdroje« w Nr 11 piszą: »Półwiekowa rocznica wydawnictwa »Przeglądu lekarskiego«, złączona z XI. Zjazdem lekarzy i przyrodników w Krakowie, jednoczy w dniu jutrzejszym, w krakowskim Domu lekarskim, nietylko tam obecnych, lecz cały ogół lekarzy, których dwom generacyom wiernie służył ten organ, jako przewodnik naukowy i towarzysz zawodowy, czujny zawsze na każdy objaw postępu we wszystkich gałęziach wiedzy lekarskiej. Długi poczet jego rędaktorów i współpracowników..... stanowi już sporą kartę w dziejach medycyny polskiej, zapisaną dostojeństwami w hierarchii nauki, zasługami społeczno-narodowemi wielu wybitnych lekarzy, wreszcie rozkwitem prasy lekarskiej, rozrosłej z tego pnia macierzystego nowemi gałęziami tylu czasopism specyalnych, aż do najmłodszej balneologicznej, która również święci dziś dziesięcioletni jubileusz najstarszego z pokrewnych wydawnictw »Przeglądu zdrojowo-kąpielowego«, jako oficyalnego organu »Polskiego Towarzystwa Balneologicznego« w Krakowie. Słusznie też poświęca Towarzystwo lekarskie krakowskie wieczór jutrzejszy uroczystemu uczczeniu tej półwiekowej rocznicy wydawnictwa, ktorego dzieje, znaczenie i zasługi znajdą odpowiedni wyraz w przemówieniu przedstawicieli licznych instytucyi lekarskich, korporacyi, Towarzystw i prasy lekarskiej. W gronie przedstawicieli najmłodszej tej gałęzi znajdzie się duchem i sercem redakcya »Naszych Zdrojów«, z wyrazami czci dla półwiekowych mozołów i zasług, z życzeniami jak najskuteczniejszego rozwoju, »ad multos annos««.

XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Jak już zaznaczyliśmy, był Zjazd ostatni świadectwem dalszego rozwoju tej instytucyi. Liczbą uczestników przewyższył on nawet świetny X. Zjazd (lwowski), na którym zdawało się, że udział liczebny doszedł już do szczytu, przekroczywszy 1100 osób. Tym razem, według Dziennika Zjazdu, doszła liczba członków i uczestników do 1302 w trzecim dniu Zjazdu. Liczba referatów i wykładów, zgłoszonych do 16 sekcyi Zjazdu, przekroczyła 600. Gorliwość w pracy i nastrój całego Zjazdu nie ustępowały poprzednim.

Sprawozdanie ogólne z przebiegu Zjazdu i obrad sekcyi ogłosiły oprócz »Dziennika Zjazdu«, doskonale redagowanego przez p. Aleksandra Karcza, wszystkie niemal dzienniki polskie, podając tym razem wiadomości obfitsze i szczegółowsze, niż kiedykolwiek. Opisały one dokładnie otwarcie Zjazdu w d. 18. VII. przedpołudniem, przytaczając nawet albo w całości, albo w obszernem streszczeniu przemówienia: prezesa Wydziału gospo arczego, prof. Juliana Nowaka, delegata Ministerstwa oświaty, JE. szefa sekcyi Dr Ćwiklińskiego, przedstawiciela Wydziału krajowego, szefa departamentu sanitarnego Dr Bernadzikowskiego, wysłannika Namiestnictwa, Dr Lachowicza, wiceprezydenta miasta, Dr Szarskiego, reprezentantów gości słowiańskich: r. dw. Prof. Hlavy z Pragi, Prof. Bechterewa z Petersburga, Dr Tkalčića z Zagrzebia, Dr Ozarkiewicza z Rusi, jakoteż mowę prezesa Zjazdu Dr Święcickiego z Poznania i wykład Prof. Dr Romera ze Lwowa »O krajobrazie«.

Po pierwszem posiedzeniu ogólnem odbyło się o godz. 12 otwarcie wystawy, urządzonej przez Polskie Towarzystwo balneologiczne, w obecności wielu dostojnych gości, jak JEm. biskup Nowak, JE. Dr Ćwikliński, Delegat nam. Fedorowicz i in. Wystawę otworzył wiceprezes komitetu wystawy, Dr Ludwik Schneider, w towarzystwie Dr Zanietowskiego, sekretarza Tow. balneol., redaktora Dr Frączkiewicza i dyrektora wystawy, p. Bogdana Hoffa, przemówieniem następującem: »Walne Zgromadzenie Polskiego Tow. Balneologicznego uchwaliło urządzić wystawę zdrojowisk i zakładów leczniczych polskich — podczas XI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Czyniąc zadość uchwale, zawiązał się Komitet i urządził wystawę dzisiejszą. Wystawa jest niejako porachunkiem naszej pracy, rozwoju naszego przemysłu zdrojowego, naszego krajowego lecznictwa: Komitet uwzględnił przedewszystkiem przemysł krajowy, chcąc dać sposobność przyjrzenia się, czego nam w kraju jeszcze brakuje, byśmy mogli uzupełnić i wydoskonalić się, a przyszłą wystawę przedstawić Szanownym Kolegom doskonalszą i obfitszą. Na tem miejscu niech mi wolno będzie złożyć podziękowanie Prześwietnemu Prezydyum miasta za chętne udzielenie gmachu Akademii handlowej na pomieszczenie wystawy, Wys. Ministerstwu dla robót publ., za szczodrą pomoc finansową, Wystawcom za obesłanie wystawy, oraz wszystkim, którzy nam w urządzeniu wystawy pomocnymi byli. Mam zaszczyt imieniem Komitetu wystawowego Polskiego Tow. Balneologicznego otworzyć wystawę zdrojowisk i zakładów leczniczych polskich, oraz wystawę farmaceutyczną polską«. Wystawa, pomieszczona w obszernym gmachu Akademii handlowej, dała pouczający obraz stanu naszego zdrojownictwa i przemysłu farmaceutycznego i zjednała uznanie organizatorom. Oprócz tej wystawy urządzona została przez sekcyę mineralogiczno-geologiczną bogata wystawa minerałów polskich.

Począwszy od popołudnia 18. VII. aż do późnego wieczora 20. VII. toczyły się pracowite obrady w 16 sekcyach naukowych Zjazdu. W sekcyach lekarskich stanęły tym razem, podobnie jak na Zjeździe ostatnim, lwowskim, na pierwszym planie referaty na temata ogólne, z góry oznaczone; to udoskonalenie organizacyi Zjazdów naszych wymaga jednak jeszcze dalszych starań, przedewszystkiem w tym kierunku, aby tematów głównych nie było w jednej sekcyi zbyt wiele, bo w przeciwnym razie nie mogą być wyczerpane i aby referenci liczyli się więcej, niż dotąd, z wyznaczonym czasem i starali się swe referaty zmieścić w odpowiednich ramach. Liczenia się z czasem, wyznaczonym ustawą Zjazdów lub uchwałami sekcyi, powinni też przestrzegać więcej, niż dotąd, wszyscy wogóle prelegenci, aby przecież w przyszłości zmniejszyć (jeśli nie całkiem usunąć) spadanie z porządku dziennego całego szeregu wykładów, zgłoszonych na Zjazd. Ale usterki te dadzą się usunąć tylko wtedy, jeżeli przewodniczący sekcyi będą prowadzić obrady tak energicznie i bezwzględnie, jak się to dzieje wszędzie zagranicą, i jeżeli uczestnicy Zjazdów wdrożą się należycie do koniecznej tutaj karności. Oprócz tego konieczne jest w większych sekcyach po wyczerpaniu tematów, mogących zajmować wszystkich członków sekcyi, urządzanie posiedzeń osobnych dla działów specyalnych (podział na podsekcye); w tym względzie muszą gospodarze sekcyi przyszłych Zjazdów czynić odpowiednie przygotowania, a uczestnicy w danym razie okazać także pewną samoistną inicyatywę już w czasie Zjazdu.

Oprócz wyników naukowych dały obrady wielu sekcyi pewne wnioski praktyczne, streszczające się w szeregu uchwał, skierowanych do różnych władz i instytucyi, oraz rezolucyi, skierowanych ogólnie pod adresem społeczeństwa. Należałoby koniecznie zmierzać do tego, aby nie każdy wniosek tego rodzaju, zgłoszony w sekcyi, był przez sekcyę uchwalany; pewien krytyczny wybór, uchwalanie tylko rzeczy naprawdę wykonalnych, nadałoby tym uchwałom większe znaczenie i zapewniałoby rychlejszy wynik realny. Toteż dobrze się stało, że tym razem zostało wykonane postanowienie Delegacyi Zjazdów i że z mnogich uchwał sekcyi przedłożono Zjazdowi do zatwierdzenia na drugiem posiedzeniu ogólnem tylko kilkanaście, wybranych przez umyślnie do tego wyznaczoną komisyę. Z rezolucyi sekcyi lekarskich zostały przez Zjazd zatwierdzone uchwały, wyrażające uznanie dziennikarstwu za popularyzacyę higieny przy pomocy sił fachowych, potępiające przedwczesne ogłaszanie wyników badań naukowych w prasie codziennej, podkreślające konieczność oddania wychowania fizycznego w ręce fachowe, konieczność ochrony macierzyństwa, wzywające lekarzy do przodowania w walce z gruźlicą i alkoholizmem, wreszcie polecające zakładanie lecznic dla chorych na jaglicę. Oprócz tego na wniosek Delegacyi stałej zaznaczył Zjazd konieczność kursów lekarskich dopełniających we Lwowie, Krakowie i Warszawie, i równouprawnienia obcych poddanych kobiet z mężczyznami na wszechnicach galicyjskich; dalej polecił Zjazd Delegacyi poczynić kroki, u Koła polskiego, by starało się przyspieszyć reformę ustaw sanitarnych i ustawę o chorobach zakaźnych w Austryi. Wreszcie uchwalił Zjazd zmienić dotychczasowy trzyletni odstęp Zjazdów na czteroletni, wybór pory roku na Zjazd pozostawić Wydziałowi gospod. łącznie z Delegacyą, a wybór miejsca najbliższego Zjazdu pozostawić tym razem Delegacyi.

Obraz prac całego Zjazdu zestawił treściwie w swej mowie, zamykającej Zjazd, prezes Zjazdu, Dr Święcicki, który też, oddawszy przewodnictwo wiceprezesowi, Dr Gajkiewiczowi z Warszawy, wygłosił na drugiem ogólnem posiedzeniu wykład: »O estetyce w medycynie«. Wybór Delegacyi (prezes Prof. Gluziński ze Lwowa, wiceprezes Prof. Ciechanowski, sekretarz Dr Janiszewski, skarbnik Prof. Dobrowolski, wszyscy z Krakowa, członkowie: Dr Alfred Sokołowski z Warszawy, Prof. Tołłoczko ze Lwowa, Dr Święcicki z Poznania, zastępcy: Prof. Sieradzki i Prof. Twardowski ze Lwowa, Dr Łazarewicz z Poznania, p. J. Tur i Prof. Kryński z Warszawy), oraz przemówienia Prof. Nowaka, Prof. Dicksteina i Dr Bohdanowicza zakończyły to posiedzenie.

Szczegółowe sprawozdanie ze Zjazdu i z jego prac naukowych ukaże się za parę miesięcy jako »Pamiętnik Zjazdu«, którego redakcyą zajmie się sekretarz generalny, Prof. Brunner.

Ważniejsze momenta towarzyskiej strony Zjazdu, jak zebranie wstępne w Grand-Hotelu, rauty, wydane przez Komitet Zjazdu i przez Reprezentacyę Miasta — które zgromadziły po 1500 przeszło osób, pozjazdowa wycieczka do Wieliczki, w której brało udział około 500 uczestników Zjazdu, znalazły szerokie echo w prasie codziennej, dlatego tu wystarczy o nich tylko wspomnieć. Dla uczestników Zjazdu wydał komitet piękną tekę widoków Krakowa, złożoną z 12 autolitografii wybitnych artystów polskich, a czasopisma lekarskie — zeszyty odświętne; wśród nich wymienić należy wydaną przez »Rocznik lekarski« monografię o znakomitym chirurgu polskim, profesorze krakowskim Bierkowskim, pióra Prof. Adama Wrzoska. Miejski Urząd zdrowia wydał opis ważniejszych miejscowych urządzeń sanitarnych, Towarzystwo balneol. polskie Przewodnik po zdrojowiskach polskich.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Krajowa Rada Zdrowia we Lwowie odbyła dn. 8. VII. 1911 posiedzenie, na którem zajmowała się następującemi sprawami: 1) Wybór miejsca pod zakład badania środków spożywczych we Lwowie. 2) Wartość dezynfekcyjna peroliny. 3) Okręgi sanitarne w Brzeżańskiem. 4) Szpital infekcyjny we Lwowie. 5) Grobowiec w Ostrowie. 6) Sprawa koncesyi na zakład wodoleczniczy w Tatarowie. 7) Taksy szpitalne w Skałacie, Buczaczu, Drohobyczu, Żywcu i Stanisławowie.

— Uczestnicy Zjazdu lekarzy i przyrodników, którzy przez pomyłkę nie otrzymali pamiątkowego zeszytu jubileuszowego »Przeglądu lekarskiego«, oraz koledzy, którzy nie uczestniczyli w Zjeździe i nie są prenumeratorami »Przeglądu«, a życzą sobie posiadać ten zeszyt, otrzymają go bezpłatnie (franco), i w tym celu raczą podać swe adresy Redakcyi (Collegium medicum) lub Administracyi (Dunajewskiego 2) naszego pisma.

— Koledzy, którzy pracowali piśmienniczo lub społecznie, a dotąd nie podali wiadomości o sobie do nowego wydania »Słownika lekarzów polskich«, raczą jaknajrychlej przesłać krótki swój życiorys i spis publikacyi albo do Redakcyi »Przeglądu lek.« (Collegium medicum), albo do Redakcyi »Medycyny i Kroniki lek.« w Warszawie.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 16. VII. do 22. VII. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † — (w tem obcych — † —), krztuśca 10, ospy wietrznej 3, płonicy 9 † 1 (3 † 1), odry 6 † 1 (— † —), duru brzusznego 5 † 1 (3 † 1), róży 1.

Dr Janiszewski.

Warszawa. Po ostatecznem zaniechaniu urządzenia przy szpitalu praskim morgi, oddania budynków, wzniesionych dla morgi, na użytek chorych, oraz po dobudowaniu nowych pawilonów z jednoczesną przeróbką starego gmachu, przylegającego do ulicy Aleksandrowskiej, szpital ten pod wezwaniem Przemienienia Pańskiego mieści obecnie o 100 chorych etatowych więcej i jest drugi w Warszawie co do wielkości. Budynek, przeznaczony pierwotnie na morgę, mieści 70 chorych. Większość chorych leży w sali, która miała być kaplicą przedpogrzebową, obecnie zaś, po zamienieniu wejść z ulicy na okna weneckie, jest nadal przydatnem pomieszczeniem dla chorych. 30 chorych umieszczono w dobudowanym pawilonie, z 60 zaś chorych chronicznych już tylko mała cząstka i tylko tymczasowo znajduje pomieszczenie w resztkach dawnych baraków rekruckich. Przebudowa będzie ukończona w r. b.

— Na Wydziałach lekarskich niektórych uniwersytetów w Rosyi ilość wakansów jest już zupełnie skompletowana i przerwano przyjmowanie podań. Największe przepełnienie daje się zauważyć w uniwersytetach charkowskim i kijowskim, gdzie Rada postanowiła nie przyjmować podań w tym roku wcale, oprócz podań na pierwszy kurs. Miejsc wolnych na pierwszym kursie medycyny w Kijowie jest obecnie już tylko 300.

Z różnych stron. Prof. Wilhelm Waldeyer, słynny anatom niemiecki, obchodził 23 lipca b. r. 50-tą rocznicę doktoratu. Obchód odbył się nader uroczyście; sędziwemu uczonemu przesłano mnóstwo życzeń z całego świata. Wdzięcznych uczniów liczy jubilat i wśród lekarzy-Polaków, do których odnosił się zawsze bezstronnie i życzliwie.

— III. Zjazd niemieckiego Towarzystwa urologicznego w Wiedniu, 11—13. IX. b. r., ma za główne tematy obrad: 1) Trwałe wyniki wycięcia nerek z powodu gruźlicy. 2) Znaczenie metod uretroskopowych dla kliniki. Oprócz tego zgłoszono 104 wykłady i demonstracye. Wśród prelegentów znajduje się tylko jedno nazwisko polskie, Dr Falgowskiego z Poznania.

— Zajmujące wrażenia lekarskie z podróży po Anglii i Ameryce ogłasza Dr Hengge. Szpitale angielskie utrzymywane są przeważnie prywatną dobroczynnością. Tak np. London Hospital w Whitechapel na 900 łóżek, potrzebuje na utrzymanie rocznie 100.000 funtów (przeszło 2 miliony marek). Z tego zaledwo 20.000 funtów ma szpital stałej subwencyi, a resztę z roku na rok zbiera się składkami. A mimo to szpitale urządzone są bardzo dobrze, nawet z komfortem, mając ogrody na dachach, jadalnie, czytelnie i t. p. Puszki na składki szpitalne spotyka się jednak na każdym kroku. Szpitale amerykańskie zwykle mają po kilka pięter, gdyż Amerykanie twierdzą, że dla chorych powietrze dobre może być dopiero w pewnej wysokości. Po operacyach chorzy w Ameryce i Anglii przewożeni bywają do osobnych pokojów, gdzie przebywają kilka dni, aż pierwszy wstrząs przeminie. Jest to urządzenie godne naśladowania. Bardzo wysoko stoją w Anglii i Ameryce dozorcy i dozorczynie chorych, ponieważ rząd zajmuje się tą sprawą i kształci po szpitalach odpowiednio dobrany personal. Nauka trwa 3—4 lat, poczem następują egzamina. Ale też dozorcy i dozorczynie chorych mają odpowiednie płace, po szpitalach czytelnie, pokoje muzyczne, bawialnie i t. p. W czasie dyżurów nocnych dostają o północy ciepłą kolacyę. Kandydatów (od 22—33 lat) zgłasza się na te posady zawsze ogromnie dużo. Dozorczyniom wolno zakładać prywatne zakłady lecznicze, naturalnie prowadzone przez lekarzy. Każdy większy szpital kształci dozorczynie, a chorzy zamożni zgłaszają się w razie potrzeby po dozorczynie do szpitali. Dozorczynie muszą odbywać także co pewien czas kursa uzupełniające. Również i lekarze przebywają ciągle uzupełniające kursa, t. zw. »postgraduate schools«. Kobiety w Londynie mają zupełnie odrębne kursa lekarskie i szpitale, jak »Women Hospital« i »Royal Free Hospital«.

X.

Mianowani: patolog Prof. Rössle z Monachium profesorem w Jenie, patolog Prof. Askenazy z Genewy profesorem w Lozannie, pedyatra doc. Forssner profesorem w Upsali;

Dr Dunin-Karwicka asystentką zakładu anatomii patolog., a Dr Antoni Bobak demonstratorem kliniki dermatologicznej w Krakowie.

Zmarli: chirurg Prof. Mitscherlich w Berlinie; chirurg Prof. K. Beck w New-Yorku; znamienity internista Prof. Senator w 76 r. ż., oraz znany hematolog Prof. E. Grawitz w 51 r. ż. w Berlinie;

Dr Leon Rybak w 58 r. ż. w Bielsku; Dr Remigiusz Czepurkowski w 51 r. ż. w Białymstoku, Dr Bronisław Westen w 59 r. ż. w Samarze.

Redakcya otrzymała: Pamiętnik Zjazdu chirurgów polskich w Warszawie d. 6. 7. i 8. października 1910 pod redakcyą sekretarza Zjazdu Dr L. Zembrzuskiego. Warszawa 1911, str. 566. — J. Pappée: Syphilis d'emblée. »Tyg. lek.« 1911. — E. F. Fronczak: Annual report departement of health city of Buffalo. 1910. — Skórczewski i Wasserberg: Czy istnieje związek między drażnieniem nerwu błędnego i współczulnego a składem krwi zmienionym pod wpływem działania swoistych trucizn? »Tygodnik lek.« 1911.

Bibliografia.

»Paris medical«, wydawany pod redakcyą Prof. Gilberta przez księgarnię J. B. Baillière & fils w Paryżu, poświęcił cały zeszyt swój z d. 1. lipca chorobom serca, pomieszczając z tego zakresu artykuły Prof Lereboullet i Dr Heitza, Prof. Vaqueza i Dr Bordeta, Prof. Weila, Prof. Pachon, Prof. Wiart i Dr Ribierre. (Cena zeszytu 70 centymów, które można przesłać w markach pocztowych).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich im. Edw. Korczyńskiego w Krakowie.

Zgłaszający się **wprost do Administracyi Wydawnictwa** (Dr P. B. Korolewicz, Kraków, Klinika lekarska) nabywać mogą za gotówkę i za nadesłaniem 30 hal. na przesyłkę pocztową następujące dzieła po cenach:

Jurasz: Laryngoskopia i choroby krtani (cena księgar- 4 kor. 50 hal.) za 1 kor.

Widmann: Choroby serca i tętnic (3 kor. 70 h.) 1 kor.

Krówczyński: Syfilidologia (10 kor.) 2 kor.

Obaliński: Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męskich (3 kor. 60 h.) 1 kor.

Zuliński: Higiena szkolna (2 kor.) 1 kor.

Pieniążek: Laryngoskopia, oraz choroby krtani i tchawicy wraz z uzupełnieniem (9 kor.) 2 kor.

Smoleński: Hydroterapia (5 kor.) 2 kor.

Harajewicz: Gimnastyczne leczenie chorób niewieścich (80 hal.) 50 hal.

Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej (Serya I. i II.) (12 kor.) 2 kor.

Gluziński: Zarys ogólnej patologii i terapii gorączki (3 kor.) 1 kor.

Pisek: Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych. Część I. (7 kor.) 4 kor.

Jaworski: Podręcznik chorób żołądka i dyetetyki szczegółowej, cena 11 kor.

Wachholz: Podręcznik medycyny sądowej 15 kor.

L. Korczyński: Zarys balneoterapii i balneografii krajowej (12 kor.) 9 kor.

Spira: Krótki zarys nauki o chorobach usznych (10 kor.) 7 kor.

Jordan i Dobrowolski: Nauka o położnictwie 18 kor.

Biuro Redakcyi i Administracyi: Kraków, Kopernika 15, Klinika lekarska.

Rok L. Kraków, dnia 5. sierpnia 1911. Nr 31.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O reinjekcyi surowicy przeciwbłoniczej, na zasadzie danych, otrzymanych w ciągu lat szesnastu z praktyki własnej.

Podał

Dr Wincenty Puławski (Radziejów).

(Odczyt zgłoszony na I. Zjazd lekarzy prowincyonalnych w Łodzi w 4 i 5 czerwca 1911).

Każdemu, ktokolwiek lat temu 16 zaczynał stosować surowicę przeciwbłoniczą, nie obcą jest cała skala trudności, jakie musiał z początku przezwyciężać, zanim upłynął spory kawał czasu, który utrwalił większą ufność w zbawienne działanie surowicy przeciwko błonicy gardła i krtani. W późniejszym czasie, po upływie lat kilku, powstało pytanie czysto praktyczne, czy surowica ta nie wywołuje po wielokrotnych jej stosowaniach u jednego i tegoż samego osobnika z powodu ponownych z biegiem lat zachorzeń na błonicę, niepożądanych objawów chorobowych, objętych nazwą uczulenia, nadwrażliwości (anafilaksyi), występującej zależnie od ponownego wprowadzania płynnych substancyi białkowatych, gatunkowo obcych dla danego leczonego ustroju, a które po pierwszem wprowadzeniu ich do tegoż ustroju pozostawiły w nim ślady odporności biernej, czyniąc go uczulonym, nadwrażliwym na ponowne swe działanie, wywołując stan tak zwanej przez Pirqueta »allergii«, czyli własności odmiennego odczynu krwi.

Przypuszczenia te, oparte na teoretycznych rozumowaniach i na analogiach zjawisk, spostrzeganych już po części w pracowniach Behringa i Roux, a potem przez Arthusa w Paryżu odnośnie do objawów nacieków miejscowych (w miejscu wstrzyknięcia) wraz z częściowem obumarciem tkanek u królików, którym ponownie surowicę wstrzykiwano, oraz przez Theobalda Smitha odnośnie do ogólnych objawów wstrząsu naczynioruchowego u świnek morskich, którym wielokrotnie wstrzykiwano surowicę swoistą i jad błoniczy w celach określenia stopnia wartościowości surowicy leczniczej, stawały się rzekomo bardzo prawdopodobne.

Dalsze podstawowe badania odnośnie do wszystkich ciał natury białkowej, wprowadzanych do krwi, których to badań dokonali: Arthus, Smith, v. Pirquet, Richet, Otto, Bordet i inni, a następnie długotrwałe i mozolne doświadczenia, zarówno »in vitro«, jak i »in vivo«, zarówno na zwierzętach, jak i na ludziach, jakie przeprowadzili: Besredka, Pfeiffer, Kraus i Dörr, Miecznikow, Nicolle, Ehrlich, Fränkel, Uhlenhuth, a ostatnio Wolff-Eisner, Friedemann, Friedberger, Jochmann, Weichardt i inni, dowiodły i wyjaśniły, że surowice t. zw. przeciwjadowe (antytoksyczne), do których i przeciwbłonicza należy, zawierają w sobie substancye białkowate płynne, które, aczkolwiek gatunkowo obce dla leczonego ustroju, to jednak wprowadzone doń czy to śródżylnie, czy też podskórnie, okazują się dla wielu powodów bezwątpienia mniej jadowitemi, zarówno same przez się, jak i przez wytwarzanie się z nich nowych produktów białkowatych przy parenteralnej przeróbce wprowadzonego do krwi białka, w porównaniu ze substancyami białkowatemi surowic t. zw. bakteryobójczych.

Zanim jednak naukowo, doświadczalnie i klinicznie sprawa ta tak dodatnio wyjaśnioną została, trzeba było zwalczać swą własną obawę i niepewność w codziennej praktyce, zarówno, jak i powstałe błędne przekonanie wśród inteligencyi, nie wyłączając lekarzy, oraz wśród różnych warstw leczących się, że reinjekcye surowicy przeciwbłoniczej mogą być szkodliwe, a nawet wprost niebezpieczne i groźne dla życia chorych. Śledząc skrupulatnie cały przebieg stopniowego rozwoju stosowania surowicy przeciwbłoniczej, szczegółowo zapisywałem od chwili, gdym ją sam stosować zaczął, wszystkie te leczone przezemnie przypadki, które dość sumiennie, drobiazgowo i dostatecznie długo spostrzegałem, ogłaszając je w swoim czasie. Tem ciekawsze stały się dla mnie w następstwie te przypadki, które z biegiem czasu podlegały kilkakrotnym ponownym wstrzyknięciom, czyli t. zw. reinjekcyom, w różnych dłuższych odstępach czasu. Odpowiednie dane liczbowe, oraz otrzymane wyniki kliniczne i wnioski praktyczne pozwolę sobie właśnie przedstawić, w tem mniemaniu, że dotyczą one sprawy aktualnej, będącej na czasie.

Od roku 1895 do chwili obecnej spostrzegałem 760 przypadków błonicy gardła i krtani, leczonych przezemnie surowicą swoistą. Ponieważ w przeciągu całego tego czasu mieszkałem w jednej i tej samej miejscowości, gdzie fluktuacyjne zmiany mieszkańców były minimalne, miałem więc sposobność spostrzegać 60 przypadków takich, w których dokonałem kilkakrotnych wstrzyknięć surowicy leczniczej w odstępach czasu bardzo różnych, od kilku tygodni lub miesięcy do kilku lat. Powtórnych wstrzyknięć, dokonanych w odstępach kilkogodzinnych lub kilkodniowych i wogóle przed upływem sześciu tygodni, nie uważałem za reinjekcye, jako dokonanych pomocniczo lub dopełniająco w okresie jednego zachorzenia. Zbyt długiem i zbytecznem

TABLICA I.

L. p.	Płeć	Rodzina	I. Rok wstrzyknięcia	I. Wiek w latach	I. Objawy choroby	I. Ilość surowicy przeciwbłoniczej	I. Ilość dawek	I. Objawy posurowicze	II. Rok wstrzyknięcia	II. Wiek w latach	II. Objawy choroby	II. Ilość surowicy przeciwbłoniczej	II. Ilość dawek	II. Objawy posurowicze
55	Z.	Klen.,	1909	1	Laryng. crouposa	3000 J. Ochr.	2	Urticaria na 7—9 dzień	1910	$2^1/_2$	Laryng. crouposa	2000 J. Ochr.	1	0
56	M.	Łycz.,	1909	$3^1/_4$	Laryng. crouposa	3000 J. Ochr.	2	Urticaria na 6—8 dzień	1910	$4^3/_4$	Laryng. crouposa Angina diphtherit.	2000 J. Ochr.	1	Urticaria na 9—11 dzień
57	M.	Wesoł.,	1902	$1^3/_4$	Laryng. crouposa incip.	2000 J. Ochr.	1	Urticaria na 8—10 dzień	1910	$10^1/_4$	Laryng. crouposa	2000 J. Ochr.	1	Urticaria na 9—10 dzień
58	Z.	Przych.,	1909	$^3/_4$	Laryng. crouposa	2000 J. Ochr.	1	Urticaria na 9—11 dzień	1911	$4^1/_2$	Angina diphtherit. Laryng. crouposa	2000 J. Ochr.	1	0
59	M.	Sznag.,	1902	$^1/_2$	Angina diphther. incip.	1000 J. Ochr.	1	0	1904	$2^1/_2$	Laryng. crouposa incip.	1000 J. Ochr.	1	0
60	M.	Lewand.,	1908	$5^1/_2$	Laryng. crouposa	2000 J. Ochr.	1	Urticaria na 8—10 dzień	1911	$8^1/_2$	Angina diphtherit. Laryng. crouposa	2000 J. Ochr.	1	Urticaria na 9—10 dzień

byłoby przytaczać szczegółowy opis wszystkich tych przypadków; szczegółowe najważniejsze dane co do 54 z nich, ogłosiłem w roku ubiegłym (1910) w »Przeglądzie i Czasopiśmie lekarskiem« w Nr 41—43; liczba ta od tego czasu powiększyła się o sześć nowych, które dotyczyły reinjekcyi, dokonanej po upływie roku, dwóch lat, czterech. trzech i ośmiu lat od pierwotnego wstrzyknięcia. Dla skrócenia opisu i dla łatwiejszej oryentacyi podaję zestawienie tych sześciu nowych przypadków w tablicy I.

Ogółem więc spostrzegałem osobiście 60 przypadków, w których dokonałem reinjekcyi w różnych odstępach czasu, a które co do liczby dokonanych reinjekcyi dzielą się w sposób następujący:

1) W 10 przyp. były 4-krot. reinjek. razem w ilości 42 wstrzyk.
2) » 30 » » 3 » » » » 103 »
3) » 20 » » 2 » » » » 49 »

Raz. 60 » » wielokr. » » » 194 »

Grupowały się one co do jakości wstrzykiwanej surowicy, jak następuje:

I) Czterdzieści przypadków, gdzie wstrzykiwano jedynie tylko surowicę przeciwbłoniczą; w tem było:

1) Czterokrotnie leczonych . . 2 przypadki
2) Trzykrotnie » . . 19 przypadków
3) Dwukrotnie » . . 19 »

II) Trzynaście przypadków było podczas reinjekcyi leczonych surowicą przeciwpaciorkowcową, przeciwpłoniczą, jak następuje:

1) Po jednokrotnem leczeniu przeciwbłoniczem 1 przypad.
2) » dwukrotnem » » 5 »
3) » trzykrotnem » » 7 »

III) Siedem przypadków nakoniec było podczas ostatniej reinjekcyi leczonych skombinowaną metodą leczniczą obu surowicami jednocześnie: przeciwpłoniczą z powodu objawów płonicy i przeciwbłoniczą z powodu jednoczesnych objawów rozległego błonicowatego zapalenia gardła, a mianowicie w sposób następujący:

1) Po jednokrotnem leczeniu przeciwbłoniczem 1 przypad.
2) » dwukrotnem » » 5 »
3) » trzykrotnem » » 1 »

Pomijając tu szczegółowy opis tych nadzwyczajnie z wielu względów ciekawych przypadków, zestawiam dla oryentacyi najważniejsze dane w tablicy II.

TABLICA II.

Zestawienie siedmiu przypadków reinjekcyi, w których przy ostatniej reinjekcyi zastosowano leczenie jednocześnie dwoma gatunkami surowic leczniczych.

			I.						II.					
L. p.	Płeć	Rodzina	Rok wstrzyknięcia	Wiek w latach	Objawy choroby	Ilość surowicy przeciwbłoniczej	Ilość dawek	Objawy posurowicze	Rok wstrzyknięcia	Wiek w latach	Objawy choroby	Jakość i ilość surowicy	Ilość dawek	Objawy posurowicze
1	M.	Byk.,	1907	1½	Angina diphth. Laryng. croup.	2000 J. Ochr.	1	Urticaria na 7—9 dzień	1908	2½	Scarlat. Angina diptheroides	Scarlat. 20 cm³ † Dyfteryt. 1000 J. Ochr.	2	Urticaria na 6—8 dzień
2	M.	Licht.,	1900	½	Angina diphth.	1000 J. Ochr.	1	0	1902	2	Angina diphth.	Dyfteryt. 1000 J. Ochr.	1	0
3	M.	Pań.,	1898	1	Laryng. croup.	2000 J. Ochr.	1	0	1902	5	Angina diphth.	Dyfteryt. 1000 J. Ochr.	1	0
4	M.	Ciech.,	1898	1½	Angina diphth. Laryng. croup.	2000 J. Ochr.	1	Urticaria na 8—9 dzień	1903	6½	Angina diphth.	Dyfteryt 2000 J. Ochr.	1	0
5	M.	San.,	1898	2	Laryng. croup.	3000 J. Ochr.	2	Urticaria na 8—10 dzień	1906	10	Angina diphth.	Dyfteryt. 2000 J. Ochr.	1	0
6	Ż.	Fab.	1897	1	Angina diphth. Laryng. croup.	2000 J. Ochr.	1	Urticaria na 7—8 dzień	1899	3	Angina diphth.	Dyfteryt. 1000 J. Ochr.	1	0
7	Ż.	Byk.,	1896	1½	Angina diphth. Laryng. croup.	2000 J. Ochr.	1	Urticaria na 11 i 12 dzień	1902	7½	Angina diphth. Laryng. croup.	Dyfteryt. 2000 J. Ochr.	1	Urticaria na 6—7 dzień

			III.						IV.					
1	M.	Byk.,	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	M.	Licht.	1904	4	Scarlat. Angina diphtheroides	Szkarlat. 20 cm³ † Dyfter. 1000 J. Ochr.	2	0	—	—	—	—	—	—
3	M.	Pań.,	1907	10	Scarlat. Angina diphtheroides	Szkarlat. 20 cm³ † Dyfter. 1000 J. Ochr.	2	0	—	—	—	—	—	—
4	M.	Ciech.,	1909	12½	Scarlat. Angina diphtheroides	Szkarlat. 30 cm³ † Dyfter. 2000 J. Ochr.	2	Urticaria na 10 dzień	—	—	—	—	—	—
5	M.	San.,	1908	12	Scarlat. Angina diphtheroides	Szkarlat. 30 cm³ † Dyfter. 2000 J. Ochr.	3	Urticaria na 11—12 dzień	—	—	—	—	—	—
6	Ż.	Fab.,	1909	13	Scarlat. Angina diphtheroides	Szkarlat. 30 cm³ † Dyfter. 2000 J. Ochr.	2	Urticaria na 9—10 dzień	—	—	—	—	—	—
7	Ż.	Byk.,	1906	11½	Angina diphther. incip.	Dyfteryt. 1000 J. Ochr.	1	0	1908	13¾	Scarlat. Angina diphtheroides	Szkarlat. 30 cm³ † dyfteryt. 1000 J. Ochr.	1	Urticaria na 10—12 dzień

(Dokończenie nastąpi)

Z Zakładu farmakologii doświadczalnej Prof. Dr L. Popielskiego we Lwowie.

W sprawie fizyologicznego działania wyciągu z przysadki mózgowej

(hypophysis cerebri).

Podał

Dr Jan Studziński (Kijów).

(Ciąg dalszy).

D o ś w i a d c z e n i e Nr 6. 5. X. 1909. Pies 6 kg. wagi. Wyciąg wprowadzano do żyły udowej prawej, ciśnienie krwi określano w tętnicy udowej prawej (tabl. VI.).

TABLICA VI.

Czas	Tętno w 5″	Ciśnienie krwi w milimetrach rtęci			Uwagi
		Najwyższe	Najniższe	Średnie	
O 7 g. 45′	11	170	116	143	Wprowadzono 10 cm sz. wyciągu wodnego z piasku z suchemi przysadkami mózgowemi Mercka po uprzedniem obrobieniu go wyskokiem (odpowiada 36·0 świeżych przysadek mózgowych).
" " 9″					Ciśnienie krwi nieco się obniża.
" " 10″		160	108	134	Ciśnienie krwi zaczyna się podnosić.
" " 20″	12	190	128	159	
" 46′	12	180	140	160	
" 47′	13	180	136	158	
" 48′	12	170	144	157	
" 49′	12	170	128	149	Wprowadzono 10 cm sz. wyciągu wyskokowo-eterowego z suchych przysadek mózgowych Mercka (odpowiada 36·0 świeżych przysadek mózgowych).
" " 6″					Ciśnienie krwi obniża się.
" " 9″		106	76	91	Ciśnienie krwi zaczyna się podnosić, a tętno staje się częstsze.
" " 15″	20	112	102	107	
" " 28″	15	166	124	145	
" 50′	13	172	134	153	
" 52′	11	176	116	146	
" 53′	11	162	124	143	
" 55′	11	164	128	146	

W tem doświadczeniu po wprowadzeniu wodnego wyciągu z suchych przysadek mózgowych, obrobionych uprzednio wyskokiem, otrzymaliśmy nieznaczne obniżenie ciśnienia krwi z następczem, dość długo trwającem podniesieniem ciśnienia. Po wprowadzeniu zaś wyciągu wyskokowo-eterowego otrzymaliśmy tylko obniżenie ciśnienia krwi, które wszakże wkrótce powróciło do poziomu prawidłowego. Zmian w charakterze krzywej tętna nie udało się zauważyć ani po wprowadzeniu wyciągu wodnego, ani po wprowadzeniu wyciągu wyskokowo-eterowego.

D o ś w i a d c z e n i e Nr 7. 8. II. 1910. Pies 7·4 kg. wagi. Wyciąg wprowadzono do żyły udowej prawej, ciśnienie krwi określano w tętnicy udowej prawej (tabl. VII.).

TABLICA VII.

Czas	Tętno w 5″	Ciśnienie krwi w milimetrach rtęci			Uwagi
		Najwyższe	Najniższe	Średnie	
O 10 g. 30′	9	192	116	154	Wprowadzono 3·5 cm sz. wyciągu $^{n}/_{10}$ kwasem solnym z t y l n y c h części przysadek mózgowych (odpowiada 0·5 świeżych narządów).
" " 8″					Ciśnienie krwi obniża się; tętno przyspiesza się.
" " 14″	15	120	110	115	Ciśnienie krwi zaczyna się podnosić, tętno staje się rzadszem, fale jego większemi, nabierając cech tętna czynnego. Pies niespokojny.
" " 20″	9	180	114	147	
" 31′	5	196	116	156	Wysokość fali tętna — 70 mm rtęci.
" 32′	5	196	124	160	
" 33′	5	190	126	158	
" 35′	5	204	124	164	Po 2—3 większych falach występują 2 — 3 nieco mniejsze.
" 37′	5	202	122	162	
" 39′	7	208	138	173	
" 40′	5	204	132	168	Wprowadzono 1 cm sz. wyciągu $^{n}/_{10}$ kwasem solnym z p r z e d n i c h części przysadek mózgowych (odpowiada 0·75 świeżych narządów). Zmian ani w ciśnieniu krwi, ani w charakterze tętna zauważyć nie można.
" 41′	6	212	122	167	
" 42′	6	214	136	175	Wprowadzono 3 cm sz. tego, co i poprzednio.
" " 42″					Ciśnienie krwi zaczyna spadać. Fale tętna czynnego stają się mniejsze, częstsze i powoli tracą swój właściwy charakter.
" 43′	11	136	82	109	Pies niespokojny: wyje, rzuca się.
" " 30″	11	128	90	109	
" " 50″					W kaniuli skrzepła krew.
" 58′	9	184	130	157	Wprowadzono 11 cm. sz. wyciągu z t y l n y c h części przysadek mózgowych (odpowiada 1·6 świeżych narządów).
" " 8″					Ciśnienie krwi obniża się, a tętno staje się przyspieszone.
" " 16″	14	86	80	83	Wysokość fali tętna — 6 mm rtęci. Ciśnienie krwi zaczyna się podnosić.
" " 28″	10	190	126	158	Fale tętna stają się wyższe.
" 59′	7	200	138	169	Charakterystyczne tętno czynne. Wysokość fali tętna — 62 mm rtęci.
O 11 g. 0′	7	200	130	165	
" 1′	6	220	122	171	
" 3′	6	192	128	160	
" 5′	6	190	138	158	Wprowadzono 6 cm sz. z p r z e d n i c h części przysadek mózgowych (odpowiada 4·5 świeżych narządów).
" " 15″					Ciśnienie krwi obniża się, tętno staje się częstszem, fale jego mniejszemi.
" " 22″	10	132	120	126	Wielkość fali tętna — 12 mm rtęci.
" " 26″					Ciśnienie krwi szybko się podnosi.
" " 28″	10	202	114	158	
" 6′	8	192	140	166	
" " 20″	6	196	126	161	Tętno czynne występuje znowu. Wysokość fali tętna — 60 mm rtęci.

TABLICA VIII.

Czas	Tętno w 5″	Ciśnienie krwi w milimetrach rtęci			Uwagi
		Naj-wyższe	Naj-niższe	Średnie	
O 11 g. 43′	7	182	94	138	Wprowadzono 5·5 cm sz. strątu fosforowolframowego wyciągu z przednich części przysadek mózgowych (odpowiada 5·0 świeżych narządów).
„ „ 15″					Ciśnienie krwi zaczyna się obniżać.
„ „ 20″	6	132	92	112	Ciśnienie krwi podnosi się.
„ „ 26″	8	148	108	128	
„ 44′	12	142	124	133	
„ 45′	6	166	108	137	
„ 46′	11	160	110	135	Wprowadzono 11 cm sz. tego, co i poprzednio. Ciśnienie krwi odrazu zaczyna spadać.
„ 47′	12	120	86	103	
„ „ 20″	12	90	70	80	
„ 48′	13	90	72	81	
„ 49′	13	86	72	79	
„ 51′	11	110	98	104	
„ 53′	12	114	102	108	
„ 55′	12	114	102	108	
O 12 g. 0′	8	128	102	115	
„ 10′	10	170	112	141	
„ 20′	10	168	102	135	Wprowadzono 11 cm sz. przesączu fosforowolframowego wyciągu z przednich części przysadek mózgowych (odpowiada 10·0 świeżych narządów).
„ „ 10″					Ciśnienie krwi nieco się obniża.
„ „ 14″	10	122	94	108	
„ „ 17″					Ciśnienie krwi zaczyna się podnosić.
„ „ 20″	7	174	120	147	
„ „ 30″					Ciśnienie krwi znowu się obniża.
„ 21′	10	148	112	130	
„ 22′	11	148	112	130	
„ 25′	10	154	120	137	Wprowadzono 10 cm sz. przesączu fosforowolframowego wyciągu z tylnych części przysadek mózgowych (odpowiada 2·0 świeżych narządów). Ciśnienie krwi odrazu zaczyna się nieco podnosić.
„ „ 45″	10	166	136	151	Zjawiają się fale tętna z cechami tętna czynnego.
„ 26′	10	160	132	146	
„ 27′	10	154	126	140	Po 3—6 falach większych następują 3—4 mniejsze.
„ 28′	9	156	122	139	
„ „ 30″					W kaniuli krew skrzepła.
„ 41′	10	150	116	133	Wprowadzono 10 cm sz. strątu fosforowolframowego wyciągu z tylnych części przysadek mózgowych (odpowiada 2·0 świeżych narządów).
„ „ 12″					Ciśnienie krwi zaczyna się obniżać, tętno staje się częstsze.
„ „ 17″	14	120	100	110	Ciśnienie krwi zaczyna się podnosić.
„ „ 20″		154	124	139	
„ 42′	10	142	116	129	
„ 43′	10	132	110	121	Wprowadzono 20 cm sz. tego, co i poprzednio.
„ „ 12″					Ciśnienie krwi zaczyna się obniżać i tętno staje się częstsze.
„ „ 16″	12	110	90	100	Ciśnienie krwi podnosi się.
„ „ 29″		158	128	143	Ciśnienie krwi znowu nieco się obniża.
„ 44′	10	136	114	125	
„ 45′	10	142	114	128	

Widzimy tu, że wyciąg z tylnej części przysadek mózgowych działa tak samo, jak wyciąg z całych przysadek, a mianowicie: na razie wywołuje krótkotrwałe obniżenie ciśnienia krwi, po którem następuje podniesienie ciśnienia i charakterystyczne tętno czynne; wielkość tego tętna czynnego do pewnego stopnia zależy od wielkości dawki wyciągu, na wielkość zaś podniesienia się ciśnienia krwi wielkość dawki wyciągu nie wpływa. Wyciąg z przedniej części przysadek mózgowych w małych dawkach (0·1 na 1 kg. wagi psa) nie wywiera żadnego działania, w większych jednak dawkach (0·3 na 1 kg. wagi psa), wywołuje dość znaczne obniżenie ciśnienia krwi, przyczem znika i tętno czynne. Wprowadzenie atoli dwa razy większej dawki wyciągu z przedniej części przysadek mózgowych, lecz wkrótce po wprowadzeniu dużej dawki wyciągu z tylnej części przysadek mózgowych, wywołało niewielkie obniżenie ciśnienia krwi i zniknięcie tętna czynnego tylko na 1′ 5″.

Ponieważ tak po wprowadzeniu wyciągu z tylnej części przysadek mózgowych, jakoteż po wprowadzeniu wyciągu z przedniej części, stale spostrzega się na razie obniżenie ciśnienia krwi, przeto postanowiłem obydwa wyciągi obrobić kwasem fosforowolframowym, aby przekonać się, czy owo obniżenie ciśnienia krwi nie zależy od wazodylatyny, która strąca się kwasem fosforowolframowym. Nadto pragnąłem oddzielić zapomocą kwasu fosforowolframowego ciało, podnoszące ciśnienie krwi. Sposób obrabiania wyciągów kwasem fosforowolframowym opisałem już dawniej [18]).

Doświadczenie Nr 8. 10. II. Pies 10 kg. wagi. wyciąg wprowadzano do żyły udowej prawej, ciśnienie krwi określano w tętnicy udowej prawej (tabl. VIII.).

W tem doświadczeniu po wprowadzeniu strątu fosforowolframowego 0·5 gr. przednich części przysadek mózgowych na 1 kg. wagi psa ciśnienie krwi obniżyło się ze 138 mm. rtęci tylko do 112 mm i już po 2 minutach powróciło do poziomu prawidłowego, natomiast po wprowadzeniu strątu fosforowolframowego 1·0 gr. przednich części przysadek mózgowych na 1 kg. wagi psa ciśnienie krwi obniżyło się ze 137—135 mm rtęci do 80 mm i powróciło do poziomu prawidłowego dopiero po 24 minutach. Przesącz fosforowolframowy przednich części przysadek mózgowych wywołał nieznaczne podniesienie ciśnienia krwi. Po wprowadzeniu przesączu fosforowolframowego 0·2 gr. tylnych części przysadek mózgowych na 1 kg. wagi psa, otrzymaliśmy dość długotrwałe podniesienie się ciśnienia krwi wraz z tętnem czynnem. Po wprowadzeniu strątu fosforowolframowego z początku 0·2 gr., następnie 0·4 gr. tylnych części przysadek mózgowych na 1 kg. wagi psa otrzymaliśmy tylko spadek ciśnienia krwi, w pierwszym przypadku ze 133 mm rtęci do 110 mm, w drugim — ze 129 mm do 100 mm.

Powyższe doświadczenie kazało przypuszczać, że w przysadce mózgowej obok wielu innych ciał znajduje się jeszcze i wazodylatyna. Należało jednak sprawdzić to przypuszczenie. W tym celu postanowiliśmy przeprowadzić szereg badań, poczawszy od tego, czy wyciąg z przysadki mózgowej wywołuje wydzielanie się soku trzustkowego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

W. Predtieczeński. **O białej dermografii z punktu widzenia obecnego stanu nauki o wewnętrznem wydzielaniu gruczołów.** (Praktiicz. Wracz 1911, Nr 21). Czerwona dermografia niema wielkiego znaczenia rozpoznawczego, ponieważ zdarza się u ludzi zdrowych. Zupełnie inaczej przedstawia się znaczenie dermografii białej, która bezwarunkowo zawsze jest objawem chorobowym i zdarza się znacznie rzadziej, niż czerwona; opisano ją przy syryngomyelii, niedokrwistości, chorobie Addisona, chorobach skóry, nerwicy urazowej; przyczyna tego objawu jest jeszcze zupełnie nieznana. Autor opisuje chorego, liczącego 33 lata, który dawniej chorował na przymiot, obecnie zaś cierpi na przerostową marskość wątroby, powiększenie śledziony i objawy czynnościowej niedomogi trzustki; w klinice dostał chory swędzącej osutki, która po 5 dniach zaczęła silnie się łuszczyć. Biały dermografizm najwyraźniej występował w miejscach najsilniej zajętych osutką. Wywiady wykazały, że chory nieraz już cierpiał na taką osutkę, mianowicie po zewnętrznem lub wewnętrznem stosowaniu przetworów jodu; skóra chorego jest zwykle sucha i nie poci się. — Dermografizm biały należy bezwarunkowo do kategoryi odruchów naczynioruchowych; w warunkach prawidłowych nerwy, rozszerzające naczynia, są łatwiej pobudliwe, niż zwężające, i dlatego następstwem podrażnienia skóry jest czerwony pas, który u bardzo nerwowych ludzi dochodzi do wywołanej sztucznie pokrzywki. — Przy białym dermografizmie widocznie istnieje zwiększona pobudliwość nerwów, zwężających naczynia, jednocześnie z obniżoną pobudliwością nerwów rozszerzających, t. j. układu autonomicznego. Autor sądzi, że dermografizm biały w danym przypadku łatwo można wytłómaczyć z punktu widzenia nowoczesnej nauki o wydzielaniu wewnętrznem; ponieważ w danym przypadku mamy marskość wątroby na tle przymiotu i osłabioną czynność trzustki, więc najpewniej także i marskość trzustki, co wywołuje obniżenie pobudliwości autonomicznego układu; osłabienie czynności gruczołów potnych potwierdza to przypuszczenie. Autor uważa chorego za typ wyraźnego sympatykotonizmu nie z powodu nadmiernego wydzielania układu chromochłonnego, ale z powodu osłabionej działalności (hypofuncyi) trzustki, t. j. vago-atonii. — W 2 przypadkach choroby Addisona, spostrzeganych przez autora, białego dermografizmu nie było. T. Makowski.

Willi Schmidt. **O chorobie Bantiego na tle kiły dziedzicznej.** (Münch. med. Wochs. Nr 12, 1911). Jak wiadomo, opisał Banti w r. 1897 nową postać chorobową, cechującą się obrzękiem śledziony z następowem włóknistem zwyrodnieniem wątroby i zmianami w składzie krwi. W krwi stwierdza się wtedy poikilocytozę i zmniejszenie ilości ciałek czerwonych, jednakże bez leukocytozy lub leukopenii. Za przyczynę tej sprawy uważał Banti głównie kiłę, zimnicę i zatrucia, a za punkt wyjścia sprawy zmianę w narządzie trawienia. Chiari i Marchand opisali przypadki choroby Bantiego, w których kiła dziedziczna była bardzo prawdopodobną. Otóż autor miał teraz również sposobność spostrzegania takiego przypadku u 14-letniego chłopca, którego matka była chora na wiąd rdzenia i kilka razy roniła. Chory narzekał na bole w brzuchu od kilku miesięcy i uczucie wielkiej pełności. W d. 26. III. 1910 stwierdzono u chorego znaczne powiększenie brzucha z ubocznem żylnem krążeniem krwi. Puchlina brzuszna niebardzo wyraźna. Wątroba była twarda, wystawała nieco z pod łuku żebrowego, a za jej dolnym brzegiem można było wymacać dwa chropowate guzy. Pod łukiem żebrowym lewym można było wyczuć guz podłużny (16 ctm. długi, 8 szeroki), skośnie schodzący w jamę brzuszną. Rozbiór krwi wykazał 4,800.000 ciałek czerwonych, 3200 białych, hemoglobiny 84%, a skład następujący: wielojądrzastych 61,75%, wielkich limfocytów 12,91%, małych limfocytów 18,7%, eozynofilów 3,7%, tucznych 1,97%, postaci przejściowych 1,97%. Rozpoznano chorobę Bantiego i podano choremu przetwory żelaza i arszenikalne, oraz zastosowano radyoterapię, bez żadnego skutku. Ponieważ w danym przypadku zdawała się prawdopodobną kiła dziedziczna (odczyn Wassermanna dodatni), wstrzyknięto 15. VIII. 1910 pod skórę 0,40 salwarsanu. W 10 dni później śledziona zmalała, guzki na wątrobie znikły; 15. grudnia chory czuł się zupełnie zdrów i wrócił do zajęcia. Śledziona mierzyła $6^1/_4$ ctm. długości, $4^1/_2$ ctm. szerokości. Wątroby nie można było wymacać. Śledziona więc pomniejszyła się o 10 ctm. długości i $3^1/_2$ ctm. szerokości. Krew okazywała stosunki prawidłowe. Świetny wprost wynik leczenia potwierdza kiłową przyrodę tego przypadku choroby Bantiego. Stahr.

A. Netter, A. Gendron i Touraine. **Seroterapia ostrego zapalenia przednich rogów rdzenia** (poliomyelitis acuta anterior) (Soc. de Biolog. 29. IV. 1911). Autorowie stosowali w r. 1910 w leczeniu powyższego cierpienia podoponowe wstrzykiwania surowicy osób, które dawniej przechodziły zapalenie rogów rdzenia. Wstrzykiwania te można zacząć w chwili, kiedy zmiany w rdzeniu dopiero się poczynają, a zwłaszcza w takim przypadku, w którym choroba przebiega etapami, przejawiając się porażeniami, zajmującemi po kolei różne odcinki ciała. Autorowie mieli sposobność leczenia swoim sposobem chorych takich, u których porażenie zaczęło się przed 24 godzinami, przed trzema, pięciu i sześciu dniami. Trzy osoby dorosłe ofiarowały krew swą do leczenia innych. Bardzo małe ilości krwi uzyskano i od dzieci. W ten sposób mieli autorowie krew z dziesięciu osób, które chorowały dawniej, a mianowicie przed 2, 3, 6, 13 miesiącami, przez laty 5, 6, 7, $7^1/_2$, $10^1/_2$ i 11. Krew dostawano z żył z wszelkiemi ostrożnościami przeciwgnilnemi, surowicę oddzielano na wirownicy i przechowywano w lodowni. Surowicy starszej, niż czterodniowej, nie stosowano. Pod opony wstrzykiwano zawsze mniej płynu, niż wypuszczono z kanału kręgowego. Najczęściej wstrzykiwano 7 cm^3, dwa razy tylko po 13 i po 15 cm^3. Najmniejsze dawki wynosiły 3 cm^3 (1 raz), 5 cm^3 (2 razy), 6 cm^3 (1 raz). Jeden chory dostał w 9 dawkach 103 cm^3, wszyscy inni po 18—19 cm^3 w 3 wstrzyknięciach. Z 4 chorych zmarł jeden w toku leczenia, osesek 22-miesięczny, wszyscy 3 inni doznali rychłej i wyraźnej poprawy. Stahr.

Laignel-Lavastine. **Łuszczyca jamy ustnej, uleczona salwarsanem.** (Soc méd. d. hôpitaux 28. IV. 1911). Kucharz, l. 58, nałogowy palacz tytoniu, dotknięty od 5 miesięcy łuszczycą jamy ustnej, utrudniającą odżywianie się, miał nadto jeszcze zapalenie ogólne błony śluzowej ust. Po jednem wstrzyknięciu salwarsanu znikła łuszczyca po 4 dniach. Stahr.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

Ogólne Zebranie w dniu 25. marca 1911 r.

Obecnych 18 członków. Na przewodniczącego Zebrania wybrany został kol. Fidler.

Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego Zebrania.

1) Kol. Fidler przedstawił chorego z rozpoznaniem **niedokrwistości złośliwej postępującej.**

2) Kol. Fidler otworzył dyskusyę nad projektem organizacyi zawodowej lekarzy ziemi radomskiej.

Po dłuższych debatach uchwalono: W sprawie wynagradzania lekarzy, opłacanych przez różne instytucye, zakłady przemysłowe, fabryki i t. p. uznajemy, iż:

§ 15. Do obowiązków lekarza fabrycznego należy, co następuje: 1) Podawanie pomocy chorym robotnikom i oficyalistom w ambulatoryum lekarskiem co najmniej raz tygodniowo i codziennie u siebie w gabinecie. 2) Podawanie pomocy chorym robotnikom i oficyalistom w ich mieszkaniach. 3) Oględziny i wydawanie świadectw robotnikom i oficyalistom, poszkodowanym przy pracy. 4) Oględziny nowowstępujących robotników i oficyalistów na żądanie zainteresowanych stron, to jest fabrykanta i robotnika lub oficyalisty, lub też każdego z nich, a także wydawanie zaświadczeń o stanie ich zdrowia w chwili przyjęcia ich do pracy. 5) Oględziny poszczególnych robotników i oficyalistów w komisyach, zwoływanych przez inspektora fabrycznego.

§ 16. Za czynności swe w razie, gdyby fabrykant wynagradzał za każdą poszczególną czynność, lekarz fabryczny winien pobierać następujące wynagrodzenie jednorazowe: 1) Za oględziny nowowstępujących robotników i oficyalistów po 1 rublu od osoby. 2) Za godzinę pracy w ambulatoryum fabrycznem po 3 rb. i koszta przejazdu. 3) Za poradę we własnym gabinecie po 0.50 rb. od osoby. 4) Za poradę w mieszkaniu robotników i oficyalistów po 1 rublu za wizytę i koszta przejazdu. 5) Za orzeczenie w komisyach z inspektorem fabrycznym 10 rb.

Członek Zarządu sekretarz: T. Rakowski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Polskie Towarzystwo balneologiczne prosi nas o zaznaczenie, że zamierza urządzić stałą wystawę zdrojową, oraz że Komitet Wystawy zdrojowisk, uzdrowisk i zakładów leczniczych polskich przyznał dyplomy honorowe: J. hr. Potockiemu z Rymanowa, c. k. Zarządowi zdrojowemu w Krynicy, Sanatoryum Dra Dłuskiego, Stacyi klimatycznej i Pogotowiu ratunkowemu w Zakopanem, Hr. A. Stadnickiemu w Szczawnicy, R. ces. Dr Piotrowskiemu w Żegiestowie, Dr Tarnawskiemu w Kosowie, Dr Skórczewskiemu w Krynicy, Dr Chramcowi w Zakopanem, Dr Czopowi w Jaworzu, Dr Zanietowskiemu w Swoszowicach, Krajowemu Związkowi zdrojowisk i uzdrowisk we Lwowie, Zarządom zdrojowo-kąpielowym w Druskienikach, w Nałęczowie, w Solcu, w Sławinku, w Rabce, w Iwoniczu, w Truskawcu, w Niemirowie, w Morszynie, w Krościenku, w Lubieniu Wielkim, w Żegiestowie, w Swoszowicach, w Wiśle, Krajowemu Związkowi turystycznemu w Krakowie, Muzeum beskidzkiemu w Jasienicy, Edwardowi Schneidrowi, Lecznicy Związkowej, Szpitalowi OO. Bonifratrów, Domowi samarytańskiemu PP. Ekonomek, Zakładowi Zanderowskiemu i Dr Kupczykowi w Krakowie, p. Makarewiczowi, Prof. W. Wodzinowskiemu, Dr St. Eljaszowi Radzikowskiemu, Fabryce L. Zieleniewskiego, pp. Iglickiemu, Knapińskiemu, Bazarowi Krajowemu, pp. Splichalowi, Inż. St. Zeleńskiemu, J. Goreckiemu w Krakowie, Z. Schönbergowi, firmom »Laktol« i »Auto« w Krakowie, Ks. Makowskiemu z Warszawy; dyplomy uznania: »Szatni«, F. Łodzińskiemu, L. Lisowskiemu, H. Schwarzowi, T. Góreckiemu, Wł. Tomaszewskiemu, Dr Drobnerowi, filii firmy Singer et Co. w Krakowie, M. Rothowi w Wiśle, filii firmy Reiniger—Gebbert—Schall we Lwowie, Herliczce w Krakowie, M. Walterowej w Rymanowie, B. Kasprowiczowi z Gniezna.

— Z Wystawy zdrojowisk urządzonej staraniem Polskiego Towarzystwa balneologicznego w Akademii handlowej w Krakowie, zostały wysłane różne przedmioty na »Międzynarodową wystawę higieniczną« do Drezna.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Antoni Buczkiewicz rodem ze Zagrzynek, Józef Kuć z Jabłonny Lackiej, Adolf Edelman z Działoszyc w Król. Polskiem i Dr med. Stanisław Okoniewski, rodem z Kijowa.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 23. VII. do 29. VII. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † — (w tem obcych 1 † —), krztuśca 3, ospy wietrznej 3, płonicy 20 † 2 (6 † 1), odry 4 † — (— † —), duru brzusznego 3 † 3 (3 † 1).

Dr Janiszewski.

Warszawa. Zjazd Towarzystwa higienicznego odbędzie się w r. b. w Kaliszu 8—10 września. W przeddzień Zjazdu, 7. IX. wieczorem o g. 9½ zebranie towarzyskie; otwarcie Zjazdu 8. IX. o g. 10 rano w sali Tow. muzycznego, poczem zaraz rozpoczną się obrady naukowe (referaty w sprawie stanu zdrowotnego i potrzeb Kalisza: Stow. techników, Dr Koszutskiego i inż. Bielskiego). Program obrad dni następnych obejmuje 17 wykładów.

— Wyszedł z druku III. zeszyt »Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego warszawskiego« za rok bieżący, zawierający prócz artykułów oryginalnych cenny »Przegląd piśmiennictwa lek. polskiego«, tem pożądańszy, że odnoszący się do r. 1910, przez co wyrównane zostało spaźnianie się tego »Przeglądu« o rok, do niedawna się (od czasów rewolucyi) utrzymujące. »Przegląd« jest, jak zwykle, opracowany bardzo starannie.

Z różnych stron. Rosyjskie ministerstwo oświaty relegowało z żeńskiego Instytutu lekarskiego w Petersburgu niespodziewanie i bez wiadomości rady profesorów wszystkie słuchaczki (około 1200), z wyjątkiem 27 (!).

Mianowani: Prof. Kilian z Fryburga w B. profesorem laryngologii w Berlinie, Prof. Menge z Heidelberga profesorem położnictwa w Bonn, Prof. Enderlen z Würzburga profesorem chirurgii w Królewcu, Prof. Wenckebach z Groningen dyrektorem kliniki lek. w Strassburgu Prof. Kehrer z Berna dyrektorem kliniki położn. w Dreznie.

Zmarli: Dr Adam Karczewski, lekarz naczelny zakładu w Kochanówku, w 39 r. ż.; Dr Albert Süsskind, krakowianin, w Karlsbadzie.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w lipcu 1911.

Gazeta lekarska Nr 27—30. Ostrowski: O gruźlicy kątnicy (27—30). — Skłodowski (dok. 27). — Rzętkowski (dok. 27—30). — Jaworski J.: Wykonawstwo lekarskie a zarobkowanie (27). — Słowo wstępne (28). — Kryński: O leczeniu chirurgicznem choroby Basedowa (28). — Chełmoński: Przyczynek do patogenezy astmy oskrzelowej (28). — Markowski: Przypadek porażenia mięśnia zębatego wielkiego, jako przyczynek do fizyologii patologicznej ruchów pasa barkowego (28). — Starkiewicz: Uwagi nad przypadkiem zapalenia opłucnej międzyzrazowego (28). — Karwacki i Otto: O obecności ciał wiążących komplement w plwocinie gruźliczej (29). — Gliński Mieczysław: O teoryach białaczki w świetle najnowszych badań (30).

Medycyna i Kronika lek. Nr 27—30. Lipsztat: W sprawie działania ubocznego dioksydiamidoarsenobenzolu (salvarsanu) (27). — Zapasiewicz (dok. 27). — Kozerski: Leczenie radem (28). — Goldflam: O prostej podręcznej metodzie badania źrenic i o kilku mniej znanych objawach ze strony oka. (28—30). — Saidmann: O wpływie zaczynów tryptycznych na gruźlicę chirurgiczną i o leczeniu spraw ropnych środkami przeciwzaczynowymi (28). — J. Zawadzki: Przegląd lekarski (notatka bibliograficzna) (28). — Czerwiński: Postępy położnictwa w zakresie wykonawstwa lekarza-praktyka (29—30). — Lubelski: Ropne rozlane zapalenie otrzewnej, wywołane zapaleniem wyrostka robaczkowego; powikłanie ropnem zapaleniem stawu kolanowego; operacya — wyzdrowienie (30). — Lidmanowski: W kwestyi organizacyi pomocy lekarskiej dla ludu (30).

Tygodnik lek. Nr 27—30. Skórczewski i Wasserberg (dok. 27). — Gąsiorowski (dok. 27). — A. Beck: Charakterystyka ruchów gałki ocznej podczas drżenia (nystagmus) (28). — Popielski: Teorya hormonów w oświetleniu faktów (28).— Reis: W sprawie leczenia arsenobenzolem zapaleń nerwu wzrokowego (28).— Klarfeld: O przypadku guza przy mostku Varola (28). — Antoni Rydygier (jun.): O wycięciu zwoju Gassera (28). — Czubalski: O zmianach w krzepliwości krwi w okresie trawienia (28). — Grek: Zachowanie się krwi w przypadkach choroby Basedowa (28). — Bocheński: Rozwój cięcia cesarskiego (28—30). — Sabat: Metoda rentgenograficznego regestrowania ruchów przepony, serca, tętnicy głównej i t. d. (28). — Hornowski: Kilka uwag o powstawaniu wrodzonej torbielowatości nerek na podstawie własnych spostrzeżeń (28). — Lenartowicz: Niezwykłe umiejscowienie zakażenia rzeżączkowego (28). — Nowicki: O torbielach chłonnych nadnerczy (28). — Pańczyszyn: Wpływ i sposób działania dużych dawek węglanu bizmutowego (bismuthum carbonicum) na przewlekłe cierpienia żołądka przebiegające z nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego (28—30). — Gerus: »Naftusia« (29).

Nowiny lekarskie Nr 7. Wicherkiewicz: Jakim być winien

okulista operator. — Bylicki: O trwaniu ciąży i przepowiadaniu jej końca. — Dobrowolski: Przyczyny powstawania rzucawki porodowej a jej leczenie. — Krzyształowicz: O ropnych zapaleniach skóry (pyodermitis). — L. K. Gliński: Usposobienie anatomiczne a t. zw. dziedziczność w gruźlicy. — M. W. Herman: Wykłady kliniczne z urologii ogólnej. — Simon: Pseudoleukemia cum febri recurrentę. — Ehrenpreis: Nieco o zaburzeniach ze strony narządu moczowego w połogu. — Türschmid: Przepuklina zasłonowa jajowodu. — Blassberg: Cukrzyca a uraz. — Czaplicki: Leczenie gruźlicy metodą Gérarda i Lemoinea. — Michałowicz: W sprawie białkomoczu u starszych dzieci o sobozmianie zmniejszonym. — Rosenfeld: O chorobie posurowiczej.— Zanietowski: O dyagnostycznem i leczniczem zastosowaniu mojej metody rozładowań w świetle uchwał międzynarodowych Zjazdów. — Polak: O łączności zadań higieny polskiej. — A. Kięsk: Kilka uwag w sprawie schorzenia kaletek. — Panieński: O leczeniu naparstnicą. — Stasiński: Kilka uwag nad główniejszymi objawami ocznymi towarzyszącymi chorobie Basedowa. — L. Mieczkowski: Martwica żuchwy w przebiegu cukrzycy. — Gantkowski: Miejskie stacye opiekuńcze dla alkoholików, oraz pogląd na $3^1/_2$-letnią działalność Poznańskiej stacyi. — Steinborn: Odczyn krwi według Wassermanna. — Trzebiński: O problemacie życiowym.

Postęp okulistyczny Nr 6. Bałaban: Krytyczna ocena tymczasowej blefarotomii i o mechanizmie jej działania.

Przegląd chirurgiczny i ginekol. Tom V., Zesz. 1.: L. Kryński: Gastroenterostomia posterior antecolica. — L. Krauze: Z chirurgii oczodołu pozagałkowego. — F. Smużyński: Zwichnięcie nawykowe w stawie ramiennym.

Rocznik lekarski Tom II. Z. 2. Adam Wrzosek: Ludwik Bierkowski.

Pamiętnik Towarzystwa lek. warsz. Zesz. II. Osiński: Badania nad epidemią gorączki powrotnej w Warszawie w r. 1907 etc. — Steinhaus (c. d.).

Zdrowie Nr 7. Bujwid: Działanie promieni pozafioletowych na bakterye chorobotwórcze. — Józefa Joteyko: O przeciążeniu szkolnem. — Serkowski i Kraszewski: Rozbiór niektórych wód mineralnych krajowych. — Jaworski J.: Ginekologia, jako dział medycyny publicznej.

Przegląd higieniczny Nr 7—8. Piasecki: Lekarze szkolni w Polsce.

Kronika dentystyczna Nr 8. Zilz: Osteomyelitis mandibularis wskutek influenzy.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr 5—6. Bujwid, Dobrowolski i Mażylis: Wycieczka naukowa Bratniej Pomocy medyków U. J. po zdrojowiskach galicyjskich (5). — Zanietowski: a) Półwiekowa praca na polu balneologii »Przeglądu lekarskiego« i jego stosunek do Pol. Tow. Balneologicznego (6). b) Kilka słów o wartości leczniczej źródeł swoszowickich oraz ich radioczynności (6). — Pelczar: Kilka słów w sprawie promieniotwórczości wód w Truskawcu (6).

Nasze Zdroje Nr 11—12. Na powitanie XI. Zjazdu lek. i przyr. — Korczyński: Uwagi o naszym naukowym ruchu na polu balneologii (11—12). — Westreich: Ucisk podatkowy zdrojowisk (12).

Głos lekarzy Nr 14—15. Kaczorowski: Czy zapuszczanie podłóg w naszych szkołach olejem mineralnym jest wskazane? (14). — Icard (c. d.). — Udział lekarzy w pojedynkach. Ankieta międzynarodowa (c. d.) (14—15). — Mikołajski: Co zrobiła Izba lekarska wschodnio-galicyjska w ostatniem trzechleciu? (15). — Ciesielski: Od czego zależy tworzenie się osobników tak męskich, jak żeńskich, u roślin, zwierząt i ludzi? (15).

Słowo lek. Nr 13—14. Bednarski: Pobudka do kolegów (13). Ciechanowski: Stan sanitarny Galicyi w świetle sprawozdań c. k. krajowej Rady Zdrowia (c. d. 13—14). — O stosunku organizacyi lekarskich do Izb lekarskich (13). — Dat Galenus opes? (14). — W-p.: Sprawozdanie z Wiecu Związku państwowego austr. organizacyi lekarskich (14).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok L. Kraków, dnia 12. sierpnia 1911. Nr 32.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O reinjekcyi surowicy przeciwbłoniczej, na zasadzie danych, otrzymanych w ciągu lat szesnastu z praktyki własnej.

Podał

Dr Wincenty Puławski (Radziejów).

(Odczyt wygłoszony na I. Zjeździe lekarzy prowincyonalnych w Łodzi w 4 czerwca 1911).

(Dokończenie).

Aby zbyt nie rozwlekać niniejszego odczytu, przejdę zaraz do ogólnej charakterystyki przebiegu klinicznego przypadków, z uwzględnieniem stron, zasługujących zdaniem mojem na uwydatnienie.

Objawy odczynu posurowiczego. We wszystkich spostrzeganych przypadkach reinjekcyi nie zauważyłem żadnych innych objawów posurowiczych prócz zwykłych tych, jakie występowały u osobników tych po pierwszem zastosowanem wstrzyknięciu, zależnie od ilości objętościowej wstrzykniętej surowicy. A więc: wysypka zjawiała się między 6 a 16 dniem po wstrzyknięciu albo w postaci pokrzywki, albo w postaci rumienia, lub też w formie wielopostaciowej mieszanej; była wędrującą po powierzchni skóry, najczęściej swędzącą i znikała po upływie jednego, dwóch, lub trzech dni bez śladu i łuszczenia się. Zbiór objawów ogólnych, jakie towarzyszyły zjawiającej się wysypce przed lub w czasie pojawiania się jej na powierzchni skóry, nigdy nie przechodził po za tę granicę właściwą objawów, jakie zwykliśmy spostrzegać przy nagłem zjawianiu się wszelkiego rodzaju wysypek samorodnych na powierzchni skóry, a zwłaszcza pokrzywki t. zw. idiosynkratycznej. Tu koniecznem jest przypomnieć sobie wszystkie te objawy, niekiedy bardzo burzliwe, przeważnie w sferze naczynioruchowej, jakie bardzo często współtowarzyszą tej pokrzywce. A więc: zjawiają się niekiedy nagłe bóle, obrzmienia oraz swędzenia na tych miejscach skóry, gdzie ma się zjawić pokrzywka; objawy te trwają wraz z pokrzywką aż do jej znikania, a niekiedy i dłużej; dalej łamanie w kościach i stawach, ciągoty; niewielkie obrzęki na powiekach, wargach ust i wargach sromnych, na mosznie, na kończynach, zwłaszcza na palcach, zależnie od usadawiania się pokrzywki i swędzenia, a niezależnie od stanu nerek i bez białkomoczu, lub też z chwilowym, przemijającym, niewielkim białkomoczem, według uczulonego sposobu Essbacha nieprzewyższającym śladów około 0·01‰—0·10‰ (promille); dalej bicie serca wraz z podmiotowem uczuciem ucisku w okolicy serca, szum w uszach, ściskanie w dołku, uczucie ściskania w jelitach, aż do bólu, omdlenia (syncope) i zawroty głowy poczem niekiedy następują wymioty lub kilkakrotna biegunka wodnista, surowiczą cieczą. Rzadziej występuje krótkotrwałe wzniesienie się ciepłoty, niekiedy do 39° i wyżej, lub objawy przemijającego zapadu. Otóż na zasadzie własnych moich spostrzeżeń powiedziałbym, że wysypki posurowicze (spostrzegane przezemnie w 42% wszystkich przypadków) wogóle występują zwykle nie tak burzliwie, a często bardzo nawet zgoła bez żadnych przedwstępnych objawów; wysypka zjawia się nierzadko na skórze chorego bez żadnych dolegliwości, któreby mogły zwrócić na siebie jego uwagę, a bywa spostrzeżoną dopiero przez osoby z najbliższego otoczenia lub przez lekarza. W miarę zwiększania się dopiero plam wysypkowych i ich wędrówki po powierzchni skóry zjawia się swędzenie, pieczenie lub pobolewanie skóry, na ogół o wiele mniej dokuczliwe, niż po wysypce samorodnej. Jest to zdaniem mojem jedna z najważniejszych cech charakterystycznych wysypek posurowiczych.

Choroby posurowiczej w jej odczynach »natychmiastowym« lub »przyspieszonym« nie miałem nigdy sposobności po reinjekcyach spostrzegać. Wśród przypadków, leczonych po raz pierwszy surowicą, spostrzegałem wysypki niekiedy na drugi, trzeci lub czwarty dzień po wstrzyknięciu, lecz tylko przemijające i rozrzucone w niewielkiej ilości po powierzchni skóry, tak że wahałbym się uznać takie wysypki za odczyn przyspieszony we właściwem tego słowa znaczeniu, gdyż właściwy odczyn zjawiał się później w swoim czasie, między 8 a 14 dniem po wstrzyknięciu. Niekiedy spostrzegałem wręcz przeciwnie. Po reinjekcyi, dokonanej w lat kilka, odczyn posurowiczy występował później i słabiej, niż po wstrzyknięciu pierwotnem, a nawet nieraz nie występował wcale pomimo wstrzyknięcia surowicy w ilościach objętościowo większych w porównaniu ze wstrzyknięciem pierwotnem. W tych przypadkach, gdzie ilość ponownie wstrzykiwanej (reinjekowanej) surowicy nie przewyższała 1000 jednostek uodporniających Behringa-Ehrlicha, wysypka najczęściej nie zjawiała się wcale, aczkolwiek wstrzyknięto surowicę w objętości 10 cm. sześc. Żadnych innych posurowiczych objawów ogólnych, a w szczególności objawów t. zw. uczulenia (nadwrażliwości, czyli anafilaksyi) w ścisłem tego słowa znaczeniu, t. j. właściwie »wstrząsu anafilaktycznego« nie spostrzegałem ani razu.

Objawy miejscowe w miejscu wstrzyknięcia. Miejscowo po reinjekcyach, które wykonywałem zawsze podskórnie w okolicy lewego podżebrza, nie udało mi się zauważyć ani razu jakiegoś swoistego odczynu, któryby się

różnił czemkolwiek od tych objawów, jakie widzimy po wstrzyknięciu pierwotnem. Powiedziałbym nawet, że przemijających nacieków i miejscowych siniaków, jakie widywałem niekiedy po pierwotnych wstrzyknięciach surowicy u dzieci tłustych, po reinjekcyach nie spotykałem prawie wcale, być może wobec większej ostrożności i umiejętności zachowania się chorych, aby ustrzedz miejsce wstrzyknięcia od dotykania, przygniatania i t. p. Bolesność miejsca wstrzyknięcia i jego najbliższej okolicy przechodzi zwykle dość prędko pod czystą suchą watą hygroskopijną.

Działanie lecznicze. Zdrowienie. Co do leczniczego działania surowicy przeciwbłoniczej, wstrzykiwanej powtórnie, oraz szybkości powrotu do zupełnego zdrowia, to i w tym kierunku jakiejś wydatnej różnicy w porównaniu z pierwotnemi wstrzykiwaniami nie zauważyłem. Być może, że objawy chorobowe miejscowe w gardle i krtani przebiegały i ustępowały prędzej, a samo zdrowienie było szybsze, lecz to mogło również zależeć od indywidualności danego zachorowania lub cech epidemii, dalej od wcześniejszego zastosowania surowicy, większej jej ilości i t. p., a nietylko od powtórnego wstrzyknięcia. Ogólne wrażenie jednak ostatecznie odnosiłem takie, jakoby chorzy po reinjekcyach chorowali łagodniej i znacznie prędzej powracali do zdrowia, niż to zwykle bywa po wstrzyknięciu pierwotnem; dalej wzniesienia ciepłoty ustają prędzej wraz z potami i ustępowaniem objawów miejscowych w gardle i krtani. Bezwątpienia przy reinjekcyach liczyć się zawsze należy z tą okolicznością, że rodzice lub wogóle najbliższe otoczenie chorego dziecka, przekonawszy się już przedtem o zbawczem działaniu surowicy, wcześniej zgłasza się w przypadkach podobnych zachorzeń ponownych tegoż samego dziecka, ułatwiając przeto interwencyę lekarską. Przypadków śmierci wśród dzieci, gdzie wykonałem reinjekcyę, nie miałem dotąd wcale, być może również dla powodów, tylko co wyłuszczonych. Otrzymane do chwili obecnej przezemnie wyniki można streścić w następujących punktach:

1) Na 760 przypadków błonicy, leczonej surowicą swoistą, zmarło 47; na 112 przypadków płonicy, leczonej surowicą przeciwpaciorkowcową, przeciwpłoniczą, zmarło 15. Żaden z tych 62 przypadków śmiertelnych nie był kiedykolwiek przedtem leczony żadną surowicą leczniczą wogóle, czyli żaden ze 60 przypadków, gdzie wykonano reinjekcyę, nie zakończył się śmiertelnie. Okoliczność tę uważałbym za czysto przypadkowy zbieg warunków, niemożliwem jest bowiem, aby bezwarunkowo wszystkie podlegające reinjekcyom przypadki były wyleczone, gdyż wśród nich mogą być śmiertelne dla tych samych powodów, dla których i po pierwszy raz leczone surowicą przypadki nie mogą być wszystkie uratowane, jak np. zbyt późne zwrócenie się o pomoc lekarską w przypadkach zaniedbanych, zbyt małe ilości zastosowanej surowicy w stosunku do siły zakażenia w danym przypadku, nakoniec indywidualne własności ustroju, który nie zdoła uporać się szczęśliwie z zakażeniem pomimo pomocy, jaką mu daje wstrzyknięta surowica.

2) W spostrzeganych 194 reinjekcyach ani razu nie widziałem żadnych swoistych objawów nadwrażliwości wogóle, a w szczególności objawów wstrząsu anafilaktycznego, i to ani w tych przypadkach, w których w danym jednym okresie chorobowym dokonałem wstrzyknięć kilkakrotnych w przerwach kilkogodzinnych lub kilkodniowych, ani w tych przypadkach, które podlegały właściwym reinjekcyom w odstępach czasu kilkomiesięcznych lub kilkoletnich.

3) Jedyne objawy posurowicze polegały na występowaniu wysypek z całym zbiorem zjawisk, typowo właściwych i schematycznie nieomal ustalonych dla charakterystycznego odczynu chorobowego po wstrzykiwaniach surowic leczniczych tak zwanych przeciwjadowych (antytoksycznych). Wysypki te co do czasu występowania po wstrzyknięciach, co do długości trwania, co do jakości i właściwości niczem zgoła nie różniły się od tych, jakie zwykły występować po wstrzykiwaniach pierwotnych; przyczem natężenie objawów po większej części zależy od objętościowej ilości wstrzykniętej surowicy, a nie od wielokrotności wstrzykiwań.

4) Odczynu posurowiczego natychmiastowego lub przyspieszonego we właściwem tych słów znaczeniu nie spostrzegałem ani razu.

5) Miejscowo nie spostrzegałem po reinjekcyach również żadnego swoistego odczynu.

6) Sam przebieg choroby i zdrowienie po reinjekcyach, o ile się zdaje, następowały lżej i prędzej.

Krótki odczyt niniejszy uważałbym za niezupełny, gdybym na zakończenie nie dodał kilku uwag znaczenia ogólnego, uchylających nieco rąbek zasłony, wiodącej do zaczarowanego labiryntu biochemii białka płynnego krwi, w którym obracają się serologia i seroterapia współczesna, przynosząc prawie z każdym dniem coraz to nowe wyjaśnienia zagadkowych lub ciemnych dotąd zjawisk w tej dziedzinie.

Wyniki, otrzymane przezemnie i powyżej tu przedstawione, są, że się tak wyrażę, wynikami normalnymi dla surowicy przeciwbłoniczej, jako typowej przedstawicielki surowic przeciwjadowych (antytoksycznych), z tem zastrzeżeniem jednak, że nie powinna ona nigdy zawierać w sobie: 1) zgoła żadnych bakteryi; 2) produktów ich życia, czyli tak zwanych toksyn (lub egzotoksyn); 3) strzępów, ułomków i resztek ciał bakteryi, pozostałych po ich śmierci, (jak je trafnie nazwano: »Leiberbakteriennachresten«, czyli endotoksyn); 4) nakoniec żadnych wogóle substancyi białkowatych bakteryobójczych. Naturalnie, samo przez się rozumie się, przy zachowaniu koniecznych warunków: 1) że surowica ta jest dobrze i »lege artis« przygotowana; 2) odpowiednio przechowana aż do chwili wstrzyknięcia, a przeto 3) nie podległa zepsuciu, nadpsuciu, lub jakimkolwiek niepożądanym zmianom chemicznym w swych białkowatych częściach składowych. Płynne białko surowicy przeciwbłoniczej, przy zachowaniu wymienionych powyżej warunków, nie powinno dawać objawów anafilaksyi w ścisłem znaczeniu tego wyrazu, gdyż aczkolwiek gatunkowo obce dla leczonego ustroju, nie jest ono dlań trującem ani samo przez się, ani drogą biochemicznego oddziaływania na różne składniki krwi, pozostałe i wytworzone w niej przez poprzednie wstrzyknięcia surowicy, w postaci różnych substancyi, jakkolwiek je nazwiemy: precypitynami, opsoninami, lizynami, agressynami, czy też erginami, stanowiącemi istotę uczulenia tkanek ustroju na ponowne wprowadzenie doń jednego i tegoż samego gatunku obcego białka, a mającemi za zadanie udział w walce z chorobą. Stopniowo wzrastające uczulenie nie jest tu niebezpieczne, gdyż wytwarzające się nowe produkty rozkładowe białkowatej natury przez parenteralną przeróbkę białka

surowicy leczniczej, ponownie wprowadzonej, nie działają jadowicie na ośrodki naczynioruchowe leczonego ustroju.

Zachodzi tu okoliczność zasadniczo odmienna, niż przy działaniu surowic t. zw. bakteryobójczych, zawierających właśnie wszystkie wymienione, a nieobecne w surowicach przeciwjadowych pierwiastki białkowate, również gatunkowo obce dla ustroju, lecz jednocześnie szkodliwe dlań, czy to przez bezpośrednie, według Wolff-Eisnera, ujemne oddziaływanie na ośrodki naczynioruchowe, czy też, według Friedbergera, przez wytwarzanie się z nich w warunkach wspomnianych substancyi nowej, nazwanej przezeń anafilatoksyną, trującej dla tychże ośrodków ustroju. Wynikiem klinicznym tego zatrucia jest słabszy lub silniejszy wstrząs całego ustroju, tak zwany »wstrząs anafilaktyczny«, stan chorobowy, choć krótkotrwały, lecz przebiegający piorunująco burzliwie i dający nieraz zejście śmiertelne wkrótce po wstrzyknięciu. Stan ten polega z jednej strony na nagłem niedokrwieniu mózgu wskutek nagłego przekrwienia najdrobniejszych naczyń krwionośnych w sferze nerwów trzewnych, z drugiej strony zaś objawy takie jak: duszność, bicie serca, sinica i drgawki, wskazują na zaatakowanie całej sfery naczynioruchowej nerwu błędnego. Wytłomaczenie przyczyn zachodzących tu zjawisk zależnie od poglądu badaczy ulega zmianom jedynie tylko formalnym, faktem zaś jest bezspornym, że działanie wywiązujących się we krwi nowych substancyi białkowatych jest identyczne z oddziaływaniem na ustrój substancyi, otrzymanej niedawno przez Popielskiego drogą rozkładu białka krwi osobników zdrowych przy usilnem kłóceniu jej i wstrząsaniu z perełkami szklanemi. Substancya ta ze względu na sposób działania jej na ustrój została nazwana przez Popielskiego wazodylatyną; jest ona produktem rozkładu białka morfotycznych części składowych krwi, gdyż samo osocze nie dawało tego wyniku. Wstrzyknięta danemu osobnikowi do żył czy też podskórnie wywołuje ona wstrząs całego układu naczynioruchowego, dający klinicznie obraz wstrząsu anafilaktycznego.

Wiadomo powszechnie, że surowice bakteryobójcze, pomimo swego niewdzięcznego składu białkowego, przy ostrożnem i umiejętnem stosowaniu w dawkach odpowiednio małych, stopniowo wzrastających, są dla chorego ustroju wielką pomocą w zwalczaniu choroby zakaźnej, przeciwko której zostały zastosowane. Prototypem ich są np. surowice przeciwdurowe i przeciwcholeryczna. Metoda umiejętnego ich stosowania już prawie opanowała wszystkie niepomyślne i ujemne objawy anafilaksyi i stara się obrócić je i nagiąć ku pożytkowi leczonego ustroju, tem mniej przeto należy obawiać się zastosowania reinjekcyi surowic przeciwjadowych (antytoksycznych) z surowicą przeciwbłoniczą na czele, jako wolnych od niepożądanych pierwiastków białkowatych, mogących zatruwać ośrodki naczynioruchowe. Jedynym zatem objawem mniej lub więcej niemiłym pozostaje przy stosowaniu surowicy przeciwbłoniczej ciągle jeszcze odczyn posurowiczy, najczęściej w postaci pokrzywki, i to niezależnie od tego, czy zastosowano ją pierwotnie, czy też w postaci szeregu idących w pewnych odstępach czasu reinjekcyi. Usilnem staraniem serologów i klinicystów jest ciągle jeszcze dążność do ograniczenia tego odczynu do możliwego minimum.

W tym celu Zakład Pasteura w Paryżu i Zakład serologiczny w Wiedniu (Prof. Paltauf) zalecają stosowanie surowicy podgrzewanej nie wyżej nad 59° C. (metoda Sproncka), bez skutku jednak, jak to dowiódł Pirquet, który po stosowaniu surowicy podgrzewanej spostrzegał najsilniejsze wysypki. Dalej Besredka proponował podawać surowicę wewnętrznie i przez odbytnicę w celu wywołania drogą przewodu pokarmowego pewnego stopnia stanu antyanafilaktycznego na wypadek późniejszej potrzeby zastosowania tejże surowicy drogą parenteralną, a następnie podskórnie lub śródżylnie. Następnie Rosenau i Anderson radzą w tym samym celu częste, lecz bardzo małe dawki podskórnie, również bezskutecznie. Bujwid proponuje odstawanie się surowicy przez czas dłuższy przed jej użyciem, aby zbyt świeża nie szła w użycie; być może, że jest to metoda skuteczniejsza od innych, lecz również nie jest bezwarunkowo skuteczna. Uffenheimer w swoim czasie zalecał zupełnie usunąć dodatki fenolu lub kresolu, które w Niemczech bywają zwykle dodawane dla lepszej konserwacyi surowic; lecz surowice, przygotowane bez tych dodatków, również nie są wolne od następczego odczynu. Netter w celach oddziaływania na krew drogą chemoterapii zaleca w celach zapobiegawczych podawanie chlorku wapnia ($CaCl_2$) wewnętrznie i podskórnie, również bezskutecznie. W najnowszym czasie Friedberger doradza zastosowanie powolnego wprowadzania surowicy (zwłaszcza jeżeli chodzi o ilości większe, wprowadzane do żył), w tej myśli, że krew stopniowo wchłania wprowadzoną surowicę, niezwłocznie ją przerabiając, co ma chronić przeciwko nagromadzeniu się nadmiaru anafilatoksyny. Wątpliwem jest, czy to zapobiegnie odczynowi posurowiczemu, raczej byłoby uzasadnione tam, gdzie należałoby się obawiać wstrząsu anafilaktycznego, a więc przy stosowaniu surowic bakteryobójczych.

Część serologów jest tego zdania, że objawy choroby posurowiczej po pierwotnem stosowaniu surowicy są już przejawem anafilaksyi, stosunkowo najsłabszej i dla danego osobnika nieszkodliwej, choć może nieraz niemiłej. Mniemają oni, że ustrój jest uczulony przez obecność w nim pewnych substancyi białkowatych (w rodzaju precypityn), wytworzonych przez drobnoustroje błonicy, które przenikły do krwi drogą zakażenia ustroju drogami naturalnemi. Substancye te przez styczność z białkiem surowicy swoistej, heterologicznej dla ustroju, działającej jako »antygen« według Ehrlicha, lub jako »allergen« według Pirqueta, w przeciągu sześciu do czternastu dni po wstrzyknięciu, wytwarzają ze siebie niweczniki (Antikörper) swoiste, »anafilaktyczne ciała odczynowe«, powodujące chorobę posurowiczą przez podrażnienie ośrodków naczynioruchowych. Odczyn więc ten po reinjekcyach powinien być o wiele silniejszy, wobec wzmocnienia uczulenia tkanek ustroju na jeden i ten sam gatunkowo obcy rodzaj białka płynnego. Serologowie ci postawili sobie za zadanie otrzymać surowice, pochodzące od innych gatunków zwierząt, jak: muły, osły, małpy, psy, kozy, owce, krowy, wielbłądy i t. p., aby, gdy zachodzi potrzeba reinjekcyi, używać ich naprzemian z końskiemi, nie tworząc w ten sposób możności stopniowego zwiększania się uczulenia tkanek ustroju na jeden i ten sam typ białka wstrzykiwanej surowicy.

Ascoli, przeprowadzający doświadczenia i próby w tym kierunku w Zakładzie serologicznym w Medyolanie (dyrektor Prof. Bellfanti), proponuje nazywać te surowice »anallergicznemi«, t. j. pozbawionemi możności wywoływania

tak zwanej przez Pirqueta allergii, czyli odmiennego stanu krwi, przyspieszającego i wzmacniającego posurowiczy odczyn po reinjekcyi aż do wywołania wsrząsu anafilaktycznego. Usiłowania te nie wyszły jeszcze dotąd z okresu prób doświadczalnych, zupełnie nieudatnych odnośnie do krowy, kozy i dromadera, nieco więcej udatnych odnośnie do owcy. — Co się tyczy specyalnie surowicy przeciwbłoniczej, to próby te są poniekąd zbyteczne, gdyż: 1) surowica ta jako przeciwjadowa (antytoksyczna), przy zachowaniu warunków, o jakich wspominałem wyżej, nie daje niebezpiecznych objawów anafilaktycznych; 2) surowica końska wogóle, jak to dowiedli Besreda, Pirquet, Wolff-Eisner, Friedemann, Friedberg, Moritz Meier i inni, jest przez ustrój ludzki znoszona znacznie lepiej, niż przez ustrój wszelkich zwierząt, używanych do doświadczeń i prób leczniczych przedwstępnych; 3) nakoniec każda surowica wogóle, z jakiegokolwiekby gatunku zwierzęcia pochodziła, zawsze będzie gatunkowo obcą dla ustroju i jako taka musi dać odczyn posurowiczy. Naprzemienne stosowanie surowic leczniczych, pochodzących od różnych gatunków zwierząt, miałoby uzasadnienie dla surowic bakteryobójczych, gdzie są wszelkie podstawy dla obaw przed groźnymi objawami anafilaksyi, jak wstrząs i inne.

Dla surowicy przeciwbłoniczej w praktyce leczniczej dostatecznem będzie trzymać się prawideł i wskazówek, podawanych przez wielu serologów, a potwierdzonych przez klinicystów-pedyatrów jak: Escherich, Baginsky, Heubner, Jochmann i inni. Polegają one na następującem:

Aby zmniejszyć o ile możności objawy posurowicze, należy starać się wstrzykiwać możliwie małe objętościowo dawki surowicy jak najwięcej wysokowartościowej, to jest zawierającej jak największą ilość jednostek uodparniających w jednym ctm. sześć. W razie braku takiej surowicy, należy wstrzykiwać tę, o jaką w danej chwili najłatwiej, a więc np. normalną, przytem w ilościach ile możności większych naraz, stosownie do potrzeby danego przypadku chorobowego. Ewentualnie, w razie potrzeby, powtórzyć wstrzyknięcie tegoż samego dnia, nazajutrz, lub najbliższych dni, bez względu na to, czy będzie to przypadek wstrzyknięcia pierwotnego, czy też ponownego (reinjekcyi). Wiedzieć i pamiętać należy o tem, że objawy posurowicze, choćby w nieco cięższej i niemiłej postaci, (co jest zjawiskiem nader rzadkiem i wyjątkowem), nie są nigdy dla chorego niebezpieczniejsze niż sama choroba zakaźna, na którą cierpi, a która przez zwlekanie, wahanie się, odkładanie wstrzyknięcia, lub zastosowanie zbyt małych dawek surowicy leczniczej mogłaby stać się beznadziejną, co niestety miałem sposobność niejednokrotnie widzieć osobiście w okresie perturbacyi przeciwsurowiczych, jakie przeżyłem w ciągu ubiegłych lat szesnastu.

Z Zakładu farmakologii doświadczalnej Prof. Dr L. Popielskiego we Lwowie.

W sprawie fizyologicznego działania wyciągu z przysadki mózgowej

(hypophysis cerebri).

Podał

Dr Jan Studziński (Kijów).

(Ciąg dalszy).

Doświadczenie Nr 9. 26. II. 1910. Suka 6·5 kg. wagi. Wprowadzono do żyły 10 cm. sz. 10% wodnika chloralu. Przetoka trzustkowa. Wyciąg wprowadzano do żyły udowej prawej, ciśnienie krwi określano w tętnicy szyjnej lewej (tabl. IX.).

TABLICA IX.

Czas	Ilość soku trzustkowego, wydzielającego się w ciągu 1', w milimetrowych podziałkach rurki połączonej z przetoką trzustkową	Tętno w 5''	Ciśnienie krwi w milimetrach rtęci: Najwyższe	Ciśnienie krwi w milimetrach rtęci: Najniższe	Ciśnienie krwi w milimetrach rtęci: Średnie	Uwagi
O 11 g. 27'	—					
„ 28'	0					
„ 29'	0					
„ 30'	1					
„ 31'	0					
„ 32'	0	8	182	156	169	Wprowadzono 13 cm. sz. strątu fosforo-wolframowego wyciągu z przednich części przysadek mózgowych (odpowiada 19·5 świeżych narządów).
„ „ 8''						Ciśnienie krwi obniża się.
„ 33'	0	6	104	90	97	Ciśnienie krwi zaczyna się podnosić.
„ 34'	0	8	134	120	127	
„ 35'	0	10	152	142	147	
„ 36'	0	9	166	154	160	
„ 37'	1					
„ 38'	0					
„ 39'	0					
„ 40'	1					
„ 41'	0					
„ 42'	0					
„ 43'	0	9	170	138	154	Wprowadzono 20 cm. sz. tego, co i poprzednio.
„ „ 5''						Ciśnienie krwi obniża sie.
„ „ 30''		8	114	92	103	
„ 44'	0	6	128	106	117	
„ 45'	1	8	136	112	124	
„ 46'	1	9	136	110	123	
„ 47'	2	10	138	108	123	
„ 48'	1	9	138	114	126	
„ 49'	1	9	152	130	141	
„ 50'	1					
„ 51'	1					
„ 52'	0	6	166	134	150	

W tem doświadczeniu po pierwszem wprowadzeniu strątu fosforo-wolframowego wyciągu z przysadek mózgowych nie otrzymaliśmy wydzielania soku trzustkowego, pomimo, że mieliśmy obniżenie ciśnienia krwi. Tylko po powtórnem wprowadzeniu strątu, i to w większej ilości (prawie 5·0 przednich części przysadek mózgowych na 1 kg. wagi psa), otrzymaliśmy dłuższe, chociaż niezbyt znaczne

obniżenie ciśnienia krwi i odpowiednio do tego niewielkie wydzielanie soku trzustkowego.

W następnym przypadku postanowiłem zbadać oprócz wydzielania soku trzustkowego jeszcze wpływ wyciągu z przedniej części przysadek mózgowych na krzepliwość krwi.

Doświadczenie Nr 10. 2. III. Pies 4·7 kg. wagi. Wprowadzono do żyły 10 cm. sz. 10% wodnika chloralu. Przetoka trzustkowa. Wyciąg wprowadzano do żyły udowej lewej, krew brano z tętnicy udowej lewej, ciśnienie krwi określano w tęnicy szyjnej lewej (tabl. X.).

TABLICA X.

Czas	Ilość soku trzustkowego, wydzielającego się w ciągu 1', w milimetrowych podziałkach rurki połączonej z przetoką trzustkową	Tętno w 5''	Ciśnienie krwi w milimetrach rtęci			Uwagi
			Najwyższe	Najniższe	Średnie	
O 12 g 59'	—					Wzięto krew do probówki Nr 1.
1	1					
,, 1'	1					
,, 2'	1					
,, 3'	0					
,, 4'	1					
,, 5'	0					
,, 6'	0	10	184	158	171	Wprowadzono 16 cm. sz. wyciągu z przednich części przysadek mózgowych (odpowiada 19·0 świeżych narządów).
,, ,, 8''						Ciśnienie krwi szybko spada i tętno staje się wolniejszem.
,, ,, 11''			92	46	69	
,, ,, 16''		5	72	30	51	Wysokość fali tętna — 42 mm. rtęci.
,, ,, 23''						Tętno częstsze, fale jego mniejsze.
,, ,, 40''		10	52	38	45	Tętno znów staje się rzadsze i fale jego większe.
,, 7'	0	6	52	28	40	Tętno przyspiesza się, fale jego zmniejszają się.
,, ,, 30''						Początek wydzielania soku trzustkowego.
,, ,, 40''						Wzięto krew do probówki Nr 2.
,, 8'	5		44	32	38	
,, 9'	8	12	38	26	32	
,, 10'	5	12	36	26	31	
,, 11'	4	12	30	22	26	Wzięto krew do probówek Nr 3, 4 i 5.
,, 12'	2	12	28	20	24	
,, 13'	2	12	22	16	19	
,, 14'	2	12	22	16	19	
,, 15'	1	12	20	14	17	
,, 16'	2	12	20	14	17	Krew w probówce Nr 1 skrzepła (po 17 minutach).
,, 17'	1					
,, 18'	2					
,, 19'	2					
,, 20'	1					Wzięto krew do probówki Nr 6.
,, 21'	1					
,, 22'	2					
,, 23'	1					
,, 24'	2					
,, 25'	1					
,, 26'	1					
,, 27'	0					

TABLICA X ciąg dalszy.

Czas	Ilość soku trzustkowego, wydzielającego się w ciągu 1', w milimetrowych podziałkach rurki połączonej z przetoką trzustkową	Tętno w 5''	Ciśnienie krwi w milimetrach rtęci			Uwagi
			Najwyższe	Najniższe	Średnie	
O 12 g. 28'	1					
,, 29'	0					
,, 30'	0					W probówkach 3, 4, 5 i 6 ciałka krwi osiadają na dno.
O 2 g. 15'		12	28	24	26	
,, 25'			28	22	25	
,, 45'			76	62	69	
,, 55'			136	96	116	
O 3 g. 25'		12	124	102	113	Wprowadzono 10 cm. sz. wyciągu z tylnych części przysadek mózgowych (odpowiada 4·7 świeżych narządów). Ciśnienie krwi spada.
,, ,, 4''			140			
,, ,, 6''						Ciśnienie krwi spada.
,, ,, 8''			76	66	71	
,, ,, 9''						Ciśnienie krwi zaczyna się podnosić. Fale tętna stają się większe i rzadsze.
,, ,, 12''			136	96	116	Wysokość fali tętna — 40 mm. rtęci. Ciśnienie krwi nieco się obniża, a fale tętna zmniejszają się.
,, ,, 37''		8	70	58	64	Ciśnienie krwi zaczyna się podnosić i występuje charakterystyczne tętno czynne.
						Wysokość fali tętna:
,, 26'		6	94	74	84	20 mm. rtęci
,, 27'		7	126	100	113	26 ,, ,,
,, 28'		6	120	92	106	28 ,, ,,
,, 29'		6	130	80	105	50 ,, ,,
,, 31'		4	146	74	110	72 ,, ,,
,, 32'40''		3	180	80	130	100 ,, ,, Przecięto nerw błędny lewy.
,, 33'						Przecięto nerw błędny prawy. Tętno odrazu staje się przyspieszonem, fale jego — drobnemi. Ciśnienie krwi utrzymuje się wysoko.
						Wysokość fali tętna:
,, ,, 10''		12	142	136	139	6 mm. rtęci
,, 34'		14	150	132	141	4 ,, ,,
,, 35'		14	142	128	140	4 ,, ,,

O 2 g. 28' do probówki Nr 3 dodano 2 cm. sz. susowicy krwi świńskiej.

O 2 g. 29' do probówki Nr 4 dodano 2 cm. sz. płynu przesiękowego z jamy brzusznej.

O 2 g. 30' do probówki Nr 5 dodano 2 cm. sz. wysyconego rozczynu chlorku wapnia.

3. III. O 8 g. zrana w probówce Nr 3 luźne skrzepy, w innych probówkach krew płynna.

O 11 g. 30' do probówki Nr 6 dodano 2 cm. sz. rozczynu włóknika-zaczynu (fibrinfermentu).

O 12 g. 30' w probówce Nr 6 na powierzchni luźny skrzep włóknika.

O 1 g. krew w probówce Nr 6 skrzepła.

5. III. W probówkach Nr 2, 4 i 5 krew płynna.

Jak widzimy z tego doświadczenia, wyciąg z przednich części przysadek mózgowych nietylko obniża ciśnienie krwi, lecz wywołuje także wydzielanie soku trzustkowego i niekrzepliwość krwi, t j. zjawiska, charakterystyczne dla wazodylatyny Popielskiego. Należy tu zaznaczyć, że niekrzepliwość krwi zależała w danym przypadku albo od braku włóknika-zaczynu, albo od przejścia jego w stan nieczynny, o czem można sądzić z tego, że po dodaniu włóknika-zaczynu krew skrzepła po $1^1/_2$ godzinie, natomiast dodanie płynu przesiękowego (fibrinogen) względnie chlorku wapnia nie wywarło żadnego wpływu na krzepliwość krwi, po dodaniu natomiast surowicy krwi świńskiej (trombokinaza) powstały luźne skrzepy dopiero po 16—18 godzinach, wywołać zaś zupełnego skrzepnięcia krwi zapomocą surowicy nie udało się. Krew, nie poddana działaniu żadnych środków, pozostała przez 3 doby płynną bez żadnych oznak gnicia. Po wprowadzeniu wyciągu z tylnych części przysadek mózgowych, w ilości 1·0 gr. świeżych narządów na 1 kg. wagi psa, otrzymaliśmy na razie spadek ciśnienia krwi, poczem niewielkie podniesienie się z następnem obniżeniem i dopiero po 37″ ciśnienie krwi zaczęło się podnosić na czas dłuższy, przyczem wystąpiło także charakterystyczne tętno czynne. W dalszem wszakże, chociaż średnie dane ciśnienia krwi nie wskazują na jego podnoszenie się, lecz jeżeli uwzględnimy najwyższe dane ciśnienia krwi, to widzimy, że ciśnienie krwi stale się podnosi. Brak zaś wyraźnego podnoszenia się ciśnienia krwi, jeżeli wnosić tylko z liczb średnich ciśnienia krwi, zależy od tego, że fale tętna stale się zwiększają, sięgając do 100 mm. rtęci, wskutek czego może się nawet zdawać, jakoby najniższe ciśnienie krwi jeszcze się obniżyło, a nie podniosło. Po przecięciu nerwów błędnych wystąpiło odrazu przyspieszenie tętna z 3 do 14 uderzeń w 5″, ciśnienie zaś krwi obniżyło się nawet w porównaniu z poprzedniem najwyższem ciśnieniem, z powodu wszakże niewielkich fal tętna z jednej strony i niewielkich ruchów oddechowych z drugiej — średnie ciśnienie krwi znacznie się podniosło.

W następnem doświadczeniu postanowiłem zbadać wpływ wyciągu z tylnych części przysadek mózgowych na krzepliwość krwi, a także wpływ wyciągu na ciśnienie krwi przy powtórnem wprowadzeniu. (C. d. n.)

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Riedel. **W sprawie rozpoznawania i leczenia raka pęcherzyka żółciowego.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 25) Rak pęcherzyka żółciowego powstaje przeważnie na tle »kamieni spoczywających«, a więc bez napadów kolki, które zjawiają się nieraz dopiero niestety wtedy, gdy rak jest nieuleczalny już przez operacyę; wtedy też występuje nieraz guz i żółtaczka, ew. puchlina brzuszna i objawy charłactwa. Rzadziej już rak pęcherzyka wcześnie objawia się w formie ostrego zapalenia pęcherzyka (cholecystitis) z gorączką i wymiotami lub napadami kolki. Mylić mogą rozpoznanie przypadki raka, gdzie wśród napadów kolki odchodzą równocześnie i kamyki, lub gdzie dawniej odchodziły. Nierzadko też schorzenia sąsiednich narządów mogą łudząco naśladować raka pęcherzyka lub naodwrót. Zdarza się to często, i Riedel nieraz już rozpoznawał raka, a okazało się, że guz rakiem nie był i naodwrót. Nawet i badania mikroskopowe nie chronią od pomyłek. Co do trwałego wyniku wycinania zrakowaciałego pęcherzyka żółciowego, to Riedel wyraża się o nim zupełnie sceptycznie: ani razu trwałego wyleczenia nie widział, tak że pomyślne przypadki z piśmiennictwa przypisuje pomyłce w rozpoznaniu. Z tego powodu nie powinniśmy się wahać wycinać wczas schorzały pęcherzyk żółciowy bez względu na rozpoznanie, bo po operacyi napewno już stwierdzonego raka wiele spodziewać się nie można. K.

Lichtenberg i Dietlen. **Przedstawienie miedniczki nerkowej i moczowodu w obrazie Röntgena po napełnieniu tlenem.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 25). Celem uwydatnienia kamienia w miedniczce nerkowej zalecają autorzy (polecone już co do pęcherza, stawów i t p.) wypełnianie miedniczki nerkowej tlenem, co wywołuje silny kontrast kamienia i miedniczki nerkowej. Miedniczka rysuje się wtedy bardzo wyraźnie, a nawet dokładniej, niż przy (również cennem) napełnianiu kollargolem -K.

Propping. **W sprawie rozpoznania i leczenia durowego ropnia śledziony.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 25). Z nielicznych jeszcze wprawdzie publikacyi wiemy już jednak, że ropień śledziony jest cierpieniem, dającem się rozpoznać i operacyjnie wyleczyć. Dotąd operowano przypadki ropni, które wywołały już zmiany w otoczeniu śledziony, natomiast dotąd nie operowano jeszcze przypadku ropnia ściśle tylko w samej śledzionie przy zdrowem otoczeniu. Najznamienniejszą oznaką ropnia jest gorączka o torze zwalniającym lub przerywanym, nierzadko leukocytoza, co przy zwykle zmniejszonej liczbie ciałek przy durze uderza w oczy. Zjawiają się zwykle także bole w lewem podżebrzu i to na szczycie głębszego wdechu. Ropień zjawia się zwykle po durze w czasie zdrowienia, a nawet przy nawrocie duru (przypadek autora, wyleczony operacyjnie). Miejscowo spotyka się różne stany, zależnie, czy ropień jest u góry śledziony (podniesienie przepony, opłucna) lub od dołu (wyczuwalny guz). Pewność uzyskuje się przez próbne nakłucie. Ropa jest zwykle krwawo zabarwiona. K.

Stierlin. **Radyografia w dyagnostyce gruźlicy kątnicy i innych schorzeń jelita grubego.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 23). Przy poważnych schorzeniach jelita ślepego tam, gdzie w ścianie spotykamy nacieki lub owrzodzenia, obraz rentgenowski bywa czasem bardzo typowy, mianowicie brak zupełny cienia danej okolicy właśnie z powodu tego, że pokarmy przez tę schorzałą partyę szybko się przesuwają. Zdjęcia robi się w 5—6 godzin po jedzeniu, ewentualnie co kilka godzin dalej. W 8 przypadkach operacya potwierdziła rozpoznanie rentgenowskie. K.

Werner i Caan. **Elektro- i radyochirurgia na usługach leczenia nowotworów złośliwych.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 23). Bardzo często operować musimy nowotwory, o których doszczętnem usunięciu i mowy niema, gdzie nóż zawodzi, a nieraz wprost rozsiewa ogniska. Zamiast niego cenne usługi oddają w takich razach inne sposoby, jak n p. po usunięciu łyżeczką fulguryzacya, ew. rentgenizacya. W ostatnich zaś czasach stosują w Heidelbergu inny jeszcze sposób, mianowicie wycinanie elektryczne zapomocą t. zw. igły Foresta z następowem przegrzewaniem (o ile niema w sąsiedztwie dużych naczyń) aż do obumarcia tkanek. Promienie X. oddają nieraz przed zamierzonym zabiegiem dobre usługi, użyte celem zmniejszenia, ew. uruchomienia guza. K.

Fischler. **O niedomodze kątnicy (typhlatonia) i stanach pokrewnych.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 23). Wiele przypadków chorobowych, przypominających żywo przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego, uznano w ostatnich czasach za osobną grupę chorobową, odnosząc przypady ich do t. zw. ruchomego jelita ślepego, a Wilms w podobnych razach przyszywał kątnicę. Tym-

czasem dalsze doświadczenie wykazuje, że wprawdzie często spotyka się w takich przypadkach ruchomość jelita ślepego, ale nie jest to wcale główną przyczyną choroby, bo ruchomość ta wogóle istnieje często bez objawów, a dalej Hofmeister w kilku przypadkach podobnych jeszcze więcej uruchomił kątnicę, a mimo to osiągnął wyleczenie. Natomiast główną przyczyną choroby jest nieżyt kątnicy i wskutek tego niedowład zupełny tej części jelita. Objawy zwykle są następujące: 1) Bole napadowe, nieraz powstające przy obmacywaniu; 2) guz elastyczny tej okolicy, nieraz tkliwy; 3) nieregularność stolca, zaparcia naprzemian z rozwolnieniem. Niektórzy przypisywali te objawy nawykowemu skręcaniu się kątnicy. Wobec powyższych danych odmawia T. w tych przypadkach uzasadnienia operacyom, a za jedynie właściwe uważa leczenie dyetetyczne, miesienie, dbanie o regularny stolec i pouczanie chorych, jak się mają zachowywać. K.

Dermatologia i syfilidologia.

H. Hansteen. **O leczeniu przypadłości wiewiórowych.** (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 106). Autor leczył wstrzykiwaniami podskórnemi 2—6-dniowych zabitych hodowli dwoinek Neissera około 30 przypadków zmian, wywołanych przez te dwoinki. Wstrzykiwania powtarzał 2—6-krotnie, licząc jako dawkę od 1—400 milionów bakteryi. Odczyn różnego nasilenia zależał nietylko od wysokości dawki i od hodowli, ale również od osobistej wrażliwości chorego, a polegał na wystąpieniu podniesienia ciepłoty do 39° C. i bolów głowy. — Z 4 chorych, cierpiących na wiewióra świeżego, jeden został wyleczony w dni 4, drugi w dni 5, trzeci w 11, czwarty niewyleczony. Z siedmiu chorych, cierpiących na wiewióra od dni kilkunastu, jeden został wyleczony w dni 10, drugi w dni 21, reszta niewyleczona. Z pięciu chorych od kilku miesięcy żaden nie został wyleczony. Z trzech przypadków zapalenia najądrza 1 został wyleczony po miesiącu, drugi po 2 miesiącach, trzeci niewyleczony. Przypadki zapalenia stawów, nawet bardzo ciężkie, zostały wszystkie wyleczone po kilku wstrzykiwaniach, powtarzanych w odstępach kilkutygodniowych.

H. W. Weber.

Meyer. **Płukanie pęcherza, wykonywane przez chorego.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 22). M. podaje przyrząd, dozwalający choremu na pewno jałowo przepłukiwać sobie pęcherz. Przyrząd ten wyjaławia się sam gorącą parą i nie dozwala na zabrudzenie wśród użytku. Składa się on z puszki niklowej, węży i cewnika. Puszkę ogrzewa się nad płomieniem odwróconą do góry dnem, a para wychodząca z puszki odkaża węże i cewnik. Potem odwraca się puszkę, poczem służy ona jako zbiornik płynu. K.

Jesionek. **Mleko salwarsanowe.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 22). Taege i Duhot polecili leczyć noworodki dotknięte kiłą w ten sposób, że leczy się salwarsanem matkę i przez to przechodzi do pokarmu salwarsan, względnie, jak twierdzi Ehrlich, utworzone w ciele matki antytoksyny. Autor przekonał się, że tak postępować nie można, bo prócz antytoksyn przechodzą wśród leczenia do pokarmu i trucizny drobnoustrojów, które wywołać mogą w ustroju dziecka poważne zaburzenia, a nawet śmierć. W mleku udawało się wykazać, wbrew twierdzeniu innych, arsen, i to w różnej ilości, nawet dość długo, bo w 5 dni i dłużej po wstrzyknięciu. Natomiast cenne usługi lecznicze oddaje karmienie dzieci mlekiem zwierząt, leczonych śródżylnemi wstrzykiwaniami salwarsanu, czyli t. zw. mlekiem salwarsanowem. Jeżeli chcemy leczyć salwarsanem matkę dotkniętą kiłą, powinno się zdaniem autora na kilka dni po wstrzyknięciu odstawić dziecko od piersi, by je nie zatruwać endotoksynami, przechodzącemi z ustroju matki. K.

Polland. **O guzach mięsakowatych skóry.** (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 104). W skórze pewnego starszego już mężczyzny spostrzegał P. szereg guzów, które były zupełnie podobne do mięsaków, a które przy podawaniu arsenu zupełnie ustąpiły. P. zalicza przypadek ten do sarkoidów, nowotworów łagodnych, i radzi podobnym zmianom chorobowym nadawać nazwę »sarcomatosis cutis Spiegler«. Obraz histologiczny danego przyyadku tem róźnił się od obrazu typowego mięsaka, iż tkanka, w której sarkoid się rozwijał, nie była zniszczona, tak że siatka włókien elastycznych była utrzymana, w oczkach zaś jej rozwijały się komórki nowotworowe. H. W. Weber.

A. Szyperska. **Zakażenie tryprowe u prostytutek.** (Russkij Wracz 1911, Nr 21). S. badała 593 prostytutki chore na trypra; postać przewlekłą znaleziono w 90%, ostrą w 10% przypadków. Wydzieliny do badania brała S. z cewki moczowej, z kanału szyjki macicznej, z gruczołów przedsionkowych wielkich i z dołów łódkowatych cewki moczowej (sinus de Guérin). Do barwienia używała błękitu metylenowego z eozyną, karbolfuksyny z tioniną lub też sposobu Grama z następczem barwieniem zapomocą czerwieni obojętnej (Neutralroth); w przypadkach wątpliwych robiono hodowle w płynie z puchliny brzusznej z agarem. Co się tyczy siedziby sprawy chorobowej, to najczęściej spostrzegano zapalenie cewki moczowej (95%), następnie szyjki macicznej (93%), gruczołów przedsionkowych (60%), dołów Guérina (60%), pochwy (30%); przydatków macicy z jednej strony (90%), z obu stron (60%), zapalenie przymaciczne i okołomaciczne (85%). U chorych, zapisujących się do szpitala, znaleziono dwoinki tryprowe w 95%, u opuszczających szpital w 15%. Wiek chorych: 13—16 lat 5%, 16—30 l. 65%, 30—40 l. 26%, 40—45 l. 2%. Ciążę znaleziono w 3% przypadków. Niektóre chore donosiły do końca (40%), inne zaś poroniły (60%). S. dochodzi do następujących wniosków: Dwoinki tryprowe przechowują się najdłużej w szyjce macicznej. Silne i dobrze odżywiane prostytutki prędzej i łatwiej pozbywają się choroby, niż osłabione i niedokrwiste. Niepomyślny przebieg choroby spostrzegano najczęściej u bardzo młodych (do 16 lat) i starych osób.

M. Pietkiewicz.

Jan Almkvist. **Kliniczne spostrzeżenia nad próbą Wassermanna u kiłowych.** (Derm. Zeit. T. 18, Zesz. 6). Na końcu swej pracy streszcza A. swe wnioski mniej więcej w następujący sposób: Próba W. wypada dodatnio prawie u wszystkich ludzi cierpiących na kiłę i występuje w 1—7 tygodni od pierwszych objawów, klinicznie spostrzegalnych, a mniej więcej na 3 tygodnie przed zmianami drugorzędnemi. Próba W. może się zmieniać, t. zn. może być dodatnią, potem ujemną i znów dodatnią, kiedy jednak odczyn zmieniony w ujemny pozostanie takim stale, tego przewidzieć nie można; u jednych odczyn ujemny pojawia się bardzo wcześnie, u drugich bardzo późno, a nawet czasem wcale na ujemny się nie zmienia, mimo, iż chorzy ci leczą się, i to energicznie. Leczenie, zwłaszcza

rtęcią, mniej jodem, wywiera silny wpływ na zmianę odczynu. U $^1/_4$ części prostytutek mimo ujemnych wywiadów co do kiły i mimo braku zmian próba W. dawała odczyn dodatni, a były między niemi i takie, które były badane przez kilka, nawet kilkanaście lat, przez lekarzy policyjnych i szpitalnych. U pewnej jednak, chociaż małej liczby kobiet, mimo, iż od szeregu lat zajmowały się prostytucyą, seroreakcya wypadała ujemnie. H. L. Weber.

Bogrow. **O zębach rzekomo Hutchinsonowskich.** (Dentes pseudo-Hutchinsoni). (Archiv f. Derm. und Syph. T. 104, 1911). B. zwraca uwagę, że czasami mogą naśladować zęby Hutchinsonowskie, zęby, których brzeg jest sztucznie oszlifowany przez różne przedmioty, trzymane w ustach, więc fajkę, narzędzia muzyczne i t. d. Podobne zmiany spostrzegał B. u pewnej szwaczki, która przy swej pracy, trzymając ciągle szpilki między zębami, wywołała na nich charakterystyczne wyżłobienia, przypominające łudząco zęby Hutchinsona. H. L. Weber.

Schonnefeld. **Xeroderma pigmentosum.** (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 104). Sch. w swym przyczynku podkreśla ogromne znaczenie bardzo dokładnych wywiadów w kierunku pokrewieństwa rodziców chorego osobnika względem siebie, znaczna bowiem większość wykazuje bardzo blizkie pokrewieństwo. Na rokowanie co do życia zapatruje się Sch. mniej pesymistycznie od innych autorów i wykazuje przypadkami z piśmiennictwa, iż przecież na 170 chorych 23 zostało wyleczonych. H. L. Weber.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Właściciel Szczawnicy, Adam hr. Stądnicki, ofiarował na sanatoryum dla nauczycieli 4 morgi gruntu pod budowę i 15 morgów lasu na użytkowanie; budową ofiarował się bezinteresownie pokierować arch. Makowicz ze Lwowa.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 30. VII. do 5. VIII. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (w tem obcych 2 † —), krztuśca 4 † 1, ospy wietrznej —, płonicy 7 † — (1 † —), odry 3 † — (— † —), duru brzusznego 3 † — (1 † —). Dr Janiszewski.

Warszawa. Dla uwolnienia szpitali warszawskich od nadmiaru chorych nieuleczalnych ma być przytułek dla tychże chorych w Górze Kalwaryi powiększony o dwa nowe pawilony i nowy dom administracyjny kosztem 250.000 rb. W nowych pawilonach pomieszczonych będzie 250 łóżek.

— W pracowni Dr Serkowskiego w Warszawie odbędą się w październiku kursa naukowe. Jeden kurs, złożony z 12 wykładów i zajęć praktycznych, obejmuje badania krwi, moczu, kału, plwociny, wody i mleka sposobami najdostępniejszymi; drugi kurs z tego samego zakresu obejmuje badania szczegółowe, a składać się będzie również z 12 wykładów i zajęć. Podobnież dwa kursa (po 10 wykładów i zajęć każdy), przeznaczone są na bakteryologię lekarską: jeden ogólny, drugi dla uczestników już przygotowanych. Wpisywać się można w pracowni (Śto-Krzyzka 16); zajęcia praktyczne rozpocznie Dr Serkowski wspólnie z inż. Kraszewskim i Dr Wretowskim — 9 października.

Powołani: higienista Prof. Reichenbach z Bonn do Göttingen, chirurg Prof. Sauerbruch z Zürichu do Królewca.

Mianowani: dyrektorem kliniki chorób wewn. w Bazylei (po Gerhardtcie) Prof. Stähelin z Berlina.

Zmarli: Dr Emil Przychodzki, starszy ordynator szpitala w Tworkach pod Warszawą;
chirurg, em. prof. Schinzinger we Fryburgu w Br.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok L. Kraków, dnia 19. sierpnia 1911. Nr 33

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O błyskawicznem trawieniu białka

podał

E. Pożerski (Paryż).

(Wykład na XI. Zjeździe lekarzy i przyr. polskich w Krakowie).

Przy badaniu działania jakiegoś fermentu proteolitycznego na białko postępuje się zwykle w sposób następujący: Materyał, mający uledz strawieniu, miesza się z rozczynem badanego fermentu i zostawia się kilka godzin w ciepłocie 37⁰, poczem przez zagotowanie niszczy się własność trawienną, oraz oznacza się ilość białka niestrawionego zapomocą jednego ze zwykłych sposobów, naprzykład przez strącanie kwasem trójchlorooctowym.

Otóż stosując tę metodę do badania własności trawiących papainy na surowe białko kurze, lub surowicę krwi, natrafiłem na wyniki na pozór zupełnie paradoksalne. Mianowicie — ilość białka strawionego po 2 godzinach jest mniejszą, niż po półgodzinnem trawieniu.

Protokół jednego doświadczenia objaśni ten fakt.

Weźmy naprzykład 4 naczynia, zawierające każde 15 cm. sześciennych białka kurzego i 5 cm. sześc. rozczynu papainy Mercka 10%. Wstawmy te naczynia do termostatu przy 39⁰. Po pięciu minutach jedno z tych naczyń wyjmijmy z termostatu i zagotujmy raptownie płyn w niem znajdujący się. Dodajmy rozczyn 10% kwasu trójchlorooctowego i zagotujmy raz jeszcze. Białko niestrawione ścina się. Można je więc zważyć na sączku papierowym, po zupełnem wyschnięciu. To samo zróbmy z płynem trzech innych naczyń, po 15 minutach, po godzinie i 2 godzinach pobytu w termostacie. Waga białka strawionego w tych czterech naczyniach wydaje się paradoksalną. Suche białko zwykle waży 338 mlg. Po 5 minutach styczności z papainą strawionego białka jest 112 mlg., po 15 minutach tylko 88 mlg., po godzinie 55 mlg. a po dwóch godzinach tylko 49 mlg.

Fakta te są niezrozumiałe. Jak pojąć, że w czwartem naczyniu, w którem, jak w pierwszem, po 5 minutach trawienia było 112 mlg. białka strawionego, jest tylko 49 mlg. strawionych po dwóch godzinach. Czy albumozy lub peptony przez ten czas zamieniły się znowu na białko skrzepliwe? Tłómaczenie takie jest niemożebnem.

Dziwny ten wynik mogłem sobie wytłómaczyć tylko na zasadzie następujących faktów.

1) Papaina w rozczynie 10% wykazuje wielką oporność na ciepłotę 80⁰, a nawet 90⁰.

2) Przy ciepłotach tak wysokich (dla działania fermentów) papaina może trawić białko jaja lub surowicze, raptownie, mianowicie w chwili, gdy ulegają one ścięciu w powyższych ciepłotach.

3) W ciepłotach niższych, mianowicie koło 40⁰, rozczyny białka wywierają działanie **niszczące** na rozczyny papainy.

Tylko na podstawie powyższych danych możemy wytłómaczyć wyżej wspomnianą pozorną anomalię w działaniu papainy. Mianowicie: Jeżeli papaina w ciągu pół godziny pozostaje w zetknięciu z rozczynem białka kurzego lub surowicy, przy ciepłocie 37⁰—40⁰, wówczas z jednej strony ulega osłabieniu jej własność trawienna, z drugiej zaś strony białko nie ulega w owym czasie strawieniu, gdyż fermenty proteolityczne nie trawią białka nieściętego.

Dopiero w końcu doświadczenia, gdy zagotowujemy rozczyn białka, zawierający papainę, trawi ona raptownie część białka.

Ale jeżeli papaina w rozczynie białka stała nie półgodziny, ale 2 godziny, osłabienie jej własności trawiennych jest daleko silniejsze, i przy zagotowaniu końcowem zjawisko raptownego trawienia występuje w stopniu daleko słabszym, tak iż otrzymujemy wrażenie, że w czasie 2 godzin ferment strawił mniejszą ilość białka, niż przez czas tylko półgodzinny.

W istocie zaś w ciepłocie 40⁰ trawienie białka surowego nie zachodzi wcale. Dopiero w końcu doświadczenia, gdy podnosimy ciepłotę, białko ścina się i wtedy ulega trawieniu.

Trawienie to odbywa się w ciągu jednej chwili **błyskawicznie**.

Protokół doświadczenia pokaże te błyskawiczne trawienia.

Weźmy naczynie z szerokiem dnem, zawierające 15 cm. sześc. białka kurzego i 10 cm. sześc. rozczynu papainy 10%; wstawmy naczynie do wrzącej wody. Rozczyn białka z papainą dochodzi do 80⁰ w 20 sekundach. Wtedy dodajmy 15 cm. sześc. CCl^3 COOH 10% i zagotujmy. Widzimy, że w te 20 sekund, trzy czwarte białka były strawione **raptownie**. Przy 40⁰ papaina musi trawić białko ścięte przez 10 **godzin**, by dojść do takiego wyniku. Jednem słowem papaina przy 80⁰ trawi przez 20 sekund białko ścinające się tak energicznie, jak przez 10 godzin przy 40⁰.

W ten sam błyskawiczny sposób można strawić zapomocą papainy w wysokiej ciepłocie kawałki cienko posiekane mięśnia lub jakiegokolwiek narządu.

Gdzie szukać warunków owego błyskawicznego trawienia?

1) W odporności papainy na działanie niszczące wysokich ciepłot (poniżej 100°).

2) W dokładnem zmieszaniu (zetknięciu) fermentu z białkiem w chwili, gdy białko ścina się.

Odporność rozczynów papainy na działanie niszczące wysokich ciepłot zawdzięcza papaina małej zawartości białka własnego zdolnego do ścinania się.

Zauważywszy ten fakt co do papainy, zadałem sobie pytanie, czy inne fermenty proteolityczne, po uwolnieniu od swego własnego białka, nie nabywają własności raptownego trawienia obcych białek.

Poprzednio już wspólnie z Nicollem uczyniliśmy przypuszczenie ogólne, że wszelki ferment, wszelka toksyna, wtedy dopiero zaczynają wykazywać swe działania, gdy same ulegają przedwstępnemu strawieniu (autodigestion préalable). Fermenty i toksyny pierwotne mogą być uważane za białka, których tylko pewna część (jądro) posiada własności trawiące lub trujące. Te właśnie jądra są istotnymi fermentami lub toksynami, które mogą rozwinąć swe działania dopiero wtedy, gdy fermenty lub trucizny pierwotne ulegną dekoagulacyi, to jest gdy ich własne białko zostanie strawione.

Owa hypoteza, co do fermentów, stwierdzona została badaniami nad sokiem trzustkowym.

Sok trzustkowy psa, otrzymany świeżo z przetoki, nie trawi białka obcego. Wówczas sam on zawiera dużo białka zdolnego do ścinania się. Jeżeli ten sok trzustkowy zmieszamy »in vitro« z sokiem jelitowym i zostawimy w cieplarce przy 39°, wtedy nabiera on własności trawienia białek obcych. Ale równocześnie zauważamy znikanie własnego białka, zawartego w owym soku. Sok trzustkowy może więc być uważanym za ferment proteolityczny pierwotny.

Ferment prawdziwy, istotny pojawia się dopiero wtedy, gdy własne białko zniknie. Im mniej owego białka własnego zawiera sok trzustkowy, tem lepiej (energiczniej) trawi białka obce i tem lepiej znosi wysoką ciepłotę.

Gdy nie zawiera już prawie własnego białka, wtedy w ciągu 5 minut, przy ciepłocie 60°, może strawić dość wielką ilość ściętej surowicy końskiej.

Z taką szybkością, jak papaina, sok trzustkowy nigdy trawić nie może, ale przy daleko posuniętem strawieniu własnego białka zdoła trawić bardzo szybko obce białka w wysokich ciepłotach.

Jednem słowem, gdy fermenty proteolityczne pierwotne zostaną pozbawione swego własnego białka, wtedy przeobrażają się w fermenty prawdziwe. Nabierają one wówczas odporności na działanie niszczące wysokich ciepłot i mogą trawić raptownie obce białka przy ciepłotach, które są zabójcze dla fermentów nie strawionych.

Z Zakładu farmakologii doświadczalnej Prof. Dr L. Popielskiego we Lwowie.

W sprawie fizyologicznego działania wyciągu z przysadki mózgowej

(hypophysis cerebri).

Podał

Dr Jan Studziński (Kijów).

(Ciąg dalszy).

Doświadczenie Nr 11. 7. III. 1910. Suka 6 kg. wagi. Przecięcie tchawicy. Przecięcie rdzenia kręgowego pod przedłużonym. Sztuczny oddech. Wyciąg wprowadzono do żyły udowej lewej, krew brano z tętnicy udowej lewej, ciśnienie krwi określano w tętnicy szyjnej lewej (tabl. XI.).

W doświadczeniu tem po wprowadzeniu wyciągu z tylnej części przysadek mózgowych otrzymaliśmy z początku nieznaczne obniżenie ciśnienia krwi, a potem ogromne (prawie $2^1/_2$ razy większe, niż prawidłowo) podniesienie się ciśnienia z charakterystycznem tętnem czynnem. Powtórne wprowadzenie tegoż wyciągu wywołało znaczne obniżenie ciśnienia krwi, zwłaszcza najniższego, które obniżyło się z 80 mm. rtęci do 30 mm., tętno zaś czynne zachowało się, chociaż o charakterze mniej wyraźnym. Wprowadzenie wyciągu z przedniej części przysadek mózgowych wywołało, jak zwykle, obniżenie ciśnienia krwi, a także zniknięcie tętna czynnego. Co do krzepliwości zaś krwi, to po wprowadzeniu wyciągu z tylnej części przysadek mózgowych pozostała ona w granicach prawidłowych: do wprowadzenia wyciągu krew skrzepła po 16′ 30″, po wprowadzeniu — po 14, 15′, 19′, 13′, 19′; po wprowadzeniu zaś wyciągu z przedniej części krew, wzięta po 40″, skrzepła po 5′ 20″, wzięta natomiast po 30′ skrzepła po 30′.

Ponieważ w piśmiennictwie spotykamy zdanie, że wyciąg z tylnej części przysadek mózgowych wywołuje wzmożenie krzepliwości krwi, myśmy zaś po wprowadzeniu tego wyciągu spostrzegali krzepliwość krwi w granicach prawidłowych, przeto postanowiłem jeszcze powtórzyć te doświadczenia.

Doświadczenie Nr 12. 9. III. 1910. Suka 6 kg. wagi. Wyciąg wprowadzono do żyły udowej prawej, krew brano z tętnicy udowej prawej, ciśnienie krwi określano w tętnicy udowej lewej (tabl. XII.).

O 7 g. ciałka krwi zupełnie osiadły na dno, przyczem w probówkach Nr 2, 3 i 4 są one koloru ciemno-czerwonego, a w probówkach Nr 5 i 6 — jasno-czerwonego, osocze nad nimi koloru blado-żółtego, płynne.

12. III. W dolnej warstwie ciałek krwi daje się zauważyć pewna skłonność do krzepnięcia, osocze płynne bez oznak gnicia.

13. III. We wszystkich probówkach ciałka krwi, stanowiące dolną warstwę, przedstawiają luźny skrzep, osocze nad niemi płynne, nie zagniłe, koloru blado-żółtego.

W tem doświadczeniu po wprowadzeniu wyciągu z tylnej części przysadek mózgowych nie spostrzegaliśmy, jak zwykle, podniesienia ciśnienia krwi, lecz odwrotnie — obniżenie ciśnienia krwi z bardzo wyraźnem pomimo to tętnem czynnem. Nadto spostrzegaliśmy w danym przypadku tak po wprowadzeniu wyciągu z tylnej części przysadek mózgo-

TABLICA XI.

Czas	Tętno w 5''	Ciśnienie krwi w milimetrach rtęci			Uwagi
		Najwyższe	Najniższe	Średnie	
O 6 g. 30'					Wzięto krew do probówki Nr 1.
„ 35'	8	62	38	50	Wprowadzono 10 cm. sz. wyciągu z tylnych części przysadek mózgowych (odpowiada 6·0 świeżych narządów).
„ „ 10''		60	36	48	
„ „ 14''					Ciśnienie krwi zaczyna się podnosić.
„ „ 30''	7	92	70	81	
„ 36'	7	116	80	98	Wzięto krew do probówki Nr 2.
„ 37'	7	138	110	124	
„ 38'	7	146	116	131	Wzięto krew do probówki Nr 3.
„ 39'	7	158	126	142	Fale tętna przybierają cechy tętna czynnego.
„ 40'	6	156	108	132	Wzięto krew do probówki Nr 4.
„ 42'	6	156	106	131	
„ 43'	6	146	96	121	
„ 46'	6	128	80	104	Wprowadzono 10 cm. sz. tego, co i poprzednio.
„ „ 30''	6	70	30	50	Krew w probówce Nr 1 skrzepła (po 16' 30'').
„ 47'	6	60	34	47	Wzięto krew do probówki Nr 5. Tętno czynne mniej wyraźne.
„ 49'	6	78	42	60	Wzięto krew do probówki Nr 6.
„ 50'	6	94	56	75	Krew w probówce Nr 2 skrzepła (po 14').
„ 53'					Krew w probówce Nr 3 skrzepła (po 15').
„ 58'	7	90	60	75	Wprowadzono 15 cm. sz. wyciągu z przedniej części przysadek mózgowych (odpowiada 15·0 świeżych narządów). Ciśnienie krwi podnosi się.
„ „ 7''		114	74	94	Ciśnienie krwi spada.
„ „ 17''	7	40	30	35	
„ „ 20''					Ciśnienie krwi nieco się podnosi.
„ „ 30''	6	74	42	58	Ciśnienie krwi zaczyna się obniżać.
„ 59'	6	52	30	41	
„ „ 40''	6	42	24	33	Wzięto krew do probówki Nr 7.
O 7 g. 50'					Krew skrzepła w probówkach Nr 4 (po 19') i Nr 5 (po 13').
„ 1'	7	42	20	31	
„ 2'	6	44	26	35	
„ 3'	7	54	30	42	
„ 5'	7	58	32	45	Krew w probówce Nr 7 skrzepła (po 5' 20'').
„ 8'	7	64	36	50	Krew w probówce Nr 6 skrzepła (po 19').
„ 28'					Wzięto krew do probówki Nr 8.
„ 58'					Krew w probówce Nr 8 skrzepła (po 30').

TABLICA XII.

Czas	Tętno w 5''	Ciśnienie krwi w milimetrach rtęci			Uwagi
		Najwyższe	Najniższe	Średnie	
O 5 g. 19'					Wzięto krew do probówki Nr 1.
„ 20'	8	168	92	130	Wprowadzono 10 cm sz. z tylnej części przysadek mózgowych (odpowiada 6·0 świeżych narządów).
„ „ 9''					Ciśnienie krwi obniża się i tętno staje się częstszem.
„ „ 21''	14				Tętno nieco wolniejsze, lecz potem znów przyspieszone.
„ „ 48''		104	78	91	Tętno staje się wolniejszem i występuje charakterystyczne tętno czynne.
„ 21' 8''	7	98	60	79	Ciśnienie krwi szybko się podnosi.
„ „ 11''		126	88	107	Ciśnienie krwi obniża się.
„ „ 30''	6	104	64	84	Ciśnienie krwi podnosi się. Tętno staje się trochę częstszem. Wzięto krew do probówki Nr 2.
„ „ 33''		126	100	116	Ciśnienie krwi obniża się.
„ 22' 20''	8	82	64	73	Ciśnienie krwi podnosi się.
„ „ 23''		104	88	96	Ciśnienie krwi obniża się.
„ 23'	7	82	62	72	Wzięto krew do probówki Nr 3.
„ 24' 30''	7	80	60	70	Wzięto krew do probówki Nr 4.
„ 26'	10	92	78	85	
„ 27' 30''					Krew w probówce Nr 1 skrzepła (po 8' 30'').
„ 29'	8	122	100	111	Tętno przybiera cechy tętna naprzemiennego: po każdej większej fali występuje fala mniejsza o charakterze dwubitnym.
„ 32'	3	158	104	131	Naprzemienny charakter tętna czynnego wybitnie zaznaczony. Wprowadzono 15 cm sz. wyciągu z przedniej części przysadek mózgowych (odpowiada 18·0 narządów świeżych).
„ „ 11''					Ciśnienie krwi obniża się, tętno staje się przyspieszonem, charakter tętna czynnego zatraca się.
„ 33'	14	50	42	46	
„ „ 30''					Wzięto krew do probówki Nr 5.
„ 34'	15	60	42	51	
„ 35'	13	58	40	49	Wzięto krew do probówki Nr 6.
„ 36'	14	56	38	47	
„ 45'					W probówkach Nr 2, 3, 4, 5 i 6 ciałka krwi zaczynają osiadać na dno. Krew we wszystkich probówkach płynna.

wych, jakoteż po wprowadzeniu wyciągu z przedniej części niekrzepliwość wziętej do probówek krwi przez $2^1/_2$ doby, a jeno po $3^1/_2$ dobach powstał skrzep ciałek krwi i to dość luźny, wówczas osocze pozostawało nadal płynne bez żadnych oznak gnicia. Godnem jest uwagi, że po wprowadzeniu wyciągu z tylnej części przysadek mózgowych ciałka krwi były koloru ciemno-czerwonego, a po wprowadzeniu wyciągu z przedniej części — jasno-czerwonego.

Wobec, tego, że ani eterowy, ani wyskokowo-eterowy wyciąg z tylnej części przysadek mózgowych nie zdołał wywołać tętna czynnego, postanowiłem spróbować tylko wyskokowego wyciągu, mając jednocześnie na względzie wazohypertensynę Popielskiego, rozpuszczalną, zdaniem Popielskiego, w wyskoku. W tym celu wyciąg n/10-kwasem solnym zagęściłem, obrobiłem 10-krotną ilością 96% wyskoku, przesączyłem, przesącz wyparowałem do sucha, pozostałość rozpuściłem w wodzie i jeszcze raz przesączywszy, użyłem do doświadczenia. Oprócz tego w temże doświadczeniu starałem się zbadać stosunek ciał zawartych w przysadce mózgowej, do kwasu fosforo-wolframowego. (C. d. n.).

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Przy wiewiórze zaleca Mettler wstrzykiwania rozczynów syrgolu (2—3 na tysiąc). (Kor. f. Schw. Ärzte Nr 17). A.

Siarczan atropiny (atropinum sulphuricum) stosuje Schindler (Med. Klin. 1910, 4) w leczeniu wiewióra w celu zapobieżenia powikłaniom, opierając się na tem, że atropina znosi działanie ośrodka obwodowego (plex. hypogastricus), powodującego ruchy automatyczne nasieniowodów, które to ruchy ułatwiają przenoszenie się dwoinek w części głębsze. S. podaje atropinę albo wewnętrznie 2 × dnia à 0·01 lub miejscowo dodaje 1 cm³ 0·1% rozczynu atropiny do płynu wkraplanego do cewki. W ostatnich czasach stosuje atropinę Schick (Wien. klin. Wochs. 1910, 34) w leczeniu wrzodu żołądka, przypisując jej własność zmniejszania wydzielania kw. solnego; podaje się w postaci wstrzykiwań podskórnych à 0·001. N.

Chininę w pęcherzycy stosują z bardzo dobrym skutkiem Berggrath i Leibkind (Müuch. med. Wochs. 1910, 18, 19), podając wewnętrznie 3—4 razy dziennie po 0·5 gr (chinin. hydrochloric.); autorowie ci spodziewają się wyleczyć zupełnie pęcherzycę przez leczenie stałe chininą. Również dobre wyniki opisują Jackson (Monatshefte f. prakt. Derm. 1910, Bd. 50) w zapaleniu skóry (dermatitis exfoliativa), oraz Pernet (ibidem) w łupieżu czerwonym. N.

Kakodylan sodu w dużych dawkach (do 0,1 na kg wagi ciała) poleca Caffrey do leczenia przymiotu. (Semaine med. 1911, Nr 20). A.

Europhen zaleca Pick (Ther. Monatsh. 1910, 4) w praktyce okulistycznej; stosował go z bardzo dobrym wynikiem w wielu przypadkach głębokich ran gałki ocznej, powikłanych zakażeniem (hypopyon, iritis purulenta), oraz we wrzodach rogówki. N.

Chloroform śródżylnie stosuje Giani (Policlinico 1909, 51., Münch. med. Wochs. 1910); używa mieszaniny 0·6 chloroformu w 100 cm³ rozczynu soli fizyologicznego; z tego w pierwszej minucie wstrzykuje 50 cm³, ogółem zaś 1100 do 1500 cm³; po 3 minutach występuje zwykle utrata świadomości i zwiotczenie mięśni; ogółem zużywa się około 6·6—9 gr. chloroformu. Wymiotów po operacyi w takiem uśpieniu niema; G. znajdował ślad białka w moczu bez wałeczków. Materyał kliniczny Gianiego jest jednak za mały, by wyciągać wnioski o użyteczności stosowania chloroformu do śródżylnego usypiania. N.

Chinina, jako środek znieczulający miejscowo, zastosowany w postaci wstrzyknięć podskórnych 1—2% rozczynu »chinini dihydrochlorici carbamidati«, okazuje się nieraz lepszą, niż kokaina — zwłaszcza w operacyach na odbycie (Hirschmann, Lancet-Clinic 1910, Green i Campbell, Journ. of. amer. med. Assoc. 1910). Według Chavannea (Klin. ther. Wochs. 1910, 50) bardzo dobrym okazuje się następujący rozczyn: »Acid. carbolic. 2·0, mentholi 2·0, chinin. hydochloric. 1·5, adrenalin 0·005«. Błona śluzowa gardła n. p. potarta tym rozczynem, blednie szybko i zostaje znieczuloną na czas długi, co pozwala wykonywać bez bolu takie zabiegi, jak n. p. głębokie przyżegania i t. p. N.

Chlor- meta-kresol w rozczynie 0·5% w 70% alkoholu zaleca Laubenheimer (D. med. Wochs. 1910, 4) jako bardzo dobry środek, szybko i pewnie odkażający ręce, przytem nie drażniący skóry i bezwonny. N.

Do odkażania skóry przed operacyą polecają Köng i Hoffmann w miejsce drogiej i drażniącej nalewki jodowej jako środek pewny 5% spirytus thymolowy. »Rp. Thymol. 5,0, alcohol. 95,0«. Tym płynem wyciera się skórę dwa razy, raz 5—10 minut na pewien czas przed operacyą, a potem 2—3 minut tuż przed zabiegiem. (Zblt. für Chir. 1911, Nr 24). A.

Nowości techniczne. 1) Przyrząd do wlewań przy jednakowej zawsze oznaczonej szybkości mechanika Lautscba opisał Straub. 2) Stół operacyjny i do badań, zmieniający łatwo nastawienie, (chory może na nim leżeć także niemal pionowo) podał Schlagintweit. 3) Ssawkę tnącą (Sauginzisor), t. j. narzędzie dozwalające po odciągnięciu powietrza na nacięcie w bańce, podali Kaufmann i inżynier Bing. 4) Maszyna do szycia żołądka i kiszek podług Hültla, działa w ten sposób, że zeszywa daną część ciała zapomocą klamerek za siebie się zahaczających. (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 28). K.

Kamforę stosują w ostatnich czasach Höhne (Münch. med. Wochs. 1909, 49) i Hirschel (ibidem 1910 15) w postaci wstrzykiwań do jamy otrzewnej przed większemi operacyami ginekologicznemi w celu zapobieżenia pooperacyjnemu zapaleniu otrzewnej; wstrzykują 30 cm³ 10% olejku kamforowego. Hirschel stosuje ją też w zapaleniach otrzewnej daleko posuniętych w przypadkach straconych: po otwarciu jamy brzusznej i wypuszczeniu ropy, wlewa 100 do 300 cm³ 1% ol. kamforowego, czyści nim całą jamę brzuszną, drenuje następnie i leczy w dalszym ciągu, jak zwykle. N.

Karbenzym, przetwór węgla roślinnego, nasycony trypsyną, znajduje rozległe zastosowanie lecznicze, czyto podany wewnętrznie dla usunięcia fermentacyi w przewodzie pokarmowym, lub n. p. w celu leczenia chorób przewodu pokarmowego (hyperaciditas, tbc. intestinorum i t. p. Rolky, Therap. Monatsh. 1910, 10), czy w postaci zawiesiny, wstrzykiwanej do przetok pooperacyjnych lub do nowotworów złośliwych, nie nadająeych się do operacyi; dobre wyniki ma dawać karbenzym w leczeniu gruźlicy chirurgicznej. Działanie jego polega na tem, iż w zetknięciu z białkiem, trypsyna ma uwalniać się z połączenia swego z węglem i wywierać swe działanie fermentu. N.

Do leczenia nerwobolów zapomocą wstrzykiwania w nerwy alkoholu poleca Passep następujący rozczyn (1—3 cm³) »Rp. Stovain. 1,0, alcohol. (85%) 100,0, tr. jodi. gtts X«. (Arch. f. Psych. u. Nerv. 48. II.). A.

Przy gruźlicy stawów zaleca Hauser wcierania 10% maści jothionowej. (Med. Klin. Nr 26). A.

Skrzywienia boczne kręgosłupa radzi leczyć i poprawiać Fränkel w odpowiednio sporządzonych łóżkach gipsowych. Sposób ten jest o wiele lepszym, pewniejszym i racyonalniejszym od leczenia innego, jak n. p. gorsetem. (Münch. med. Wochs. Nr 27). A.

Przy ostrym napadzie dny radzi Falkenstein znieczulać miejscowo bolesny staw zapomocą podskórnych wstrzykiwań środków znieczulających, zwłaszcza euseminy. (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 26). A.

Przy ciężkiej i nawracającej dnie wykonuje Franke z dobrym skutkiem wycięcie chorobowo zmienionej chrząstki stawowej. (Med. Klin. 1911, Nr 29). A.

Kokainę (cocainum hydrochloricum) wstrzykują nadoponowo w celu leczenia rwy kulszowej Caussade-Chauffard i Socques (Journ. d. med. d. Paris 1910; Klin. ther. Wochs. 1910, 5) w dawkach 0·01—0·02; uważając lek ten w ten sposób zastosowany za wyborny środek leczniczy, usuwający bole nieraz po jednorazowem zastosowaniu. W przypadkach przewlekłych należy powtarzać wstrzykiwania (2—3 razy), względnie zwiększyć dawkę w razie silnych bolów do 0·06—0·08. N

Na eukalyptol zwraca uwagę Berliner (Berl. klin. Wochs. 1910, 2) zachęcając do stosowania go w gruźlicy i uważając ten przetwór za środek wprost leczniczy, który nie wywołuje żadnego ubocznego działania. Stosuje go w mieszaninie z mentolem (Rp. Menthol. 10·0 eucalyptol 20·0, ol. dericini 106·0) w postaci wstrzykiwań śródmiąższowych 3—4 razy tygodniowo po 2 cm³. N.

Przy świeżej gruźlicy płuc zaleca Vohryzek wstrzykiwania śródmięśniowe: mentolu (10,0), olejku eukaliptuso

wego (20) i derycynowego (30). (Wien. kl. th Wochs. Nr 14). A.

Ortotyczne zmiany w ciepłocie, tętnie i białkomocz spostrzegał Engländer u pewnego chorego. Ciepłota, prawidłowa u chorego leżącego, podnosiła się przy chodzeniu zaraz do 38,0, podobnie tętno z 60—80 na 120 i zaraz zjawiało się też białko w moczu. (Tow. med. wewnętrz. Wiedeń, 8. VI. 1911). A.

Przy oddechu Cheyne-Stokesa spostrzegał Goldflam nieraz zmiany w źrenicach, mianowicie w okresie bezdechu zwężanie się, a rozszerzanie się z chwilą powrotu oddechu. (Med. i Kron. lek. Nr 29). A.

Bromurai podają Josephson (Allg. med. Zentr.-Zeit 1910, Nr 5), oraz Schäfer (Fortschr. d. Med. 1910, 23) z dobrym skutkiem w różnych przypadłościach nerwowych, jak bolach i zawrotach głowy, bezsenności, biciu serca, nerwicach serca i naczyń, neurastenii i t. p. Heinicke (Ther. Rundsch. 1909, 44) spostrzegał szybkie i skuteczne działanie tego środka w chorobie morskiej, stosując dawki: 0·30, a po pół godzinie 0·15. N.

Atoksyl próbował Mendel (Ther. d. Geg. 1910, 2) zastosować w chorobie Basedowa nie bez skutku; stosował go w kombinacyi z jodkiem sodowym do wstrzykiwań śródżylnych w dawkach rosnących (Rp: Atoxyl. 1·0; natr. jodat 4·0; aq. dest. ad 20·0) 2 cm³ jednorazowo 2 × tygodniowo; po tem leczeniu następowała znaczna poprawa stanu chorobowego, objawy zaś ustępowały. N.

Nadmanganian wapniowy (calcium permanganicum) stosuje Stephens (Brit. med. Journ. 1910, 2576) w przewlekłych schorzeniach żołądka i jelit w dawce 0·015 gr 3 × razy, oraz w zatruciu ołowiem, środek ten działa w przypadkach, w których leczenie bizmutem pozostaje bez skutku, usuwając w przeciągu 2—3 tygodni objawy zatrucia. N.

Wyciąg paprotki samczej (extr. filicis maris) może być stosowany nietylko przeciw tasiemcowi przewodu pokarmowego, lecz także i przeciw innym pasorzytom, osiedlającym się w innych narządach. Dianoux (Klin. ther. Wochs. 1910), rozpoznawszy w jednym przypadku bąblowca (cysticercus) ciałka szklistego, zastosował wyciąg paprotki; podawał mianowicie codziennie 3—4 razy po 0·50 wyciągu i zauważył, że po 2 tygodniach bąblowiec stracił ruchy i zaczął zanikać; po 70 dniach leczenia znikł pasorzyt zupełnie. Ponieważ w tym samym przypadku w czasie leczenia znikły objawy padaczkowe, sądzi D., że znajdował się również i w mózgu bąblowiec, który został zniszczony wyciągiem paproci. Dr Nowaczyński.

Chininę zewnętrznie w zimnicy stosuje Pelty (Practical. med. 1910, Nr 10) w tych razach, kiedy podawanie wewnętrzne napotyka na trudności (w praktyce dziecięcej); używa w tym celu rozczynu 1 cz »chinin. bisulphurici« w 4 cz. gliceryny; jednorazowo stosuje 4—8 gr rozczynu; przedtem oczyszcza skórę wodą: wyniki, jak podaje, były takie same, co przy wewnętrznem podawaniu. N.

Bolus alba sterilisata. Zweifel (Münch. med. Wochs. 1910, str. 1787) ostrzega przed używaniem glinki nie jałowej, z powodu, iż środek ten zawierać może często zarazki n. p. tężca lub duru i użyty czyto jako zasypka przy ropieniach pępka u noworodków, czy wewnętrznie, może wywołać groźne następstwa (kilka przyp. tężca przyrannego u noworodków po zażyciu glinki spostrzegał sam Zweifel). Przetwór wyjałowiony powyższej nazwy wprowadza w handel firma Mercka w Darmstadzie. N.

Garbnikan chininy poleca Berliner (Münch. med. Wochs. 1910, p. 360) w krztuścu w postaci maści stosowanej do wnętrza nosa (endonasal): 1—2·5 chininy, 10,0 łoju; z tego wkłada się do nosa głęboko kawałeczek wielkości grochu i układa się dziecko na plecach, by umożliwić spływanie maści do tylnych części gardła; zabieg powtarza się 3—4 razy dziennie. N.

Koryfina znajduje obecnie rozległe zastosowanie lecznicze w różnych schorzeniach nosa, gardła, krtani, ucha i t. p. Baumgarten (Med. Klin. 1910, 44) stosuje ją z domieszką anestezyny lub cykloformu (1·0: 20·0 koryfiny) w gruźlicy krtani w postaci pędzlowań; dolegliwości przy połykaniu wkrótce znikały. N.

Przy uporczywych wymiotach ciężarnych zaleca Robinson podać adrenalinę (1: 1000) 10 kropli. (Münch. med. Wochs. Nr 18). A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Posiedzenie lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie

z dnia 30. V. 1911.

1) Lustgarten przedstawia chorego 11-letniego, który zgłosił się po raz pierwszy w roku 1907. Na kilka tygodni przedtem niepewność w chodzie; nieco później zjawił się zez i trzęsienie całem ciałem. Badanie wykonane wówczas i w r. 1909 stwierdziło: Zez zbieżny, znaczniejszy na oku prawem. Nystagmus verticalis. Prawy n. twarzowy może nieco słabszy. Mowa zamazana. W kończynach górnych nieco hypotonii; po str. prawej wybitniej. Odruchy, zwłaszcza m. trójgłowego po str. prawej słabsze. Ślad bezładu w kończynie prawej. Odruchy kolanowe równe, achillesowy lewy żywszy. Noga lewa w skręceniu na zewnątrz. Chód bardzo niepewny, bezładny. Od szeregu miesięcy zupełnie nie chodzi, zniedołężniał umysłowo. Badanie stwierdza obok zmian dawnych: Wybitny zanik nerwów wzrokowych. Mowa wyraźnie skandowana. Bezład ręki prawej nader wybitny. Odruchy brzuszne zniesione. Objaw Babińskiego i drganie padaczkowate stóp po stronach obu, stanów skurczowych brak. Siła mięśniowa kończyn bardzo mała. Chory tylko chwilę o własnych siłach może ustać, poczem pada w tył. Prelegent przypuszcza **guz w jamie czaszkowej,** podnosi jednak szereg objawów, przemawiających za stwardnieniem rozsianem.

W dyskusyi oświadcza się Rydel przeciw stwardnieniu, przeciw czemu przemawia wiek chorego, symetrya zmian, brak wszelkich objawów ze strony narządu moczowego. Uderzające jest padanie w tył, tak charakterystyczne dla spraw móżdżkowych. — Piltz podnosi, że stwardnienie rozsiane nie mogłoby trwać lat tyle, bez zaznaczenia choćby drżenia przy ruchach; przeciw guzowi przemawiałby brak wszelkich innych objawów ucisku i zwiększonego ciśnienia, które doprowadzając do zaniku nerwów wzrokowych, nie dały ani śladu bolów głowy, wymiotów i t. d. Przeciw guzowi tylko w móżdżku przemawia zniedołężnienie umysłowe. — Rydel nie sądzi, żeby niezgodność objawów przeczyła rozpoznaniu guza, o ile się przyjmie, że guz wzrastał powoli w podatnej czaszce młodego osobnika, że jednak dla wytłomaczenia wszystkich objawów należałoby przyjąć mnogość ognisk nowotworowych (n. p. gliomatosis).

2) Landau przedstawia 42-letniego chorego, który poprzednio nigdy nic chorował, kiły nie przechodził, alkoholu używał miernie. Obecna choroba od 7 miesięcy; szybki upadek sił, chory prawie nie mógł chodzić, rękami ruszał z trudnością, w kończynach miał uczucie mrowienia i chodzenia szpilek pod skórą. Badanie z 23. III: Zupełny brak odruchów w zakresie kończyn górnych i dolnych przy dobrze zachowanych ruchach czynnych i sile; ślad bezładu w kończynach górnych, wybitny natomiast w kończynach dolnych, drżenie palców, silne chwianie się przy zestawionych nogach, większe przy zamkniętych oczach,

chód wybitnie bezładny, zaburzenia czucia bez określonego rozmieszczenia. Przy powtórnem badaniu d. 27. V. znaczna poprawa w chodzie, w którym bezładu prawie niema, objawu Romberga brak. Zniesienie odruchów w kończynach górnych i dolnych utrzymuje się. Prelegent przypuszcza: **tabes acutissima, Schaffer**.

W dyskusyi podnosi Rydel, że za wiądem przemawia tylko zniesienie odruchów, przeciw brak objawu Argyll-Robertsona, brak jakichkolwiek przełomów, parestezyi lub typowych zaburzeń czucia, wreszcie i brak kiły w wywiadach. W pewnym przypadku, również po nagłym początku spostrzegał mowca kombinacyę wiądu z obustronnem porażeniem twarzy; po pewnym czasie sprawa poczęła się cofać, tak że musiano zmienić rozpoznanie w kierunku zapalenia wielu nerwów. Przedstawiony przypadek okazuje tu pewne analogie. — Landau podnosi, że zapalenie nerwów odrzucił dla braku gorączki, dla braku bolesności pni nerwowych i osłabienia siły, mimo wybitnego bezładu, objawu Romberga i zupełnego zniesienia odruchów. Przyznaje jednak, że wobec braku kiły w wywiadach i ujemnego wyniku odczynu Dungerna, wobec braku objawu Argyll-Robertsona i zmian na dnie oka, a natomiast przy niewątpliwem nadużywaniu alkoholu należy się raczej skłonić do rozpoznania **pseudotabes alcoholica.**

3) Landau przedstawia 51-letniego J. P., chorego od lat trzech. Zrazu pojawiły się darcia w łokciu prawym, poczem osłabła ręka prawa w ramieniu i łokciu, pojawiły się w niej zaniki. W rok później takie same objawy i po stronie lewej, jednak mniejszego stopnia. W obu rękach uczucie psztykania i latania czegoś pod skórą. Równocześnie osłabienie nogi prawej, z podobnemi dolegliwościami podmiotowemi. — Badanie: Nerwy czaszkowe bez zmian. Przy ustawieniach krańcowych gałek ocznych, drobne, powolne drżenie. Kończyny górne zwisają wiotko. Obie łopatki odstają. Ruchy czynne ograniczone w stawach ramieniowych, daleko bardziej w stawach łokciowych, bardzo nieznacznie w nadgarstkowych, po str. prawej więcej, niż po lewej. Ruchy palcami sprawne. Odruchy zniesione. Zaniki w zakresie mm. nad- i podgrzebieniowych łopatki, m. naramiennego, dwugłowego i ram. wewn. znacznie większe po str. prawej. Drżenie włókienkowe. Odczynu zwyrodnienia, a nawet obniżenia pobudliwości na prąd elektryczny niema. — Odruchy brzuszne i mosznowe zachowane. Wzmożenie odruchów kolanowych i Achillesowych, po str. prawej wybitniejsze, objaw Babińskiego po prawej. Wyraźniejszych zaników niema. Czucie bez zmian — Ten obraz kliniczny nie odpowiada dokładniej żadnej znanej jednostce chorobowej. Przeciw »sclerosis lateralis amyotrophica« przemawia bardzo powolny rozwój choroby, rozpoczęcie się objawów od pasa barkowego i ramienia, a nie od drobnych mięśni rąk, brak zupełny przykurczeń, a nawet zniesienie odruchów w kończynach górnych, brak zupełny objawów opuszkowych i odczynu zwyrodnienia. — Przeciw »amyotrophia spinalis m. progressiva«, nawet w razie przyjęcia typu łopatkowo ramieniowego Vulpiana-Bernharda, przemawiają znowu wzmożenie odruchów i objaw Babińskiego w kończynach dolnych, brak odczynu zwyrodnienia. Najbardziej zbliża się cały obraz do **poliomyelitis anterior chronica.** Za tem przemawiają: późny wiek chorego, rozpoczęcie się sprawy od osłabienia, do którego dopiero po kilku miesiącach przyłączyły się zaniki; zatrzymanie się sprawy od roku, pojawienie się pierwszych zmian w pasie łopatkowo-barkowym Z typowym obrazem koliduje tu wzmożenie odruchów kolanowych i objaw Babińskiego po str. prawej. Prawie wszyscy jednak autorzy przytaczają, że obok zmian w przednich rogach, spotyka się w tej chorobie stale zmiany drobne ogniskowe w białej substancyi rdzenia, a stąd tłomaczyć się może wzmożenie odruchów i objaw Babińskiego. Dziwnym pozostaje brak zupełny zaburzeń elektrycznych, mimo wyraźnego drżenia włókienkowego.

W dyskusyi tak Piltz, jak i Rydel zgadzają się z rozpoznaniem, o ile można wyłączyć kiłę. — Prelegent dodaje, że odczyn Wassermanna wypadł ujemnie.

4) Jasieński przedstawia chorego L. Z., l. 24, rolnika, który zgłosił się ze skargami hypochondrycznemi, przy badaniu przyznał się zaś do sodomii. Chory od wczesnej młodości cierpi na myśli natrętne, od szeregu zaś lat oddaje się sodomii ze zwierzętami. Stwierdzono: znacznego stopnia niedorozwój, czaszkę asymetryczną, różnice w inerwacyi nerwu twarzowego, uszy odstające o płatkach przyrośniętych, dość znaczne wole, twarz blada, o wyrazie tępym. Prawie takie same znamiona degeneracyjne stwierdzono u ojca, 60-letniego alkoholika. Chory jest rozmowny, dobroduszny, zachowanie zresztą głuptaka (imbecillitas).

W dyskusyi podnosi Piltz wspólność cech degeneracyjnych u ojca i syna, zwraca uwagę, że cechy psychiczne przemawiają stanowczo przeciw otępieniu przedwczesnemu, a za **wrodzoną tępotą.** Czy w danym przypadku sodomia jest objawem wyrosłym na tle zwyrodnienia i tępoty, czy też wrodzonym popędem chorobliwym, rozstrzygnąć nie można.

Stosunek redakcyi do autorów.

W »Medycynie i Kronice lek.« (Nr 31) pomieścił Dr Józef Zawadzki artykuł w tym przedmiocie, z którego przytaczamy najważniejsze ustępy:

»Sprawa stosunku redakcyi do autorów i odwrotnie była omawiana niejednokrotnie w łonie różnych Towarzystw dziennikarskich. Na szczerym wzajemnym stosunku oparte zasady wychodzą zawsze na korzyść stron obu, to też skwapliwie zgodziłem się na propozycyę Sekcyi prasowej Zjazdu, aby rzecz tę opracować i ująć w ramy regulaminu, który po dyskusyi na łamach pism naszych mógłby wejść w życie. Chodziło mi w tej sprawie o dwie rzeczy główne: o wskazanie, czego redakcya ma prawo oczekiwać od swych współpracowników, i jak zabezpieczyć autora od samowoli redakcyjnej. Nie moją rzeczą jest osądzić, o ile oba te zadania wyczerpane zostały; szczegółowa i szczera dyskusya w łonie komitetów redakcyjnych oraz między autorami i redakcyami na łamach pism naszych powinna wyrównać ewentualne braki.

W pierwszych artykułach należało przedewszystkiem określić prawa redakcyi co do przyjmowania lub odrzucania artykułów, oraz wypadało ustalić zasadę, jak daleko sięga odpowiedzialność redakcyi za treść artykułu naukowego. Zdawało nam się najodpowiedniejszem uznać zasadę wolności poglądów z zastrzeżeniem prawa redakcyi do zrobienia przypisku, o ile rzecz nie odpowiada jej przekonaniom lub jest wątpliwa. Z drugiej strony należało zabezpieczyć prawa autora do szybkiego zwrotu nieprzyjętych artykułów i możności ogłoszenia ich w innem piśmie.

Również ważną dla autorów sprawą jest sprawa pierwszeństwa. Redakcya, mimo chęci, ze względów technicznych nie zawsze może drukować artykuły według czasu nadesłania, grupować bowiem musi materyał, dobierać treść, — niepodobna jednak, aby to szkodzić mogło w czemkolwiek interesom autora; jedynem wyjściem jest podanie w końcu artykułu daty złożenia go w redakcyi, spór o pierwszeństwo może być wtedy rozstrzygnięty zupełnie.

Wielu autorów, jak dowodzi praktyka codzienna, lekceważy sobie nawet własną pracę, artykuły pisane są na skrawkach, po obu stronach, bez marginesów, kreślone, poprawiana kilkakrotnie, tak, że na poprawki redakcyjne niema już miejsce. Redaktorzy tracą wzrok przy poprawianiu rękopisów, zecerzy czas drogi na składanie niewyraźnych artykułów, redakcya nigdy nie zdoła, szczególniej w mniej znanych nazwiskach lub cyfrach, przeprowadzić dokładnej korekty. Sprawę tę już oddawna należało postawić na porządku dziennym i ustalić pewne zasady. Zasady są proste. Najdogodniejszą formą dla piszącego lub odczytującego rękopis jest ćwiartka z marginesem, zapisana po je-

dnej stronie, gdyż to ułatwia zecerowi pracę i pozwala na dzielenie rękopisu przy korekcie. Że rękopis powinien być czysto przepisany i czytelny — rzecz chyba nie wymaga objaśnień. Dziś, gdy mamy już maszyny do pisania wszędzie, najlepiej byłoby, gdyby wszystkie artykuły były pisane na maszynie, w każdym zaś razie należy, o ile autor ma charakter pisma nieczytelny, dać je do przepisania. Wtedy słuszne będą narzekania autorów na złą korektę, gdy dziś wina leży wyłącznie na autorach.

Redakcya ma prawo i obowiązek przestrzegania czystości języka, obowiązek ten płynie z czci dla języka i na każdym Zjeździe jest powtarzany jako uchwała. Wiele już na tem polu robiono, warunki jednak bytowania w różnych środowiskach tak zachwaszczają nasz język, że nie dość powtarzać to prawo niemal w każdym numerze. Przeważnie autorzy nie opierają się temu, często bowiem autor, zwracając uwagę główną na treść, zapomina o formie. Ta forma właśnie jest już dyskrecyonalnem prawem i obowiązkiem redakcyi.

Również do formy zaliczyć należy zwyczaj przeładowywania artykułów cytatami z piśmiennictwa. Wobec szczupłych ram pism naszych sprawa to bardzo ważna. Autor musi pozostawić redakcyi prawo usuwania balastu zbytecznego, tembardziej, że redakcya właśnie jest tym pierwszym czytelnikiem, obeznanym nadto z przedmiotem, który ocenia płód pracy autora. Samemu być sędzią pracy własnej trudno, autor zgodzić się musi, że redakcya, skracając artykuł, czyni to w jego interesie. Wiadomo, że najbardziej poczytne są artykuły krótkie, tylko więc autor niedoświadczony może bezcelowo przedłużać artykuł. Pozostawiając troskę o formę redakcyi, autor nigdy źle na tem nie wyszedł. Tembardziej, że praca skracania nie jest bynajmniej ponętna i że redakcye, o ile mogą, usuwają się od niej.

Po tem krótkiem wyjaśnieniu podaję projekt, odczytany na posiedzeniu Sekcyi. Ożywiona dyskusya w tej sprawie, powtarzam, jest bardzo potrzebna. Ponieważ sekcya włożyła na redakcye obowiązek wydrukowania projektu, zebrać się może poważna wiązanka poglądów.

Projekt zasad wzajemnego stosunku redakcyi i autorów.

1. Przepisy niniejsze, mające na celu uregulowanie stosunku wzajemnego między autorami i redakcyami pism lekarskich polskich, ułożone zostały z zapoczątkowania Sekcyi prasowej XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich i przedstawione Sekcyi na posiedzeniu d. 20. lipca 1911 roku.

2. Redakcyom przysługuje prawo przyjmowania i drukowania artykułów według uznania własnego oraz odrzucania artykułów, nie odpowiadających ich wymaganiom ze względu na formę, treść lub język; z uwagi jednak, iż redakcya odpowiada tylko za czystość języka, za treść zaś o tyle, o ile przeczy ona zasadom logiki i nauki, nie należy odrzucać artykułów dlatego tylko, że autor stoi na innem stanowisku, niż ogólnie przyjęto, za treść bowiem wewnętrzną artykułu odpowiada autor. Redakcyi przysługuje prawo zaznaczenia w przypisku, iż nie zgadza się z poglądem autora.

3. Na decyzyę co do przyjęcia lub odrzucenia artykułu pozostawia się redakcyi trzy tygodnie czasu od chwili złożenia artykułu w redakcyi. Brak po tym czasie odpowiedzi ze strony redakcyi oznacza przyjęcie artykułu. Artykuł, nie przyjęty przez redakcyę, ma być zwrócony autorowi w czasie nie dłuższym, niż 4 tygodnie od dnia złożenia go w redakcyi.

4. Za artykuły wydrukowane autorzy otrzymują honorarya według norm, ogłoszonych przez daną redakcyę. Za artykuł, przyjęty przez redakcyę, a nie wydrukowany w piśmie tygodniowem w ciągu 4 miesięcy, a w miesięcznem w ciągu pół roku z przyczyn niezależnych od autora, autor ma prawo żądać, prócz zwrotu artykułu, zwykłego honoraryum autorskiego.

5. Artykuły są drukowane w kolei nadesłania, ponieważ jednak zasada ta niezawsze ze względów techniczno-redakcyjnych może być przestrzegana, zaleca się redakcyom pism lekarskich polskich, aby w końcu każdego artykułu podawały datę otrzymania go w redakcyi, co w zupełności zabezpieczy autorom prawo pierwszeństwa.

6. Zwrot autorom niewydrukowanych artykułów drobnych i streszczeń pozostawia się uznaniu redakcyi, w każdym jednak razie rękopis powinien być przechowywany do zwrotu autorowi w ciągu pół roku.

7. Artykuły, nadsyłane do redakcyi, muszą być pisane czytelnie, na jednej stronie dowolnego formatu, nie mogą być kreślone; artykuły nieczytelne, o ile zostały przyjęte przez redakcyę, przed oddaniem do druku ze względu na korektorów i zecerów należy przepisać na maszynie. Byłoby pożądane, aby wszystkie artykuły, nadsyłane do redakcyi, były przepisywane na maszynie. Prace, z których autorzy życzą sobie mieć odbitki, należy opatrzyć napisem ».... odbitek« w »okładkach« lub »bez okładki«.

8. Redakcyom pism lekarskich wzbrania się drukowanie prac, omawiających działanie środków tajemnych, których skład nie został ujawniony przez autora w danej pracy lub poprzednio. Do rzędu środków tajemnych zaliczyć należy szczepionki i surowice, których przygotowanie autor zachowuje w tajemnicy.

9. Prace, wydrukowane w jednem piśmie lekarskiem polskiem, nie mogą być drukowane w innem w całości, wolno natomiast drukować w pismach tygodniowych skróty i doniesienia tymczasowe z prac, które mają być drukowane następnie w pismach archiwalnych. Wydrukowane poprzednio w języku obcym prace Polaków nie mogą być drukowane w pismach lekarskich polskich w całości, wolno podawać z nich streszczenia, jak z innych prac autorów zagranicznych.

10. Redakcya ma prawo i obowiązek w interesie czystości języka: a) poprawiać nadesłane rękopisy pod względem gramatycznym i stylistycznym, b) wprowadzać do artykułu mianownictwo polskie według ogólnie przyjętego słownictwa, c) zastępować wyrażenia cudzoziemskie swojskiemi, d) tłómaczyć w przypiskach cytaty z autorów obcych, przytoczone w oryginale.

11. Redakcya w interesie czytelników ma prawo skracać nadesłane rękopisy pod warunkiem, by myśl przewodnia artykułu pozostała bez zmiany, a siła argumentacyi autora osłabiona nie została. Wobec tego redakcya ma prawo usuwać: a) fakty, dawno i powszechnie znane z piśmiennictwa, b) opisy przypadków, spostrzeganych codziennie i w niczem nie wpływających na tezę, bronioną przez autora, c) tablice, grafiki, ryciny, rysunki etc., podane przez autora, o ile nie przyczyniają się, zdaniem redakcyi, do wyjaśnienia poruszonej w artykule sprawy lub dostatecznie zostały omówione w tekscie.

12. Przepisy powyższe powinny być wydrukowane we wszystkich pismach i powtarzane przynajmniej raz na rok.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo Domu zdrowia uczącej się młodzieży polskiej »Pomoc bratnia« w Zakopanem wydało sprawozdanie za r. 1910/11, który w dziejach Towarzystwa można nazwać przełomowym. Obchód dziesięciolecia sanatoryum, utrzymywanego przez Towarzystwo, zwrócił na nie wreszcie większą, niż dotąd, uwagę społeczeństwa, co znalazło wyraz w szeregu darów na budowę domu. Dzięki temu fundusz budowy sanatoryum wzrósł do kwoty 87.157 kor., wobec czego Towarzystwo mogło się odważyć na zakupienie własnego domu z 5 morgami gruntu w idealnem położeniu (pod Gubałówką) i na rozpoczęcie budowy pawilonu administracyjnego oraz pawiloniku dla kobiet. Pawilon administracyjny jest tak planowany, aby mógł wystarczyć dla 100 chorych. Jestto liczba najmniejsza, do której zakład dojść powinien, jeśli ma wystarczyć zapotrzebowaniu; dość powiedzieć, że Towarzystwo mogło przyjąć w r. z. do sanatoryum tylko 143 chorych na 321 (trzystu dwudziestu jeden) zgłoszonych. Wśród leczonych 143 było 120 mężczyzn, 23 kobiety; uczniów wyższych zakładów naukowych (wszechnic i akademii) 74, szkół średnich 69; z zaboru austryackiego 69%, z rosyjskiego 28%, z pruskiego 2%. Dni leczenia było 12.758, średni pobyt jednego chorego wynosił 89 dni. Chorzy opłacają za siebie po 3·34 kor. dziennie (jednak tylko zamożniejsi); koszt dzienny utrzymania jednego chorego wynosi 4·15 kor.; gdyby więc nawet wszyscy chorzy mogli za swe leczenie zapłacić, to jeszcze przy obecnej liczbie chorych musi Towarzystwo znaleść pokrycie brakujących 10.280 kor. A przecież większość leczącej się w sanatoryum młodzieży jest niezamożna. Tych kilka cyfr świadczy wymownie, w jak znacznym stopniu zasługuje na poparcie Towarzystwo, które tylko niezmierną wytrwałością i poświęceniem swych kierowników, Dr Żychonia i Dr Kuczewskich, zwyciężało tysiączne trudności i przeszkody, zanim doszło do obecnego, względnie pomyślnego stanu. A jednak dotąd ma Towarzystwo pomimo gorliwych zabiegów ze swej strony tylko 97 członków założycieli i 258 wspierających. Lekarze polscy, powołani w pierwszym rzędzie do przodowania w walce z gruźlicą, powinni ze swej strony gorąco poprzeć sanatoryum Bratniej Pomocy w Zakopanem i przyjść z pomocą dzielnej jego pracy.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 6. VIII. do 12. VIII. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † 1 (w tem obcych 2 † 1), krztuśca 2 † — (— † —), ospy wietrznej 1 † — (— † —), płonicy 18 † 3 (5 † 1), odry 2 † — (— † —), duru brzusznego 4 † — (2 † —), czerwonki 1 † — (— † —), cholery dziecięcej 17 † 17 (— † —), cholery swojskiej — † — (— † —), gorączki połogowej 1 † 1 (— † —), Nagm. zap. opon mózg. — † — (— † —), róży 2 † 2 (1 † 1), tetanus 1 † — (1 † —). Dr Janiszewski.

Z różnych stron. I. południowo-słowiański Zjazd chirurgów odbędzie się, jak już donosiliśmy, w Belgradzie 5 i 6 września b. r. Dotychczas zgłoszono 58 wykładów, z tych 18 z Chorwacyi, reszta z Serbii, Bułgaryi i Bośni. Członkiem Zjazdu może być każdy lekarz. Wkładka wynosi 20 kor. Koleje serbskie przyznały uczestnikom Zjazdu znaczne zniżenie (przejazd tam i z powrotem za 1/4 ceny). Zgłoszenia przyjmuje Dr V. Subbotić w Belgradzie (Beograd, Simina ulica 31).

Zmarli: chirurg Doc. Ziegler w Monachium, chirurg Prof. Ch. Nélaton w Paryżu.

Redakcya otrzymała: Swięcicki: O estetyce w medycynie. Poznań 1911. — Trzebiński: Nieco o problemacie psychofizycznym. »Now. lek.« 1911.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok L. Kraków, dnia 26. sierpnia 1911. Nr 34

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z Zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej U. J. Dyrektor: Prof. Dr K. Klecki.

Nowy sposób wywoływania stanu padaczkowego u świnek morskich.

Podał

Adolf Maciesza.

(Wykład na XI. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie dnia 19. lipca 1911 r.

Słynny francuski fizyolog Brown-Séquard [1]) w licznych swoich pracach, wykonanych w przeciągu z górą lat 40, ogłosił szereg faktów, dotyczących powstawania napadów padaczkowych u świnek morskich po uszkodzeniu niektórych miejsc układu nerwowego. Pierwsza praca Brown-Séquarda zajmująca się tą sprawą, wyszła w roku 1850, a ostatnia w roku 1892.

Napady padaczkowe, zdaniem Brown-Séquarda powstają po uszkodzeniach rdzenia kręgowego między siódmym lub ósmym kręgiem grzbietowym, a drugim lub trzecim lędźwiowym, a mianowicie:

1) po przecięciu połowicznem poprzecznem zupełnem lub prawie zupełnem;

2) po przecięciu poprzecznem jednoczesnem powrózków tylnych, szarych rogów tylnych i części powrózków bocznych;

3) po przecięciu poprzecznem bądź obydwu powrózków tylnych, bądź powrózków bocznych, bądź wreszcie powrózków przednich samych;

4) po zupełnem poprzecznem przecięciu rdzenia;

5) po prostem ukłuciu.

Powtóre napady padaczkowe u świnek morskich występują zdaniem Brown-Séquarda po przecięciu lub uszkodzeniu n. kulszowego, albo n. podkolanowego wewnętrznego. Wreszcie w r. 1892 ogłasza Brown-Séquard krótki komunikat, w którym opisuje występowanie napadów padaczkowych u świnek morskich po odjęciu kończyny tylnej na wysokości mniej więcej połowy uda.

[1]) Odnośne prace Brown-Séquarda zostały zestawione w rozprawie naszej, wspólnie z A. Wrzoskiem ogłoszonej pod tytułem: »W sprawie dziedziczności padaczki świnek morskich, wywołanej przez uszkodzenie nerwu kulszowego. Nowiny lekarskie 1910; Arch. f. Rassen- und Gesellschafts-Biologie 1911 1. und 2. Heft.

Napady padaczkowe u świnek morskich, na których wykonano wspomniane zabiegi, występują zarówno samoistnie, jakoteż i po podrażnieniu szczypaniem lub prądem galwanicznym pewnych okolic skóry na pysku i szyi. Okolicę tę Brown-Séquard nazwał »zone epileptogène«.

Pierwsze objawy padaczkowe po wyliczonych uszkodzeniach pojawiają się w kilka lub kilkanaście dni po operacyi i charakteryzują się tem, że w czasie drażnienia okolicy padaczkotwórczej ze strony operowanej następuje lekkie skręcanie tułowia, a zwłaszcza karku, w bok w stronę drażnionej okolicy skóry, przyczem łeb zbliża się do miednicy. W tym samym czasie, kiedy kark i tułów zwierzęcia zginają się w półkole, kończyna tylna strony drażnionej wykonywa nader szybko ruchy, które bardzo przypominają ruchy drapania się zwierzęcia, jeżeli silne swędzenie na szyi zmusza je do tego. W czasie wykonywania tych ruchów oko po stronie operowanej jest zamknięte, przyczem po tej samej stronie następuje kilka skurczów mięśni pyska, zwłaszcza warg. Objawy te Brown-Séquard nazywa napadem padaczkowym niezupełnym.

Stan jednak padaczkowy zaczyna się powoli potęgować i po upływie znowu kilku lub kilkunastu dni dochodzi do tego stopnia, że można drażnieniem wywołać drgawki ogólne, które Brown-Séquard nazywa napadem padaczkowym zupełnym.

Niekiedy jednak po upływie pewnego czasu nie można już napadów zupełnych wywołać, a i napady niezupełne niekiedy także z czasem coraz trudniej wywołać, aż wreszcie i ich nie można całkiem wywołać. Zjawisko stopniowego obniżania się stanu padaczkowego występuje jednak zdaniem Brown-Séquarda tylko u świnek morskich z uszkodzonym n. kulszowym.

Według Brown-Séquarda napady padaczkowe występują prawie u wszystkich świnek morskich po uszkodzeniu wyżej przytoczonych części układu nerwowego.

Powyższe badania Brown-Séquarda zostały potwierdzone przez wszystkich badaczy, zajmujących się tą sprawą: a więc przez Westphala [2]), Obersteinera [3]), Dupuy [4]), Roma-

[2]) Westphal C. Ueber künstliche Erzeugung von Epilepsie bei Meerschweinchen. Berl. kl. Wochenschr. 1871, S. 449—451, 461—463.

— Archiv f. Psychiatrie 1869, S. 518—519.

[3]) Obersteiner H. Zur Kenntnis einiger Heriditätsgesetze. Mediz. Jahrbücher 1875, S. 179—188.

[4]) Dupuy E. Bullet. scientif. de France et de Belgique 1890,

nesa [5]), M. Sommera [6]), T. Browna [7]) i innych. Nadto Westphal wykazał, że można wywoływać u świnek morskich padaczkę przez jednokrotne lub wielokrotne uderzenie ich w łeb przedmiotem twardym, co rychło Brown-Séquard potwierdził.

W ciągu kilku ostatnich lat, pracując wspólnie z Prof. A. Wrzoskiem nad sprawdzeniem niektórych badań Brown-Séquarda, odnoszących się do dziedziczenia się cech nabytych patologicznych, wykonaliśmy w krakowskim Zakładzie patologii doświadczalnej, zostającym pod kierunkiem Prof. Karola Kleckiego, kilka szeregów eksperymentów, w których uszkadzaliśmy świnkom morskim nerw kulszowy lub rdzeń kręgowy. W ten sposób wywołaliśmy padaczkę blizko u 100 świnek morskich po uszkodzeniu n. kulszowego, a u kilkunastu po uszkodzeniu rdzenia kręgowego, potwierdzając w zupełności odnośne badania Brown-Séquarda.

Badań Brown-Séquarda, dotyczących wywołania padaczki przez odjęcie kończyny tylnej na wysokości połowy uda, o ile wiem, nikt dotychczas prócz mnie nie sprawdzał. Wywołałem tym sposobem stan padaczkowy u 35 świnek morskich.

Stan padaczkowy został wywołany w tych przypadkach, oczywiście nie samą amputacyą, lecz przecięciem wszystkich gałązek nerwowych, przebiegających w odciętej kończynie.

W ostatnich jednak czasach przekonałem się, że, aby wywołać stan padaczkowy u świnek morskich, nie jest rzeczą konieczną odejmować kończynę na wysokości połowy uda, lecz wystarczy zupełnie odciąć część stopy, a nawet wyłuszczyć tylko wszystkie palce jednej z tylnych kończyn.

Na zbadanie tej rzeczy naprowadził mnie prosty przypadek. Mianowicie na początku roku bieżącego przyniósł do Zakładu naszego wieśniak z okolic Krakowa, między innemi świnkami, samicę, u której zauważyłem brak części lewej tylnej kończyny. Po podrażnieniu okolicy padaczkotwórczej ze strony lewej udało się ku memu zdziwieniu wywołać napad padaczkowy zupełny. Świnka ta dotychczas żyje i stale można u niej wywoływać napady padaczkowe zupełne.

Aby wytłomaczyć sobie, czy w tym przypadku przyczyną napadów padaczkowych był brak tak małej części kończyny tylnej, wykonałem w dwóch odstępach czasu następujące doświadczenia. Trzynastu samcom i sześciu samicom odciąłem część stopy tuż blizko nasady palców; równocześnie zaś wyłuszczyłem 5 samcom i 2 samicom wszystkie (3) palce na jednej z tylnych kończyn.

Z liczby 26 operowanych tym sposobem świnek morskich u 12 wystąpiły już napady zupełne, a u reszty napady niezupełne, przyczem w liczbie 12 znajdują się 2, które miały wyłuszczone wszystkie palce lewej tylnej kończyny. Napady te w zupełności są takie same, jakie powstają po uszkodzeniu rdzenia, albo n. kulszowego, lub po odjęciu kończyny. Lecz, jak o tem miałem sposobność przekonać się w kilku przypadkach, napady zupełne rychło przechodziły w niezupełne.

Oprócz tego u 10 samców wyłuszczyłem 2 lub tylko jeden palec, jednak u większości tych zwierząt żadnego napadu wywołać nie mogłem, tylko u jednego z wyłuszczonymi dwoma palcami udało mi się raz wywołać napad niezupełny ze strony operowanej, a u drugiego, również z wyłuszczonymi dwoma palcami, prawie stale można, chociaż z pewnym trudem, wywoływać napady niezupełne.

Powyższe doświadczenia nasunęły mi myśl, która, jeśli doświadczalnie sprawdzi się, może rzucić pewne światło na przyczyny powstawania napadów padaczkowych u świnek morskich po uszkodzeniu różnych części układu nerwowego. Wszystkie wymienione sposoby wywoływania padaczki u świnek morskich, prócz sposobu Westphala, sprowadzają się właściwie do uszkodzenia pewnych dróg nerwowych, przebiegających w rdzeniu kręgowym lub w nerwach obwodowych, w następstwie czego we wszystkich przypadkach powstaje ten sam skutek, a mianowicie występują jakieś zmiany w układzie nerwowym obwodowym szyi i pyska (przeważnie więc okolica nerwu trójdzielnego), które pozwalają wywoływać z tego miejsca mniej lub więcej silne odruchy w kończynie tylnej i wogóle w całej stronie operowanej, odruchy, mogące przechodzić nawet w drgawki ogólne. Odruchy takie, lecz tylko w słabym stopniu, jak mieliśmy sposobność wielokrotnie się przekonać, udaje się czasem wywoływać u zwierząt młodych nieoperowanych.

Otóż, jeśli uwzględni się z jednej strony to stopniowe rozwijanie się stanu padaczkowego u świnek morskich operowanych, z drugiej zaś strony ten fakt, że, aby napady wystąpiły, dostatecznem jest nawet przecięcie tak niewielkiej stosunkowo liczby włókien nerwowych, jakie następuje przy odjęciu części stopy lub wyłuszczeniu 3 palców jednej tylnej kończyny, to wówczas staje się do pewnego stopnia uprawnionem przypuszczenie, że w tych przypadkach chodzi o sprawy degeneracyjne układu nerwowego.

W celu sprawdzenia powyższego przypuszczenia zamierzam w najbliższej przyszłości wykonać szereg odnośnych eksperymentów.

---

vol. III., P. 445, cyt. według Raymond. L'hérédité morbide. Paris 1905, P. 35—36.

5) Romanes G. J. Darwin und nach Darwin, II. Bd. Darwinistische Streitfragen. Vererbung und Nützlichkeit. Ueb. aus d. Engl. von B. Nöldeke. Leipzig 1895, S. 119—141.

6) Sommer M. Die Brown-Séquardsche Meerschweinchenepilepsie und ihre erbliche Uebertragung auf die Nachkommen. Zieglers Beiträge z. path. Anatomie u. z. allg. Path. Bd. 27, 1900, S. 289—330.

7) Brown T. Studies on the reflexes of guinea-pigs. I. The scratch-reflex in relation to »Brown-Séquards Epilepsy«. Quart. Journ. of Exper. Physiol. 1909, vol. II., S. 243—275, cyt. według Biophysikalisches Centralblatt. Bd. IV. 1909, S. 516.

Z Zakładu farmakologii doświadczalnej Prof. Dr L. Popielskiego we Lwowie.

W sprawie fizyologicznego działania wyciągu z przysadki mózgowej (hypophysis cerebri).

Podał

Dr Jan Studziński (Kijów).

(Ciąg dalszy).

Doświadczenie Nr 13. 15. III. Suka 6·5 kg. wagi. Wyciąg wprowadzano do żyły udowej prawej, ciśnienie krwi określano w tętnicy udowej prawej (tabl. XIII.).

TABLICA XIII.

Czas	Tętno w 5''	Ciśnienie krwi w milimetrach rtęci			Uwagi
		Najwyższe	Najniższe	Średnie	
O 6 g. 18'	10	124	88	106	Wprowadzono 6 cm sz. wyciągu wyskokowego z tylnej części przysadek mózgowych (odpowiada 6·0 narządów świeżych).
" " 6''					Ciśnienie krwi zaczyna się obniżać i tętno staje się przyspieszonem
" " 8''	14	98	46	72	Ciśnienie krwi zaczyna się podnosić.
" " 25''					Tętno staje się wolniejszem, fale jego większe.
" " 45''					Tętno czynne wyraźne.
" 19'	5	180	116	148	
" 20'	4	180	124	152	Tętno czynne staje się to bliźniaczem, to trojaczem.
" 21'	4	188	124	156	
" 23'	3	170	116	143	
" 25'	4	176	98	137	
" 30'	6	156	110	133	
" 58'	10	134	96	115	Tętno czynne znikło. Wprowadzono 11 cm sz. wyciągu z przedniej części przysadek mózgowych (odpowiada 2·0 narządów świeżych).
" " 7''					Ciśnienie krwi powoli się obniża, tętno nieco się przyspiesza.
" 59'	14	110	82	96	
O 7 g.	14	88	64	77	
" " 30''	14	66	46	56	Ciśnienie zaczyna się podnosić.
" 2'	10	118	94	106	
" 4'	10	126	90	108	
" 6'	10	122	96	109	Wprowadzono 10 cm sz przesączu fosforo wolframowego z suchych przysadek mózgowych fabryki Mercka (odpowiada 20·0 narządów świeżych).
" " 11''					Ciśnienie krwi zaczyna się podnosić.
" " 40''					Fale tętna zwiększają się, stając się podobnemi do tętna czynnego.
" 7'	8	162	104	133	
" 8'	9	164	104	134	
" 9'	11	150	106	128	Cechy tętna czynnego znikają. Fale tętna stają się mniejsze.
" 11'	11	140	94	117	Wprowadzono 10 cm sz. stratu fosforo wolframowego z suchych przysadek fabryki Mercka (odpowiada 20.0 narządów świeżych).
" " 7''					Ciśnienie krwi obniża się.
" " 9''	13	116	88	102	
" " 13''					Ciśnienie krwi zaczyna się podnosić.
" " 21''	10	166	92	129	Fale tętna stają się większe.
" 12'	8	152	108	130	
" 13'	8	160	104	132	Wprowadzono 20 cm sz. tego, co poprzednio.
" " 10''					Ciśnienie krwi obniża się.
" " 11''			90		
" " 19''	9	176	98	137	Fale tętna zwiększają się, stając się podobnemi do fal tętna czynnego.
" 14'	7	176	116	146	
" 15'	7	172	122	147	
" 16'	7	166	114	140	
" 18'	8	160	110	135	
" 19'	8	150	110	130	Wprowadzono 20 cm sz. wyciągu z przedniej części przysadek mózgowych (odpowiada 30·0 narządów świeżych).
" " 8''					Ciśnienie krwi zaczyna się obniżać, tętno przyspiesza się, fale jego stają się drobne.
" 20'	14	100	70	85	
" 21'	13	58	48	53	
" 22'	14	42	32	37	
" 23'	14	40	32	36	

Z tego doświadczenia wynika, że wyskokiem 96% można wyciągnąć z tylnej części przysadek mózgowych ciało, podnoszące ciśnienie krwi i wywołujące tętno czynne. Jednakże tętno to trwa niedługo, po 40 minutach już go nie można było dostrzedz. Co do strącania zaś kwasem fosforowo-wolframowym przysadek mózgowych, to po wprowadzeniu przesączu, również jak i po wprowadzeniu strątu, otrzymaliśmy podniesienie ciśnienia krwi z falami, podobnemi do fal tętna czynnego. Daje się tu zauważyć tylko ta różnica, że po wprowadzeniu przesączu ciśnienie krwi podnosi się odrazu, natomiast po wprowadzeniu strątu z początku spostrzegamy spadek ciśnienia krwi, przyczem stopień obniżenia zależy od wielkości dawki. Podobieństwo między tętnem uprzedniem, a tętnem czynnem po wprowadzeniu wyciągu z przedniej części przysadek mózgowych znikło.

W następującem doświadczeniu starałem się określić stosunek różnych części przysadek mózgowych do chlorku kadmowego. W tym celu wyskokowy wyciąg z każdej części z osobna obrabiałem wysyconym wyskokowym rozczynem chlorku kadmowego, przesączałem, przesącz odparowywałem, a następnie strąt i pozostałość z przesączu, każdy z osobna, rozpuszczałem w wodzie, kadm usuwałem węglanem sodu i po odsączkowaniu obydwa przesącze używałem do doświadczenia.

Doświadczenie Nr 14. 18. III. Pies 6·5 kg. wagi. Wyciąg wprowadzano do żyły jarzmowej prawej, ciśnienie krwi określano w tętnicy szyjnej lewej (tabl. XIV.).

Widzimy w tem doświadczeniu, że ciało, znajdujące się w tylnej części przysadki mózgowej i wywołujące podniesienie ciśnienia krwi i tętno czynne, nie strąca się *chlor-*

TABLICA XIV.

Czas	Tętno w 5″	Ciśnienie krwi w milimetrach rtęci			Uwagi
		Naj-wyższe	Naj-niższe	Średnie	
O 6 g. 42′	15	134	100	117	Wprowadzono 10 cm sz. przesączu kadmowego z tylnej części przysadek mózgowych (odpowiada 6·0 narządów świeżych).
„ „ 10″					Ciśnienie krwi troche się obniża.
„ „ 26″	15	116	76	96	Ciśnienie krwi zaczyna się podnosić.
„ 43′	15	136	108	122	
„ 44′	12	138	122	130	Chwilami spostrzega się pojedyncze fale tętna czynnego do 72 mm rtęci wysokości, przyczem ciśnienie krwi sięga do 182 mm rtęci.
„ 45′	12	146	122	134	Fale tętna czyunego zjawiają się częściej. Wysokość fal tętna sięga do 96 mm, a ciśnienie krwi do 188 mm rtęci.
„ 46′	12	146	122	134	
„ 48′	12	144	116	130	
„ 50′	14	148	114	131	Fale tętna czynnego znikły.
„ 55′	14	158	112	135	Wprowadzono 10 cm sz. przesączu kadmowego z przednicj części przysadek mózgowych (odpowiada 30.0 narządów świeżych).
„ „ 9″					Ciśnienie krwi spada.
„ „ 34″	11	88	52	70	Ciśnienie krwi zaczyna się podnosić.
„ 56′	13	124	80	102	
„ 57′	13	138	100	119	
„ 58′	13	140	96	118	
O 7 g.	14	142	94	118	
„ 2′	14	152	104	128	
„ 3′	14	152	102	127	Wprowadzono 20 cm sz. strątu kadmowego z przednicj części przysadek mózgowych (odpowiada 30.0 narządów świeżych).
„ „ 12″					Ciśnienie krwi obniża się.
„ „ 21″	13	118	76	97	
„ 4′	14	154	104	129	
„ 5′	14	162	114	138	
„ 6′	14	162	112	137	Wprowadzono 10 cm sz. strątu kadmowego z tylnej części przysadek mózgowych (odpowiada 6·0 narządów świeżych).
„ „ 7″					Ciśnienie krwi obniża się.
„ „ 31″	15	120	94	107	
„ 7′	13	130	110	115	
„ 8′	14	140	108	124½	
„ 9′	14	142	110	127	
„ 11′	14	148	106	127	

kiem kadmu, albowiem tętno czynne i podniesienie ciśnienia krwi spostrzega się tylko po wprowadzeniu przesączu kadmowego, po wprowadzeniu zaś strątu otrzymaliśmy tylko niewielkie obniżenie ciśnienia krwi, również jak i po wprowadzeniu przesączu, lecz nie otrzymaliśmy potem innych wyżej wspomnianych objawów. Co do ciała zaś, znajdującego się w przedniej części przysadki mózgowej i wywołującego obniżenie ciśnienia krwi, to ono, jak też należało przypuszczać, chlorkiem kadmu nie strąca się, innemi słowy posiada wszystkie własności wazodylatyny. Spostrzegane po wprowadzeniu strątu kadmowego z przedniej części przysadki mózgowej krótkotrwałe obniżenie ciśnienia krwi należy przypisać nie dość ścisłemu przemyciu strątu.

Ważnem było jeszcze wyjaśnić stosunek ciał czynnych w przysadce mózgowej do wyskoku bezwodnego. W tym celu wyciąg n/10 kwasem solnym z przedniej i tylnej części przysadki mózgowej odparowałem do sucha w szalce Hofmeistra z piaskiem, wysuszyłem jeszcze w suszarce przez 8 godzin przy 100° C i po roztarciu wytrząsałem z wyskokiem bezwodnym w ciągu 9 godzin w wyłącznie do tego zrobionym przyrządzie. Po odsączeniu wyskoku i przemyciu piasku również wyskokiem bezwodnym, przesącz odparowałem do sucha i pozostałość, rozpuściwszy w wodzie, użyłem do doświadczenia. W niżej przytoczonem doświadczeniu starałem się nadto wyjaśnić wpływ przecięcia nerwów błędnych, a także peptonu Wittego na działanie wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej. Oprócz tego postanowiłem jeszcze zbadać wpływ wyciągów z przysadki mózgowej na krzepliwość krwi »in vitro«. Dlatego wziąłem trzy probówki: Nr 1 — z 2 cm. sześc. fizyologicznego rozczynu soli kuchennej, Nr 2 — z 2 cm. sześc. wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej, Nr 3 — z 2 cm. sześc. wyciągu z przedniej części przysadki mózgowej.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Doc. P. A. Przeobrażeńskij. **O zastosowaniu arsenobenzolu przy leczeniu kiłowych i parasyfilitycznych schorzeń układu nerwowego.** (Medic. Obozr. 1911, Nr 8). Autor śledził w szpitalu św. Katarzyny w Moskwie stosowanie salwarsanu u 22 chorych na kiłę mózgu i rdzenia i wiąd; z tych 13 opisuje szczegółowo i dochodzi do następujących wniosków: 1) Zupełnie przyłącza się do zdania Ehrlicha, że nie należy leczyć kiłowych schorzeń układu nerwowego wyłącznie przetworem »606«; może powiedzie się to w przyszłości. 2) Doświadczenia z przetworem »606« należy prowadzić pod następującymi warunkami: a) zgoda chorego, b) zastosowanie się do pewnych wskazań i przeciwwskazań, c) stosowanie »606« jednocześnie z Hg w przypadkach kiły układu nerwowego. 3) Należy w pierwszym rzędzie wybierać chorych z cierpieniami parasyfilitycznemi i szczególnie tych, którzy nie mogą leczyć się rtęcią, ponieważ tylko w tych przypadkach można dojść do prawdziwych wniosków o działaniu salwarsanu.

Tomasz Cichocki.

Jagic-Schwarz-Siebenrock. **Obrazy krwi u rentgenologów.** (Berl. kl. Wochs. 1911. Nr 27). U ludzi zajmujących się zawodowo rentgenizacyą, spotyka się dość typowe obrazy krwi, przedewszystkiem zmniejszoną ilość ciałek białych, zwłaszcza pochodzenia szpikowego, a głównie wielojądrzastych ciałek neutrofilnych, a zwiększoną limfocytów. Autorzy tłomaczą sobie te zmiany tem, że chodzi tu albo o systematyczne uszkodzenia granulocytów w szpiku, albo o zmiany we krwi krążącej, w sensie ujemnym i dodatnim (jako zmiany wskutek podrażnienia lub wyrównawcze). Wskutek tego występującą czasem u rentgenologów białaczkę tłomaczyćby sobie należało nagłą regeneracyą ciałek białych. A.

Rénon. **Wyniki uzyskane po stosowaniu tiosinaminy.** (Acad. de médecine 25. IV. 1911). R. stosuje tiosinaminę od 7 lat. Podawał ją około 200 chorym, i to albo wewnętrznie, albo podskórnie w dawkach od 0·06 do 0·10 dziennie. Przeciwwskazanie jest w gruźlicy. Czasami dobre wyniki daje w stwardnieniach mózgowo-rdzeniowych, porażeniach poprzecznych kurczowych, przewlekłym gośćcu, oraz bliznach płuc i zrostach opłucnych. W schorzeniach sercowo-naczyniowych jest jej działanie bardzo różnorakie.

Niema żadnego działania na schorzenia zastawki dwudzielnej. W przewlekłem zapaleniu tętnicy głównej, w zwężeniach i niedomykalności zastawek tętnicy głównej nie ulegają objawy osłuchowe po stosowaniu tiosinaminy żadnym zmianom, chociaż czasem zmniejsza się duszność. To samo można powiedzieć o zrostach osierdziowych z zajęciem lub bez zajęcia śródpiersia. W stwardnieniu tętnic zauważał autor często zmniejszenie się bolu głowy i duszności. Parcie tętnicze opada tylko bardzo wolno i po długiem stosowaniu leku. Stahr.

K. Landsteiner, C. Levaditi i E. Prasek. **Usiłowania przeniesienia płonicy na szympansa.** (Soc. de Biolog. 29. IV. 1911). Z doświadczeń autorów wynika, że przez zaszczepienie do gardła szympansom produktów pochodzących od dzieci płoniczych wywołuje się zapalenie gardła, zupełnie podobne do zapalenia gardła u osób, dotkniętych płonicą. Doświadczenie to udało się autorom trzy razy. U jednego z szympansów wtórne zaszczepienie, dokonane w dobę po ozdrowieniu z pierwszego zapalenia gardła, odniosło skutek. Bardzo ważnem jest ścisłe ustalenie, czy to doświadczalne zapalenie gardła wywołuje jad płoniczy, czy też inny drobnoustrój, sprawca zakażenia wtórnego, w szczególności paciorkowiec. Kontrolne doświadczenia (szczepienie paciorkowca) dały wynik ujemny, coby przemawiało przeciw pochodzeniu doświadczalnego zapalenia gardła z zakażenia tym drobnoustrojem. Autorowie przypominają wreszcie, że Cantacuzène doniósł niedawno, iż udało mu się przenieść płonicę na niższe małpy. Stahr.

Le Play i A. Sézary. **Krętek blady w nerce dotkniętej kiłowem zapaleniem.** (Soc. de Biolog. 29. IV. 1911). Autorowie mieli sposobność stwierdzić obecność krętka bladego w preparatach z nerek osobnika zmarłego na kiłowe zapalenie nerek. U 45-letniego mężczyzny wystąpiły już w kilka miesięcy po zakażeniu kiłowem obrzęki kończyn, ból głowy, zaburzenia w trawieniu i silny białkomocz (12 gramów białka na litr). Leczenie rtęcią wywołało z początku wyraźną ulgę i znaczne zmniejszenie się ilości białka w moczu, jednak po miesiącu już nie pomagało i chory uległ cierpieniu wśród objawów mocznicy. Na sekcyi znaleziono wielkie białe nerki. Pod mikroskopem stwierdzono w nich objawy zapalenia, przeważające w kanalikach krętych. Impregnując preparaty srebrem (metodą Bertarelliego i Volpino), uwidocznili autorowie liczne krętki i to wyłącznie w kanalikach krętych, najczęściej w ich świetle, a więc albo wśród wałeczków lub miazgi białkowej, tam się znajdujących, wyjątkowo w protoplazmie komórek jeszcze nie złuszczonych w kanalikach krętych. Należy podkreślić, że krętki miały przeważnie kształt zmieniony, ich zwoje były na ogół niższe i nieregularne; niektóre krętki były prawie prostolinijne tak, że autorowie mieliby pewne wątpliwości co do swoistości krętków, gdyby nie ta okoliczność, że napotkali także i najzupełniej charakterystyczne postacie. Stahr.

P. Boveri. **Parcie płynu mózgowo-rdzeniowego.** (Soc. de Biologie 20. V. 1911). Autor mierzył parcie płynu mózgowo-rdzeniowego u 25 chorych przyrządem Kröniga. Wyniki pomiarów, dość zgodne, zezwalają na pewne ogólne wnioski: Parcie u osób zdrowych wynosi średnio od 17 do 20 centymetrów. Parcie wyższe należy uważać za nieprawidłowe. W toku zatrucia ołowiem, wodogłowia, padaczki i niektórych schorzeń przebiegających z odczynem ze strony opon mózgowo rdzeniowych (wiąd rdzenia, porażenia poprzeczne kiłowe, rumień lombardzki) stwierdził autor parcie wyższe od prawidłowego: od 22 do 65 centymetrów. U osób niedokrwistych jest parcie niższe od prawidłowego i wynosi 17 do 12 centymetrów. Stahr.

Gouget i Thibaut. **Olbrzymie swoiste nacieczenie nerek w toku białaczki.** (Soc. méd. d. hôpitaux 5. V. 1911). Autorowie przedstawili narządy 17-letniego młodzieńca, zmarłego na białaczkę limfatyczną. Choroba trwała pięć miesięcy, zaczęła się obrzękiem gruczołów i obrazem krwi zrazu aleukemicznym, który potem nabrał cech białaczkowych. Ani śledziona, ani wątroba, ani szpik kostny nie okazują żadnych zmian. Na powierzchni i na przekrojach serca widać białawe smugi, pochodzące z olbrzymiego nacieczenia limfocytami. Zupełnie blade i zasiane drobnemi wybroczynami nerki są znacznie powiększone, ważą 6 razy więcej, niż prawidłowe (800 i 855 gramów). Kanaliki i kłębki, otoczone gęstym naciekiem limfadenoidalnym, zanikły miejscami zupełnie. Mimo tych zmian czynność nerek przejawiała się aż do końca życia, o czem świadczyło obfite moczenie. Stahr.

E. Jerusalem. **O zmianach na błonie śluzowej żołądka w toku ostrych chorób zakaźnych.** (Deutsch. Arch. f. kl. Med., 1910, CI., 3—4). Niektóre zaburzenia żołądkowe, jak brak apetytu, wymioty i t. d., należą do bardzo częstych objawów wszystkich ostrych chorób zakaźnych, uważamy je jednak na ogół za objawy przyrody czysto czynnościowej. Zachodzi jednak pytanie, czy objawów tych nie wywołują przypadkiem zmiany anatomo-patologiczne żołądka, a więc, czy zmiany anatomiczne są, lub nie są częste w toku chorób ostrych zakaźnych. Dla wyświetlenia tej sprawy podjął J. szereg badań w szpitalu Augusty w Berlinie. Badając żołądki osób, zmarłych na odrę, krztusiec, błonicę, nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, posocznicę i t. d., przekonał się J., że w toku wszystkich chorób zakaźnych z wyjątkiem krztuśca znajdują się w żołądku wyraźne zmiany, najczęściej w postaci zapalenia śródmiąższowego błony śluzowej z bujaniem tkanki łącznej; w przypadkach krztuśca okazuje błona śluzowa żołądka wyłącznie objawy zwyrodnienia miąższowego, z drobnemi zmianami śródmiąższowemi. Szczególnie uderzyło autora to, że w swych badaniach napotykał stale ten sam obraz anatomiczny. Jednostajność obrazu anatomicznego była tem ciekawsza, że stała w przeciwieństwie z wielką różnorodnością spostrzeganych za życia objawów żołądkowych. Stahr.

Thiroloix i Durand. **Przypadek zakażenia krwi krętkiem bladym w toku ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.** (Soc. méd. d. hôpitaux 12. V. 1911). Autorowie przedkładają opis choroby kobiety, którą widzieli w ósmym dniu bardzo ciężkiego zapalenia wyrostka robaczkowego. Obok objawów tego cierpienia z naciekiem miejscowym stwierdzono także objawy zapalenia w dolnym płacie płuca prawego na sporej przestrzeni. Stan ogólny był tak ciężki, że chirurgowie nie uważali za wskazane podejmować się operacyi. We krwi chorej stwierdzono obecność krętków bladych i małych bardzo ruchliwych laseczek. Przez nakłucie dobyto z opłucnej płyn surowiczo-krwawy, który zawierał tesame drobnoustroje. W ultramikroskopie można było widzieć małe laseczniki z rzęskami, które się poruszały bardzo prędko i krętki, których ruchy mają zupełnie inne cechy. Krętek znaleziony wywoływał zapalenie rogówki u królika. Wstrzyknięcie do żyły chorej 25 centygramów salwarsanu dało wyraźną poprawę, to też w 5 dni później wstrzyknięto jeszcze 50 centygramów salwarsanu, poczem ustąpiły prawie natychmiast wszystkie objawy choroby. Później okazała się potrzeba dokonania kolpotomii, przyczem wypuszczono krwawy płyn. Stahr.

Chirurgia.

Karo. **Dalsze doświadczenia nad swoistem leczeniem gruźlicy nerek.** (Med. Klinik 1911, Nr 26). Radykalizm operacyjny przy gruźlicy nerki poszedł obecnie może za daleko. Wielu chirurgów uważa niejako za obowiązek, skoro rozpozna się gruźlicę nerki, wycinać zaraz nerkę bez próbowania przedtem jakiegokolwiek leczenia. A jednak to stanowisko nie jest słuszne. Nerka nie jest narządem obojętnym i trzeba przed operacyą próbować leczenia swoistego, zwłaszcza pamiętając o tem, że gruźlica w nerce niemal nigdy nie jest ogniskiem pierwotnem, że wobec tego wycięcie nerki jest zabiegiem niejako paliatywnym, nie mogą-

cym na pewno uchronić drugiej nerki od zakażenia z jakiegoś innego pierwotnego ogniska chorobowego. — Przesadzonym też jest opis szybkiego szerzenia się gruźlicy w nerce. Zwykle właśnie gruźlica przebiega tu tak wolno, że jest czas na leczenie wewnętrzne i na ewentualną operacyę. Formy rozpadowe należą do chirurga, lecz początkowe, guzkowe, bezwarunkowo do internisty i, jak autor przekonał się na 12 przypadkach, można przy leczeniu tuberkuliną osiągnąć, jak twierdzi, zupełne wyleczenia. K.

Paessler i Mann. **Patologia i terapia schorzeń migdałków.** (Tow. lek. Drezno, II. 1911). Nie ulega wątpliwości, że schorzenia migdałków są przyczyną różnych nieraz odległych cierpień, a należą tutaj: obrzmienia gruczołów szyjnych, śródpiersiowych i pachowych (nieraz bolesne), objawy ogólne (bole głowy, podniesienia ciepłoty, zaburzenia snu), objawy gośćca ostre i przewlekłe, rwa kulszowa gośćowa, pląsawica, zaburzenia sercowe, nerkowe, wyrostka robaczkowego i t. p Bakteryologicznie spotyka się przytem w migdałach prawie zawsze paciorkowce. — Jedynem racyonalnem leczeniem przy powracających zakażeniach z migdałów jest doszczętne ich usunięcie, co daje się łatwo wykonać także w znieczuleniu miejscowem (10—15 cm^3 półprocentowej nowokainy). Należy potem skrzętnie zatamować krwawienie, bo krwotoki następowe występują nierzadko. Przez kilka dni potem istnieją trudności połykowe. (W dyskusyi wielu mowców oświadczyło się przeciw bezkrytycznemu doszczętnemu wycinaniu migdałów, albowiem pozbawia się przez to ustrój dzielnego narządu ochronnego. Migdały usuwać doszczętnie wolno jedynie tam, gdzie jesteśmy pewni, że one wywołują ciągle ciężkie przypadłości, a leczenie zachowawcze nie wiedzie do celu). K.

Brandes. **O stosowaniu trypsyny w leczeniu gruźlicy chirurgicznej.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 28). Leczenie trypsyną gruźlicy chirurgicznej, zresztą bolesne, drogie i nie bez niebezpieczeństw (objawy toksyczne), oddać może jednak, zwłaszcza w przypadkach ropni zimnych, cenne usługi nawet nieraz tam, gdzie kilkakrotne stosowanie jodoformu pozostało zupełnie bez skutku. Czasem jednak trypsyną niszczy także tkanki zdrowe i przez to wiedzie do tworzenia się przetok. Istnieją już przetwory trypsyny na pewno jałowe (Freunda, Redlicha i amerykańskie). K.

Bätzner. **W sprawie leczenia trypsyną gruźlicy chirurgicznej.** (Arch. f. kl. Chir. 95. I). B. używał trypsyny amerykańskiej firmy Fairschild-Bros-Forster z Nowego Yorku i osiągnął pomyślne wyniki w gruźlicy gruczołów, stawów, torebek, a zwłaszcza w ropniach zimnych. Nieraz także sprawy kostne po tem leczeniu zaczynają się goić wcale dobrze. K.

Neumann-Kneucker. **Chirurgia zębów i jej znaczenie dla lekarza praktycznego.** (Mediz. Klinik 1911, Nr 29). Chirurgia zębów dzięki chirurgii ogólnej poczyniła w ostatnich czasach znaczne postępy. Zapomocą znieczulania w »przewodnictwie« możemy wykonywać bezboleśnie większe zabiegi na obu szczękach, podniebieniu i wogóle w jamie ustnej Znieczulenie miejscowe dozwala odsłaniać dokładnie zębodół przed trudniejszemi ekstrakcyami tak, że obecnie »złamanie zęba«, względnie niemożność wyjęcia korzenia należeć powinny do historyi. Mimo to postępujemy obecnie o wiele częściej zachowawczo, niż dawniej. N. p. przy przewlekłem zapaleniu okostnej z przetoką dawniej wyjmowano ząb, obecnie zaś w znieczuleniu miejscowem odsłaniamy zębodół, usuwamy przednią ściankę, wycinamy szczyt korzenia, wyskrobujemy jamę ropnia i tamponujemy, przez co udaje się często ząb uratować na długi czas, plombując po zgojeniu lub dając złotą koronę. Przez usunięcie przedniej ściany leczymy też torbiele, mające ten sam nabłonek, co i jama ustna, prostujemy drogą krwawą zęby, wycinamy guzy i t. p. K.

Calot. **Leczenie gruczołów szyjnych.** (Monde medical, Nr 418). C. stał się stanowczym przeciwnikiem doszczętnego usuwania gruczołów szyjnych gruźliczych. Usuwanie nożem nie zawsze może być doszczętne, nie dziw też, że nawroty po operacyi są częste, a nieraz gruczoły właśnie rosną szybciej po operacyi. Nadto wchodzi tu w rachubę oszpecenie szyi, co u kobiet równa się kalectwu. A jednak da się tej operacyi prawie zawsze uniknąć. Niemal $^2/_3$ gruczołów pod wpływem racyonalnego leczenia ogólnego ulega wessaniu, tylko bardzo mało gruczołów twardych opiera się leczeniu, choć i na nie mamy sposób, mianowicie C. wstrzykuje w nie po kilka kropli fenolu kamforowego z esencyą terpentynową. — Gruczoły zropiałe leczy C. w ten sposób, że systematycznie wypuszcza ropę i wstrzykuje odpowiednią ilość płynu następującego: Rp. Guajacol. 1,0, Kreozot. 5,0, Jodoform 10,0, Aether. 30,0, Ol. olivar. 70,0. Postępować należy jednak bardzo czysto, używać igieł cienkich i wbiwszy je poza gruczołem w skórę, skośnie wsuwać w gruczoł, a nie prostopadle, przez co unika się ew. wytworzenia się przetoki. Leczenie to trwa 1—2 miesięcy. W ten sposób wyleczył C. dużo chorych nawet z ogromnymi gruczołami i nawrotami po operacyach. K.

Kümmell. **O śródżylnem uśpieniu eterowem.** (Arch. f. kl. Chir. 95. I.). Śródżylne uśpienie eterowe jest stosowne u osobników wyniszczonych, a dalej przy operacyach na głowie i szyi. Zarzucane temu uśpieniu tworzenie się skrzepów w miejscu wkłucia jest bez znaczenia, zresztą zapobiedz mu można przez ciągłe wlewanie (dwa naczynia łączą się w jedną rurkę, z jednego biegnie płyn usypiający, a w razie, gdy ten jest niepotrzebny, wlewa się sam roztwór soli z drugiego). Przed operacyą K. wstrzykuje jeszcze zwykle $^1/_2$ mg skopolaminy i 1 cg morfiny, tak że żyłę łokciową odsłania już w zamroczeniu. Okres tolerancyi występuje różnie, zwykle od 4—10 minut. Przeciwwskazaniami do uśpienia śródżylnego eterem, są: stwardnienie tętnic, ciężkie zmiany mięśnia sercowego, krwistość, żółcica (cholaemia). K.

Arnd. **Uśpienie rozczynem eteru od strony odbytnicy.** (Arch. f. klin. Chir. 95. I.). Technika bardzo prosta. Na dwie godziny przed operacyą 0,02—0,04 pantoponu, a w godzinę to samo + 0,0004—0,0007 skopolaminy. W pół godziny potem lewatywa (po poprzedniem wypróżnieniu kiszki) z litra 5% wody eterowej. Już w kilka minut można rozpocząć operacyę. Uśpienie trwa długo, a przy końcu wypuszcza się rurką nadmiar płynu z kiszki. W ten sposób usypiano 30 osób. Trzy razy porażenie oddechu i potrzeba sztucznego oddychania, raz silna krwawa biegunka, zresztą wyniki zupełnie dobre. K.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Posiedzenie lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie

z dnia 6. VI. 1911 r.

1) Lustgarten przedstawia chorego W. K., l. 11, przedstawionego poprzednio dnia 2. V. b. r. (Nr Przeglądu 26) z rozpoznaniem **guza mózgu** w obrębie ośrodków ruchowych strony lewej. Postanowiony wówczas zabieg operacyjny, wykonany w klinice chirurgicznej przez Doc. Radlińskiego, nie wykazał w miejscu wskazanem guza, dał jednak wynik pomyślny, a mianowicie poprzednio bardzo częste napady padaczki Jacksonowskiej od dni 20 ustały, znaczne przedtem tarcze zastoinowe ustąpiły, zostało tylko nieznaczne zatarcie granic tarczy, wreszcie wybitny niedowład ręki prawej prawie znikł, utrzymały się tylko drobne zmiany w zakresie prawego nerwu twarzowego i wzmożenie odruchów strony prawej. Na podstawie wszystkich

danych dochodzą Landau i Lustgarten do wniosku, że nie wykluczonem jest istnienie guza w okolicy podkorowej ośrodków ruchowych strony lewej, że nie da się jednak stanowczo zaprzeczyć, iż w danym razie chodziło o t. zw. guz rzekomy (pseudotumor) Nonnego.

2) Dąbrowski przedstawia 36-letnią robotnicę M. F., cierpiącą na **omamy rzekome.** Matka chorej nadużywała alkoholu, ojciec podejrzany co do padaczki, brat przyrodni miał »wodę w głowie«. W 20. r. ż. choroba gorączkowa, w przebiegu której zwidywania. Obecnie zgłasza się chora z powodu bólów głowy, żołądka, w nogach i rękach, a nadto uskarża się na omamy, przeważnie wzrokowe, rzadziej słuchowe i czuciowe, od lat dwóch. Omamy te są najrozmaitszej treści, występują w dzień przy zamknięciu ócz, mają nadzwyczajną plastyczność. Chora jest stosunkowo bardzo inteligentna, odnosi się do omamów krytycznie i oddziela je ściśle od rzeczywistości.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

70. Ogólne Zebranie w dniu 22. kwietnia 1911 r.

Obecnych 15 członków. Na przewodniczącego Zebrania wybrany został kol. Fidler.

Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego Zebrania.

1) Kol. Fidler otworzył dyskusyę w sprawie Zjazdu łódzkiego w czerwcu b. r. Okazało się, że jadą z odczytami koledzy Fidler, Pełczyński, Raszkes i Szczepaniak.

2) Kol. Fidler zawiadomił kolegów, że kolega Jan Przychodzki obchodzi w roku bieżącym 50-letni jubileusz pracy lekarskiej. Postanowiono obchodzić jubileusz kol. Przychodzkiego ofiarowaniem mu grupy fotograficznej na jednem z posiedzeń Towarzystwa, oraz po posiedzeniu ucztą koleżeńską.

3) Kol. Fidler otworzył dyskusyę nad zakończeniem projektu organizacyi zawodowej lekarzy ziemi radomskiej. Po dłuższych debatach uchwalono:

§ 17. W razie gdyby lekarz otrzymywał sumaryczne wynagrodzenie roczne, tedy: 1) Za czynności oznaczone w § 16 projektu pod liczbami 2, 3 i 4 pobierać winien po 1 rb. 25 kop. rocznie od robotnika i oficyalisty. 2) Za czynności, oznaczone liczbami 1, 2, 3 i 4 łącznie po 1 rb. 50 kop. rocznie od robotnika i oficyalisty. Uwaga: Wynagrodzenie za orzeczenie w komisyach z inspektorem fabrycznym liczone będzie oddzielnie według liczby 5 § 16.

§ 18. Lekarzowi fabrycznemu przysługuje prawo skierowywania chorych robotników i oficyalistów do innych lekarzy na koszt fabrykanta z wynagrodzeniem podług umowy pomiędzy lekarzem fabrycznym i konsultantami.

§ 19. Nad wykonaniem powyższych uchwał czuwać będzie sąd koleżeński, złożony z trzech osób i dwóch zastępców z pośród członków Tow. lek. radom. Kompetencyi tego sądu polubownego podlegać będą sprawy, wynikające z powodu obrażenia powyższych uchwał, zarzuty wnoszone przez strony, jakoteż wdrażane przez sam sąd.

§ 20. Członkowie sądu i ich zastępcy wybierani będą na dorocznem administracyjno-sprawozdawczem Ogólnem Zebraniu członków Tow. lek. radomskiego.

§ 21. Od wyroków sądu koleżeńskiego strony zainteresowane lub jedna z nich mają prawo odwołania się do Ogólnego Zebrania, którego decyzye będą ostateczne w rozpatrywanej sprawie.

§ 22. Dla rozstrzygnięcia podobnego rodzaju spraw na Ogólnem Zebraniu niezbędną będzie obecność co najmniej $^1/_3$ wszystkich członków Towarzystwa. Uchwały na takiem Zebraniu zapadać będą większością $^2/_3$ ogólnej liczby obecnych.

§ 23. Instrukcyę i procedurę dla powyższego postępowania i dochodzenia wypracuje sam sąd koleżeński. Po uchwaleniu ich na Ogólnem Zebraniu są one prawomocne dla lekarzy ziemi radomskiej.

71. Ogólne Zebranie członków w dn. 20 maja 1911 r.

Obecnych 13 członków. Na przewodniczącego wybrany został kol. Fidler.

Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego Zebrania.

1) Kol. Fidler porusza sprawę wydawania świadectw chorym członkom stowarzyszeń zawodowych o charakterze ekonomicznym. Stowarzyszenia te żądają wymienienia nazwiska i rodzaju choroby. Kolega F. protestuje przeciw takiemu stanowi rzeczy, jako naruszającemu tajemnicę lekarską. Sądzi, że wystarczyć powinno zaświadczenie lekarza, iż dany osobnik wskutek choroby przez taki a taki przeciąg czasu był chory. — Kol. Szczepaniak sądzi, że prywatnym osobom na ich żądanie można wydawać świadectwa o rodzaju ich choroby. — Kol. Fuksiewicz jest tegoż zdania. Sądzi, że Towarzystwom należy odmawiać wymieniania rodzaju choroby, lecz byle tylko nie było ogłaszane publicznie, to ostatecznie wymieniaćby można. — Kol. Fidler sądzi, że wymieniając rodzaj choroby, można sprawić szkodę ekonomiczną i moralną choremu. — Kol. Pełczyński sądzi, że należy zapytać się Stowarzyszeń, jaki jest cel świadectw, oraz prosić o przysłanie ustaw wspomnianych Stowarzyszeń. — Postanowiono zwrócić się do Stowarzyszenia robotników chrześciańskich w Radomiu o przysłanie ustawy.

2) Kol. Fidler referuje komunikat kol. Kellerworma o podjęciu się pracy w ambulatoryum Linas-Hacedek. Zgromadzeni przyjmują do wiadomości zawiadomienie kol. Kellerworma. Kol. Fidler proponuje kol. Cunga na referenta w sprawie uregulowania stosunku wszelkich Stowarzyszeń do lekarzy na następnem Zebraniu. Kol. Cung propozycyę tę przyjmuje.

72. Ogólne Zebranie z dnia 24. czerwca 1911 r.

Obecnych 16 członków. Na przewodniczącego Zebrania wybrany został kol. Kosicki. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego Zebrania.

1) Kol. Rakowski przedstawia odezwę zarządu Stowarzyszenia robotników chrześciańskich wraz z ustawą tegoż Stowarzyszenia, które uchwalono przekazać zarządowi Tow. lek. do rozpatrzenia.

2) Kol. Pełczyński przedstawia sprawozdanie z sekcyi medycyny publicznej Zjazdu łódzkiego.

3) Kol. Raszkes zdaje sprawę z sekcyi chirurgiczno-ginekologicznej tegoż Zjazdu.

4) Kol. Szczepaniak zdaje sprawę z tegoż Zjazdu, zaznaczając, że projekt organizacyi zawodowej lekarzy ziemi radomskiej został wysłuchany z uwagą przez członków Zjazdu i zyskał poklask.

5) Z powodu nieobecności kolegów Idzikowskiego i Fidlera nie było dyskusyi nad ustawą Tow. przytułku położniczego w Radomiu, oraz nie odbył się odczyt kol. Fidlera: »Zarys dziejów leczenia gruźlicy, oraz przewidywania na przyszłość«.

Członek Zarządu sekretarz: T. Rakowski.

Wiadomości bieżące.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 13. VIII. do 19. VIII. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 7 † 1 (w tem obcych 4 † 1), krztuśca 1 † 1 (— † —), ospy wietrznej 1 † — (— † —), płonicy 8 † 2 (5 † 1), odry 5 † 1 (— † —), duru brzusznego 6 † 1 (3 † 1), czerwonki 2 † — (— † —), cholery dziecięcej 19 † 19 (— † —), cholery swojskiej 1 † — (1 † —), gorączki połogowej 1 † 1 (— † —), Nagm. zap. opon mózg. — † 1 (— † —), róży — † — (— † —), tetanus — † 1 (— † 1).

Dr Janiszewski.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok L. Kraków, dnia 2. września 1911. Nr 35.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Odporność czynna i bierna przeciwko błonicy.

Podał

Dr S. Dzierżgowski (Petersburg).

(Wykład na XI. Zjeździe lekarzy i przyr. w Krakowie).

Odpornością ustroju w najszerszem tego słowa znaczeniu, nazywamy jego własności przeciwdziałania szkodliwym dla niego fizyologicznym czynnikom. Wśród całego mnóstwa tych najróżnorodniejszych szkodliwych dla ustroju czynników bodaj że najpierwsze miejsce zajmują drobnoustroje chorobotwórcze i jady, czyli toksyny, w nich zawarte lub przez nie wydzielane.

Zjawiska odporności, tyczące się tych dwóch ostatnich czynników, i to w stosunku do błonicy, stanowią przedmiot mojego komunikatu.

W przyrodzie spotykamy dwie główne formy odporności przeciwko błonicy, a mianowicie odporność wrodzoną i odporność nabytą.

Odporność wrodzona bywa gatunkową, t. j. swoistą dla całego gatunku zwierząt, albo indywidualną, swoistą w danym gatunku dla oddzielnych jego osobników.

Odporność gatunkową przeciwko błonicy spotykamy u psów, kotów, szczurów, koni i wielu innych zwierząt, u których błonica, jako choroba, nie jest znaną w warunkach ich życia naturalnego.

Wyjaśnienie tej formy odporności stanowiło przedmiot ostatniej mej pracy, którą tu w paru słowach streszczę.

Jeżeli wstrzyknąć kotu pod skórę, w tkankę dolnej części gardła, lub w jamę opłucną, odmytą przez bulion hodowlę laseczników błonicy, to zwierzęta te nie ulegają zakażeniu i nie okazują przytem wielkiego odczynu, pomimo, że są one nadzwyczaj wrażliwe na działanie jadu błonicy. Koty, jak pokazały moje doświadczenia, są na jad błonicy 2 razy wrażliwsze, aniżeli świnki morskie i najmniejsza dla nich dawka śmiertelna tego jadu na kilogram wagi jest 2 razy mniejszą, niż dla świnek. Największa ilość hodowli odmytych laseczników błonicy, którą wprowadzałem kotom, pochodziła z 200 cm. sz. bulionu, szczepionego w płaskiej kolbce Roux i równała się całym tysiącom dawek śmiertelnych dla morskiej świnki. Hodowla błonicy, której używałem do doświadczeń, była bardzo żywotną i dawała jad, o sile, odpowiadającej najmniejszej śmiertelnej dawce dla świnki morskiej w ilości 0·005 cm^3. Doświadczenia te pokazały, że odporność gatunkowa kotów przeciwko błonicy polega na łatwem zniszczeniu w ich ustroju danych laseczników, przyczem niszczenie to odbywa się tak szybko, iż laseczniki te nie zdążają wydzielić jadu, który jest zabójczym dla niszczącego je ustroju. Badania drobnowidowe preparatów, zrobionych z miejsca wstrzyknięcia odmytej hodowli laseczników, jak również badania w probówce zachowania się laseczników względem fagocytów wykazały, że im to należy przypisać niszczące własności i ochronę ustroju kota od zarażenia. Jeżeli będziemy badać, jaką ilość odmytej hodowli laseczników błonicy rozmaite gatunki zwierząt, naturalnie odpornych, są zdolne zasymilować bez zakażenia się, to otrzymamy całą gamę, w której skrajne stopnie, chociaż znaczne między sobą w tym względzie okażą różnice, jednakże wszystkie odpowiadające im gatunki w warunkach ich życia naturalnego będą przeciwko błonicy zupełnie odporne, gdyż w tych warunkach zarazek przenika do ich ustroju tylko w bardzo niewielkich ilościach i w każdym razie w mniejszych od tych, które są niezbędne dla ich zakażenia. Podobneż wyniki otrzymamy, jeżeli będziemy określać wielkość dawki śmiertelnej odmytej hodowli błonicy dla różnych jednostek jednego i tego samego gatunku, tylko różnice w tym wypadku, między skrajnymi stopniami znajdziemy znacznie mniejsze. Różnice między oddzielnymi stopniami tej gamy nazwano odpornością indywidualną w odróżnieniu od podobnychże różnic w gamie pierwszej, które nazwano odpornością gatunkową. Prócz wyżej wskazanej formy walki ustroju z zarazkiem błonicy, osnutej na niszczeniu samych komórek tego zarazka, istnieje i druga forma, polegająca na wydzielaniu przez komórki ustroju ciał, niszczących jady, wydzielane przez te zarazki. — Ciała te noszą nazwę antytoksyny i wydzielane są przez komórki ustroju, wchodzące w zetknięcie z jadem, wydzielanym przez laseczniki błonicy, aby w ten sposób z jednej strony zabezpieczać komórki od zgubnego działania toksyny, z drugiej zaś, aby ochronić ustrój od ogólnego zatrucia (intoxicatio), które, jak wiadomo, obniża odporność naturalną i stwarza warunki więcej sprzyjające mnożeniu się zarazka. W ten sposób wydzielenie antytoksyny w ustroju staje się dla niego środkiem pomocniczym w jego walce z zarazkiem. Zajmującym jest fakt, że między temi dwoma metodami walki ustroju z zarazkiem błonicy, w ustroju zwierząt istnieje pewna równowaga, oparta na ilościowo odwrotnym ich stosunku. I tak ustrój kota, mający tę własność, że prędko i w wielkiej ilości niszczy laseczniki błonicy, okazuje naodwrót bardzo małą własność wydzielania antytoksyny; od-

wrotnie ustrój konia, mający własność wydzielania ogromnych ilości antytoksyny, okazuje jednocześnie bardzo małą zdolność niszczenia samego zarazka. W ten sposób koń ma naturalną odporność przeciwko błonicy, dzięki własności łatwego tworzenia antytoksyny, wskutek czego jad, wydzielany przez laseczniki błonicy, zostaje zobojętniony i nie może wywołać objawów choroby, mających swą przyczynę w intoksykacyi; kot zaś odwrotnie, nie mając własności tworzenia antytoksyny, ma odporność naturalną dzięki sprawności fagocytów, mających własność szybko i w wielkiej ilości niszczyć zarazki, przez co zostaje w ustroju zniszczona przyczyna wydzielania jadów, wywołujących objawy choroby.

Obie wyżej wskazane formy walki ustroju z zarazkiem błonicy stanowią skrajne bieguny gamy, w której pośrednie stopnie przedstawiają ustroje, mające własności posiłkowania się w tej walce, to silniej wyrażoną formą pierwszą, to drugą. Wszystkie te formy odporności, t. j. całą ich gamę, nazywamy odpornością czynną, gdyż do jej przejawienia się potrzebny jest czynny udział samego ustroju.

Wspominając o znaczeniu antytoksyny, wydzielanej przez komórki ustroju w walce z zarazkiem, należy wspomnieć i o sztucznej odporności zwierząt przeciwko jadowi błonicy. Uodporniając różne gatunki zwierząt przeciwko błonicy przez wprowadzenie do ich ustroju wciąż wzrastających dawek jadu błoniczego, można je tak uodpornić, że zwierzęta te zdołają bezkarnie znosić wstrzyknięcie dawki jadu parę tysięcy razy większej od tej, która początkowo była dla nich śmiertelna. Przy podobnem uodpornianiu daje się zauważyć: 1) że różne gatunki zwierząt nie jednakowo łatwo dają się uodpornić i 2) że przy jednakowym stopniu uodpornienia różne gatunki zwierząt okazują znaczne różnice w ilości antytoksyny, nagromadzonej w ich surowicy podczas uodporniania.

Koty najtrudniej uodpornić; większość ich pada, doszedłszy zaledwie do dawki, odpowiadającej połowie jednorazowej, najmniejszej dla nich, śmiertelnej dawki jadu, pomimo powolnego uodporniania i jego rozpoczęcia od bardzo nieznacznej dawki jadu, nie przewyższającej tysiącznej części ($^{17}/_{1000}$) śmiertelnej dawki.

Znacznie łatwiej uodpornić psy, chociaż i u tych zwierząt uodparnianie musi być bardzo powolne i musi się rozpocząć od dawki jadu, nie przewyższającej paru tysiącznych procentu najmniejszej dla nich śmiertelnej dawki jadu. Zwierzęta te, doszedłszy do jednorazowej dawki jadu, odpowiadającej 2000 do 4000 śmiertelnych dla nich dawek jadu, mają w surowicy krwi nieznaczne tylko ilości antytoksyny, które u psa dosięgają 3—5 jednostek Behringa, u kotów dosięgają zaledwie paru dziesiątych jednej jednostki. Zupełnie inaczej zachowuje się koń przy uodpornianiu jadem. Jednorazowe wstrzyknięcie jadu, w ilości nie przewyższającej 0,1 najmniejszej dawki jadu śmiertelnej dla morskiej świnki, podwyższa często antytoksyczne własności surowicy krwi konia dziesięć do stu razy, a przy zużyciu dla uodpornienia konia równej ilości jadu, jak dla uodpornienia psa, we krwi jego nagromadzają się ilości antytoksyny, odpowiadające średnio 200 do 500 jednostkom Behringa. Jeżeli więc przyjmiemy, że waga psa jest średnio 25 razy mniejsza od wagi konia, to pies, zdolny znieść tę samą dawkę jadu, jak koń, jest 25 razy silniej uodporniony przeciwko jadowi błonicy, aniżeli koń, i jednocześnie we krwi tego psa jest 2 do 5 tysięcy razy mniej antytoksyny.

Zjawisko to zmusza nas przyjąć, że ilość antytoksyny, krążąca we krwi, nie jest miernikiem siły odporności ustroju przeciwko jadowi błonicy i że odporność ta nie polega na prostem zobojętnieniu jadu, krążącego we krwi.

Za najlepszy tego przykład mogą służyć konie, które często padają przy odpornianiu od wprowadzonego im pod skórę jadu, bez względu na to, że ilości antytoksyny, zawarte w ich krwi, są dziesiątki, a nawet setki razy większe, aniżeli ilości, potrzebne dla zobojętnienia tej ilości jadu, która została im wstrzyknięta i od której giną. Dla objaśnienia tego faktu, należy przedewszystkiem uprzytomnić sobie warunki, w jakich znajduje się jad błonicy, wprowadzony pod skórę konia uodpornionego. Badania moje nad topograficznym podziałem antytoksyny w ustroju konia pokazały, że główna ilość antytoksyny zawiera się w plazmie krwi i tylko bardzo nieznaczne jej ilości przypadają na wszystkie inne c i e c z e, n a r z ą d y i tkanki jego ustroju. Dzięki temu toksyna, wprowadzona pod skórę nawet u konia, mającego w swej krwi znaczne zapasy antytoksyny, znajduje się w warunkach, w których może przejawić swe trujące działanie na komórki, z któremi się styka, gdyż łatwo jej zobojętnić te nieznaczne ilości antytoksyny, które spotyka na miejscu wstrzyknięcia.

W taki więc sposób jad wprowadzony do ustroju uodpornionego, po zobojętnieniu antytoksyny na miejscu jego wstrzyknięcia, znajduje się w warunkach, w jakich znajduje się jad, wprowadzony pod skórę u zwierzęcia nieuodpornionego. Ponieważ jednak, jak to już omówiono wyżej, komórki ustroju mają własność wydzielania antytoksyny przy działaniu na nie jadu błonicy, to i komórki ustroju uodpornionego, stykające się z jadem, po zobojętnieniu miejscowej antytoksyny, zaczynają ją wydzielać same i wydzielają ją szybciej i w większych ilościach, będąc przez uprzednie działanie jadu przy uodpornianiu do podobnego wydzielania przyzwyczajone i w niej wyćwiczone. Tu właśnie, przez uodpornienie nabyta sprawność komórek do wydzielania antysoksyny prędkiego i w wielkiej ilości jest właściwym czynnikiem, który, niszcząc wielkie ilości jadu wprowadzanego pod skórę, robi zwierzę odpornem.

Niektóre gatunki zwierząt są tak wrażliwe na swoiste podrażnienie ich komórek jadem błonicy, że podrażnienie to zachowują na czas dłuższy i przedłużają wydzielanie antytoksyny i po zobojętnieniu jadu, t. j. po usunięciu samej przyczyny drażniącej.

Wydzielana przez komórki zbyteczna antytoksyna jako produkt nie swoisty otaczającym komórki cieczom, drogą limfatyczną zbiera się we krwi i tam się nagromadza. Ta własność, nadprodukcyi antytoksyny najsilniej wyrażoną jest u konia, — najmniej — u psa i kota, i dlatego też przy uodpornianiu koń, jak już wspomniałem wyżej, daje surowicę ze znacznie większą zawartością antytoksyny, aniżeli pies.

Przytoczone wyżej objaśnienie mechanizmu, działania jadu b ł o n i c y, p o w s t a w a n i a w ustroju antytoksyny i nagromadzania się jej we krwi znajduje potwierdzenie w wielu znanych nam faktach.

Powszechnie uznano, że w ustroju antytoksyna po-

wstawać może tylko po wprowadzeniu do niego jadu błoniczego, badania zaś moje pokazały: 1) że zobojętniona mieszanina jadu i antytoksyny nie może wywołać w ustroju wydzielania antytoksyny i 2) że przez wprowadzenie jadu błonicy do układu krwionośnego nie można pobudzić ustroju do wydzielania antytoksyny, o ile wprowadzane ilości jadu będą mniejsze od znajdującej się we krwi antytoksyny. Przytoczone fakty zmuszają przyjąć: 1) że nowe ilości antytoksyny w ustroju uodpornionym muszą się wywiązywać na miejscu wstrzyknięcia jadu, ponieważ zobojętniona mieszanina jadu i antytoksyny nie może wywołać w ustroju tworzenia się antytoksyny, jad zaś, wstrzyknięty pod skórę ustroju, mającego w swej krwi antytoksynę, nie może się przedostać w inne miejsce tegoż ustroju, jak przez układ krwionośny, gdzie byłby zobojętnionym i do pobudzania komórek do nowego wydzielania antytoksyny niezdatnym i 2) że nowe ilości antytoksyny, w ustroju uodpornionym, mogą powstać tylko w warunkach, przy których nie zobojętniony jad działa na komórki ustroju.

(Dok. nast.).

Z Zakładu farmakologii doświadczalnej Prof. Dr L. Popielskiego we Lwowie.

W sprawie fizyologicznego działania wyciągu z przysadki mózgowej

(hypophysis cerebri).

Podał

Dr Jan Studziński (Kijów).

(Ciąg dalszy).

Doświadczenie XV. 5. IV. 1910. Pies 12·5 kg. wagi. Przecięcie tchawicy; przecięcie rdzenia kręgowego pod przedłużonym. Oddech sztuczny. Wyciąg wprowadzano do żyły udowej lewej, krew brano z tętnicy udowej lewej, ciśnienie krwi określano w tętnicy szyjnej lewej (tabl. XV.).

Koło 10 g. wieczorem w probówce Nr 2 zaczęła występować hemoliza, t. j. zabarwienie górnej warstwy płynnej na kolor czerwony. 9. IV. Krew w probówkach Nr 2 i 3 płynna, przyczem w probówce Nr 2 osocze koloru ciemno-czerwonego, a w probówce Nr 3 prawidłowego blado-żółtawego.

Widzimy tu, że wyskokiem bezwodnym można wyciągnąć z przedniej części przysadki mózgowej ciało, obniżające ciśnienie krwi z tylnej zaś części tym wyskokiem czynne ciało wyciągnąć się nie daje. Przecięcie nerwów błędnych po wprowadzeniu wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej wywołuje natychmiast podniesienie się ciśnienia krwi, przyspieszenie tętna i zmniejszenie jego fal, t. j. zniknięcie tętna czynnego. Wprowadzenie wyciągu z tylnej

TABLICA XV.

Czas	Tętno w 5''	Ciśnienie krwi w milimetrach rtęci			Uwagi
		Najwyższe	Najniższe	Średnie	
0 6 g. 35'					Wzięto do probówki: Nr 1—5 cm sz. krwi, Nr 2—5 » » », Nr 3—5 » » »
„ „ 5''					
„ „ 10''					
„ 46'	11	104	84	94	Wprowadzono 11 cm sz. wyciągu wyskokiem bezwodnym z przedniej części przysadek mózgowych (odpowiada 11·0 narządów świeżych).
„ „ 8''					Ciśnienie krwi obniża się.
„ „ 12''		90	40	65	Ciśnienie krwi zaczyna się podnosić.
„ „ 32''		120	78	99	Ciśnienie krwi zaczyna znowu się obniżać.
„ 47'	12	76	50	63	
„ 48'	13	56	50	53	
„ 49'	13	62	52	57	
„ 51'	12	80	64	72	
„ 54'30''					Krew w probówce Nr 1 skrzepła (po 19' 30'').
„ 57'	12	80	62	71	Wprowadzono 6 cm sz. wyciągu wyskokiem bezwodnym z tylnej części przysadek mózgowych (odpowiada 6·0 narządów świeżych). Zmian ani w ilości tętna, ani w ciśnieniu krwi zauważyć nie można.
0 7 g. 00'	12	80	64	72	Wprowadzono 10 cm. sz. tego, co poprzednio. Również ani w tętnie, ani w ciśnieniu krwi żadne zmiany zauważyć się nie dają.
„ 12'	12	76	58	67	Wprowadzono 6 cm sz. wyciągu n/10-kwasem solnym z tylnej części przysadek mózgowych (odpowiada 3·0 narządów świeżych). (Fig. Nr 1).
„ „ 10''					Ciśnienie krwi nieco obniża się, tętno staje się rzadszem.
„ „ 33''	8	60	44	52	Ciśnienie krwi zaczyna się podnosić, fale tętna stają się większe.
„ 13'	8	78	62	70	
„ 14'	6	120	84	102	Występuje charakterystyczne tętno czynne.

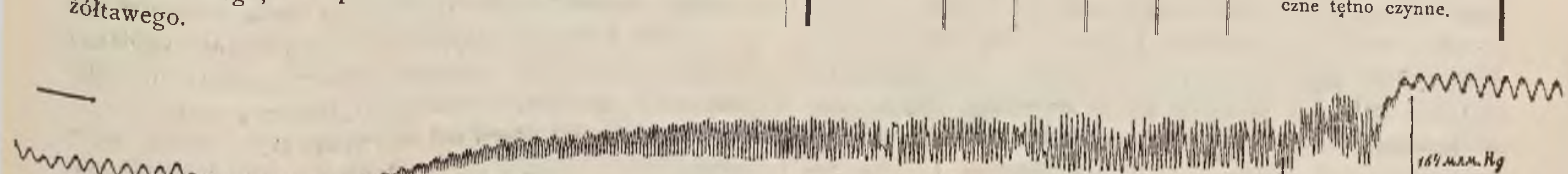


Fig. 1.

Górna linia krzywa oznacza ciśnienie krwi. Czytać krzywą od lewej ręki na prawo.
Średnia linia oznacza czas w sekundach.
Dolna — dla oznaczania czasu.
*) Wprowadzano 6 cm. sz. wyciągu n/10-kwasem solnym z tylnej części przysadki mózgowej (odpowiada 0·25 gr. narządów świeżych na 1 kg. wagi psa).
**) Przecięto nerwy błędne.

TABLICA XV ciąg dalszy.

Czas	Tętno w 5''	Ciśnienie krwi w milimetrach rtęci			Uwagi
		Najwyższe	Najniższe	Średnie	
O 7 g. 15'	5	130	78	104	
„ 16'	5	132	80	106	
„ „ 20''	5	132	80	106	Przecięto nerw błędny lewy.
„ „ 40''					Przecięto nerw błędny prawy. Ciśnienie krwi odrazu podnosi się, tętno czynne znika i ilość uderzeń tętna staje się większa.
„ „ 50''	12	180	164	172	
„ 18'	12	170	142	156	
„ 53'	11	64	48	56	Wprowadzono 8 cm sz. tego, co przedtem.
„ „ 9''					Ciśnienie krwi obniża się.
„ „ 14''	11	56	38	47	
„ „ 32''	11	52	40	46	Cisnienie krwi zaczyna się podnosić.
„ 54'	10	68	58	63	
„ 55'	11	86	58	72	
„ 56'	10	82	62	72	
„ 58'	10	86	68	77	
„ 8'	10	86	72	79	Ciałka krwi w probówkach Nr 2 i 3 osiadają na dno.
„ 5'	10	84	66	75	
„ 10'	10	76	58	67	
„ 15'	10	74	56	65	Wprowadzono 8 cm sz. 5% peptonu Witte.
„ „ 13''					Ciśnienie krwi zaczyna się obniżać.
„ 16'	11	34	26	30	
„ „ 45''	10	30	20	25	Wprowadzono 9 cm sz. wyciągu n/10-kwasem solnym z tylnej części przysadek mózgowych (odpowiada 4·5 narządów świeżych). Ciśnienie krwi wciąż się obniża.
„ 17'15''	11	20	12	16	Ciśnienie krwi zaczyna się podnosić.
„ 18'	10	32	20	26	
„ 19'	10	48	36	42	
„ 20'	10	60	44	52	
„ 22'	10	66	52	59	Wprowadzono 11 cm sz. 5% peptonu Witte.
„ „ 9''					Ciśnienie krwi nieco się obniża.
„ 23'	10	64	46	55	
„ 24'	10	52	38	45	
„ 25'	10	52	40	46	

części po uprzedniem przecięciu nerwów błędnych wywołuje na razie jak zwykle niewielkie obniżenie ciśnienia krwi, z następnem dość długo, bo przeszło 18 minut trwającem podniesieniem ciśnienia krwi bez najmniejszych wszakże cech tętna czynnego. Wprowadzenie potem peptonu Wittego obniżyło ciśnienie krwi; gdy w czasie obniżenia się ciśnienia wprowadzono znowu wyciąg z tylnej części przysadki mózgowej, ciśnienie krwi obniżało się dalej, jednak wkrótce zaczęło się podnosić, prędzej może, niż tego można się było spodziewać po wprowadzonej dawce peptonu Wittego. Fakt ten wskazuje na to, że wyciąg z tylnej części przysadki mózgowej działa oczywiście na to samo miejsce, co i pepton Wittego, czyli wazodylatyna, t. j. po części na zakończenie nerwów naczynioruchowych, a po części na same mięśnie, znajdujące się w ścianie naczyń. Działanie to jest pochodzenia obwodowego, gdyż występuje po przecięciu dróg nerwowych, łączących ośrodki z obwodem. Zniknięcie tętna czynnego natychmiast po przecięciu nerwów błędnych przemawia, do pewnego stopnia za tem, że zjawisko to jest pochodzenia ośrodkowego. Co do krzepliwości krwi zaś, to w danym przypadku otrzymaliśmy obniżenie krzepliwości krwi, objaw spostrzegany zwykle przy wazodylatynie, i przeto spodziewany co do wyciągu z przedniej części przysadki mózgowej, lecz wcale nieoczekiwany co do wyciągu z tylnej części, nadto niespodzianie też wystąpiła tu i częściowa hemoliza pod wpływem tego wyciągu. Wobec więc tego postanowiłem w następującem doświadczeniu jeszcze raz zbadać wpływ wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej na krzepliwość krwi.

D o ś w i a d c z e n i e XVI. 23. V. 1910. Pies 6 kg. wagi. Krew brano z tętnicy udowej prawej, wyciąg wprowadzano do żyły udowej prawej.

O 11 g. 40' wzięto krew do probówki Nr 1 (skrzep po 8').

O 11 g. 40' 5'' wzięto krew do probówki Nr 2, zawierającej 1 cm. sz. wyciągu rozczynem fizyologicznym z tylnej części przysadki mózgowej (skrzep po 30'').

O 11 g. 41' 10'' wzięto krew do probówki Nr 3, zawierającej 1 cm. sz. tegoż (skrzep po 15'').

O 11 g. 42' wzięto krew do probówki Nr 4, zawierającej 0·5 cm. sz. tegoż (skrzep po 20'').

O 12 g. 13' wprowadzono 10 cm. sz. tegoż wyciągu (odpowiada 0·75 narządów świeżych).

O 12 g. 13' 15'' pies podniecony, wyje, rzuca się.

O 12 g. 14' wzięto krew do probówki Nr 5.

O 12 g. 17' wzięto krew do probówki Nr 6.

O 12 g. 24' wzięto krew do probówki Nr 7, zawierającej 1 cm. sz. wyciągu rozczynem fizyologicznym z tylnej części przysadki mózgowej.

O 1 g. w probówce Nr 7 krew płynna, jednakże daje się zauważyć w niej niewielka ilość pływających luźnych skrzepów.

24. V. W probówkach Nr 5 i 6 krew płynna, w probówce Nr 7 bez zmiany.

Doświadczenie to każe nam przypuszczać, że w wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej znajdują się jednocześnie dwa ciała, działające w wprost przeciwnym kierunku: jedne, obniżające krzepliwość krwi — wazodylatyna, która wywołuje także początkowe obniżenie ciśnienia krwi po wprowadzeniu wyciągu, i drugie, podnoszące krzepliwość krwi. Na podstawie tego przypuszczenia przebieg krzepnięcia krwi »in vitro« wyobrażamy sobie w sposób następujący: Ciało, znajdujące się w tylnej części przysadki mózgowej, podnoszące krzepliwość krwi, szybko łączy się z ciałem, znajdującem się we krwi i utrzymującem ją w stanie płynnym, wskutek tego występuje prawie raptowne krzepnięcie krwi. Jeżeli zaś wprowadzimy tensam wyciąg w niezbyt wielkiej dawce do krwi, to ciała, podnoszącego krzepliwość krwi, nie wystarcza dla wywołania ogólnego skrzepu krwi, co daje możność drugiemu ciału. znajdującemu się w wyciągu, — wazodylatynie, — przejawić swoje działanie, wskutek czego też otrzymuje się obniżoną krzepliwość krwi. Za jeden jeszcze dowód prawdziwości naszego przypuszczenia może służyć ten fakt, że krew wzięta po wprowadzeniu wyciągu do probówki, zawierającej tenże wyciąg, pozostaje płynną z wyjątkiem kilku drobnych pływających w niej skrzepów, powstałych widocznie w pierwszej chwili zetknięcia się krwi z wyciągiem.

Pozostało nam jeszcze wyjaśnić wpływ atropiny na działanie wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej. W tym

celu czyniliśmy doświadczenie Nr 17 i 18, przyczem do doświadczenia użyliśmy wyciągu z suchych przysadek mózgowych fabryki Mercka, działających taksamo, jak wyciąg z tylnej ich części.

Doświadczenie Nr 17. 30. IV. 1910. Pies 6·5 kg. wagi. Wyciąg wprowadzano do żyły udowej prawej, ciśnienie krwi określano w tętnicy szyjnej lewej (tabl. XVI.).

TABLICA XVI.

Czas	Tętno w 5″	Ciśnienie krwi w milimetrach rtęci			Uwagi
		Najwyższe	Najniższe	Średnie	
0 6 g. 5′	8	222	122	172	Wprowadzono 0·0065 gr. siarczanu atropiny.
„ „ 11″		248	118	183	Źrenice rozszerzone ad maximum.
„ „ 25″					
„ 6′	8	230	176	203	
„ 7′	8	234	164	199	
„ „ 30″					Wprowadzono 3 cm sz. wyciągu z suchych przysadek mózgowych fabryki Mercka (odpowiada 19·5 narządów świeżych). Ciśnienie krwi zaczyna się podnosić.
„ „ 34″					
„ „ 44″	8	266	236	251	Ciśnienie powoli obniża się.
„ 8′					
„ „ 30″	8	258	212	235	
„ 9′ 30″	8	242	212	227	
„ 10′ 30″	8	226	200	213	
„ 11′ 30″	8	220	196	208	

Po wprowadzeniu więc wyciągu z przysadek mózgowych, gdy zakończenia nerwów błędnych zostały porażone atropiną, otrzymaliśmy tylko niewielkie podniesienie ciśnienia krwi bez żadnych zmian ze strony tętna. Ciśnienie krwi, osiągnąwszy swój szczyt po 14″, pozostało na tym poziomie przez 16″, a potem zaczęło powoli obniżać się do poziomu prawidłowego.

(Dok. nast.).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

A. Schmidt i O. David. **O leczniczem stosowaniu powietrza o małej zawartości tlenu.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 18). Autorowie podają w krótkości wyniki badań nad wpływem klimatu wysoko-górskiego na ustrój. Przytaczają znane fakta o wzmożeniu się ilości ciałek czerwonych we krwi, zwiększeniu bezwzględnem hemoglobiny, o częstem przyspieszeniu tętna. Ciśnienie krwi u zdrowych pozostaje bez zmiany, natomiast u ludzi ze zmianami w narządzie krążenia pojawia się najczęściej podniesienie się parcia krwi. Ludzie słabsi w klimacie wysokogórskim oddychają szybciej, u ludzi silniejszych występuje pogłębienie oddechów. W wysokościach ponad 300 m zapotrzebowanie tlenu jest większe, wzmaga się również i wydzielanie CO_2. Odkładanie azotu w ustroju jest większe, aniżeli jego wydzielanie. Wszystkie te zmiany wywołujące z jednej strony zmniejszone ciśnienie atmosferyczne, z drugiej zaś zmniejszone ciśnienie parcyalne tlenu. Otóż autorowie dochodzą do wniosku, że zmiany korzystne, jak zmiany we krwi, zwiększenie częstości, a względnie głębokości oddechów, żywsza przemiana materyi są wynikiem zmniejszonego ciśnienia parcyalnego tlenu. Mniejsze ciśnienie atmosferyczne wywołuje natomiast objawy niekorzystne, zmieniając ciśnienie krwi, wywołując wysoki stan przepony skutkiem rozprężania się gazów w żołądku i t. p. Autorowie zbudowali tedy przyrząd, zapomocą którego chorzy mogą oddychać powietrzem, w którem ilość tlenu dowolnie regulować można, przyczem chorzy wolni są od niekorzystnego wpływu, zmniejszonego ciśnienia. Doświadczenia, przeprowadzone z tym przyrządem, wprawdzie na niezbyt licznym materyale chorych, uprawniają jednak już teraz do wydania o nim korzystnego sądu. W niedokrwistośai blednicy ilość ciałek czerwonych i hemoglobiny wracała szybko do poziomu prawidłowego. Wyniki zaś w dychawicy, a zwłaszcza w przewlekłym nieżycie oskrzeli przy rozedmie miały być znakomite. Dr M. Sokołowski.

Leo Wolfer. **Nierówność źrenic, jako wczesny objaw gruźlicy płuc.** (Wiener med. Wochs. 1911, Nr 11). Jako wczesny objaw gruźlicy opisał przed rokiem Fodor nierówność oddziaływania źrenic na światło, twierdząc przytem, że szerzej i żywiej rozszerza się źrenica równostronna z zajętem płucem. Autor potwierdza spostrzeżenia Fodora, dodaje jednak na podstawie licznych badań, że nietylko przy badaniu oddziaływania na światło, lecz już w spokoju istnieje różnica wielkości źrenic u chorych gruźliczych. Różnica ta, zdaniem autora, jest wynikiem podrażnienia nerwu współczulnego przez gruźliczo zmienione gruczoły oskrzelowe. W. nie zgadza się jednak ze zdaniem, jakoby szersza źrenica uprawniała już do wniosku, że zajęte jest płuco równostronne; zajętym być może bowiem i dawać powód do rozszerzenia źrenicy tylko gruczoł tejże strony, gdy zmiany w płucu istnieją po stronie przeciwnej. Autor sądzi, że nierówność źrenic po wyłączeniu cierpień ocznych i chorób nerwowych, nakazuje przypuszczać zajęcie gruczołów oskrzelowych i uważana być może za jeden z wczesnych objawów gruźlicy płuc. Dr H. Sokołowska.

Prof. Pfeiffer. **O wewnętrznem stosowaniu przetworów tuberkulinowych.** (Wiener med. Wochs. 1911, Nr 7). P. zajmuje się pytaniem, czy usprawiedliwione jest wewnętrzne stosowanie przetworów tuberkulinowych w miejsce dotychczas stosowanych wstrzykiwań podskórnych. Przeprowadzone przez niego doświadczenia zapomocą stosowania tuberkuliny w lewatywach (celem uniknięcia trawiącego działania fermentów) stwierdziły, że użyć trzeba dawek kilkanaście razy większych, niż przy stosowaniu podskórnem, by wywołać taki sam odczyn. Ponieważ działanie fermentów w odbytnicy jest minimalne, przyczyną słabego odczynu jest zdaniem autora niedostateczne chłonienie w jelitach. Tuberkulina stosowana wewnętrznie przez usta ulega proteolitycznemu działaniu fermentów żołądka i trzustki, skutkiem czego nie może już działać na ustrój, gdyż jak to stwierdził autor »in vitro«, tuberkulina, na którą działała przez pewien czas pepsyna lub pankreatyna nie wywołuje odczynu ani miejscowego, ani ogólnego. Podawanie przetworów tuberkulinowych, osłoniętych keratyną dla uniknienia trawiącego działania soku żołądkowego, nie wiedzie też do celu. Streszczając swe wywody, dochodzi autor do wniosku, ze wewnętrzne podawanie tuberkuliny niema przyszłości, gdyż nie można ściśle oznaczyć, jaka ilość uległa wessaniu i o ile w warunkach prawidłowych należałoby stosować dawki znacznie większe, niż podskórnie, to znów w razie obecności wrzodów gruźliczych w jelicie zachodzi obawa nagłego zatrucia wskutek wzmożonego wessania.

Dr H. Sokołowska.

G. Mann. **Leczenie ciężkich niedokrwistości zapomocą podskórnych wstrzykiwań krwi.** (Wiener med. Wochs. 1911, Nr 91). W kilku przypadkach ciężkich niedokrwistości pokrwotocznych osiągnął Mann zapomocą podskórnych wstrzykiwań krwi wyniki zachęcające do dalszych prób. M. radzi odstąpić od dotychczas stosowanych bezpośrednich przelewań krwi z żyły do żyły lub z żyły do tętnicy, poleca natomiast gorąco wstrzykiwania podskórne niedowłóknionej krwi. M. w swoich przypadkach wstrzyki-

wał krew w ilości 20—25 cm³ co drugi dzień przez przeciąg kilku tygodni. Przy tym sposobie leczenia nie zauważył nigdy ujemnego ubocznego działania; krew ulegała wessaniu już w kilka godzin, wstrzykiwania zaś same były niebolesne. Dr H. Sokołowska.

Meirowsky. **Wzajemny stosunek istniejący między skórą, a nadnerczem.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 19). Barwik, znajdujący się w skórze, składa się z bezbarwnej substancyi podstawowej, będącej produktem jąder komórkowych i z substancyi barwnej, która powstaje skutkiem utleniającego działania pewnego swoiście działającego fermentu na białko. Nadmiar produktów rozpadu białka, służących do wytwarzania się barwika w skórze, ulega wessaniu, a dostając się do obiegu krwi, zostaje, jak przyjmuje autor, przetwarzany za pośrednictwem nadnerczy. Nadnercza zatem, spełniają rolę regulatora, w tworzeniu się barwika. Jeśli zatem nadnercza z jakichkolwiek powodów, czy to zmian nowotworowych, czy też gruźliczych, czynności swej regulującej spełniać nie mogą, wówczas produkta rozpadu białka znajdujące się w skórze, zostają w całości zmienione przez oksydazy w barwik, w następstwie czego pojawia się ciemne zabarwienie skóry. (Morbus Addisoni). Dr M. Sokołowski.

Echa XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

Podyktowana chęcią ulepszenia instytucyi naszych Zjazdów przyrodniczo-lekarskich krytyka pewnych szczegółów ostatniego Zjazdu ukazała się w Nr 31. »Medycyny i Kroniki lekarskiej«. Nie wchodząc w to, czy krytyka ta, napisana przez Dr J. Zawadzkiego, jest słuszna we wszystkich kierunkach, czy tylko pod niektórymi względami, przytaczamy główne jej ustępy w tej myśli, że wyrażone w niej niektóre zapatrywania powinni rozpatrzeć organizatorowie przyszłych naszych Zjazdów ogólnych i specyalnych. »Z góry byliśmy przekonani« — pisze Dr Zawadzki, — »że nawet trzecia część zgłoszonych odczytów nie wejdzie na porządek dzienny, niepodobna bowiem, aby program z 600 odczytów mógł być wyczerpany w ciągu 5 posiedzeń w 14 sekcyach, t. j. w ciągu 210 godzin pracy.

Tembardziej byliśmy zdziwieni nadesłanym nam programem, że na posiedzeniu specyalnem, zwołanem w (warszawskiem) Towarzystwie lekarskiem, najkategoryczniej postawiono kwestyę, że prócz referatów głównych innych odczytów nie będzie wcale.

I oczywiście nasze przewidywania spełniły się co do joty, spadły nawet referaty główne, a nad niektórymi (np. w sprawie przemiany materyi) nie było wcale dyskusyi. Czem się powodował Komitet gospodarczy, odstępując od postanowień poprzednich —, nie wiemy, wiemy jednak, że zmiana ta nie wyszła, przynajmniej w sekcyach lekarskich, na korzyść Zjazdowi, i że przez to Zjazd utracił swój charakter syntetyczny, że zamiast skupić np. internistów, zmusił ostatniego dnia do rozdzielenia się pedyatrów i neuropatologów, aby choć w części wypełnić program zapowiedziany.

Fakty te świadczą, iż w organizacyi Zjazdów musi nastąpić zmiana radykalna, że należy zdecentralizować pracę organizacyjną i tworzyć miejscowe komitety Zjazdu, które mogłyby bliżej porozumieć się z przyszłymi uczestnikami Zjazdów i wyrozumieć ich życzenia [1]).

Zjazd obecny robił wrażenie, jakby na pierwszym planie stawiano interesy prelegentów, a nie słuchaczy. Przez połączenie specyalności chciano udostępnić lekarzom możność zapoznania się z kwestyami bieżącemi z różnych specyalności, myśl ta jednak nie weszła w czyn, i stało się odwrotnie: każdy musiał wybrać jedną tylko sekcyę, rozrzucenie bowiem wykładów na dość szerokim terenie czyniło słuchanie w kilku różnorodnych sekcyach rzeczą niemożliwą. To też, o ile na pierwszych posiedzeniach było rojno, liczba słuchaczy topniała z każdą chwilą i zeszła w końcu Zjazdu do bardzo nielicznej garstki. Dzięki ułatwieniom dla prelegentów, dziwnej wyrozumiałości prezydyów, pozwalających na przedłużanie referatów do półtorej godziny i więcej, zmieniano dowolnie porządek dzienny, siejąc dezorganizacyę, przenoszono więc z dnia na dzień całe referaty nawet na sekcyach połączonych, uniemożliwiając do reszty zajętym w innych sekcyach lekarzom wzięcie udziału w posiedzeniu i dyskusyi.

Wykazanie tych braków zasadniczych niema bynajmniej na celu krytyki Komitetu gospodarczego, który dokonał pracy syzyfowej najlepiej według swego rozumienia, ale oświetlenie braków dla uniknięcia ich w przyszłości.

Dawniej, gdy wogóle liczba towarzystw naukowych była mała, gdy uczony nie miał możności podzielenia się spostrzeżeniami w większem gronie, można było i należało dzielić Zjazd na sekcye i sekcyjki, aby dać możność wygłoszenia większej liczby odczytów i dyskusyi w gronie wyłącznie specyalistów. Dziś stosunki zmieniły się nie do poznania, specyaliści mają szereg sekcyi w towarzystwach lekarskich, własne zjazdy, własne pisma, nie chodzi więc na zjazdach ogólnych o danie upustu dla odczytów różnych specyalistów, ale chodzić powinno o skoncentrowanie wiedzy, o wykazanie postępów danej gałęzi szerokim masom niespecyalistów, którzy wszak po to z różnych zakątków kraju zbierają się tak licznie.

Nam się zdaje, że wszystkie odczyty powinny być dla wszystkich dostępne i nie powinny być odczytami, ale referatami, ściśle powiązanymi ze sobą. Cóż, kiedy nawet referenci nie porozumieli się z sobą, każdy zaczynał tak, jakby poprzednik nic w danej kwestyi nie powiedział, stąd powtarzania i strata czasu. Najjaskrawiej wystąpiło to w referatach o arytmii sercowej, znać było, że referenci zgoła przedtem nie porozumieli się z sobą i nie odczytali referatów swych koreferentów [1]).

Na przyszłość więc muszą być uwzględnione następujące postulaty: 1-o należy ograniczyć liczbę sekcyi do dwóch najwyżej — sekcyi lekarskiej i przyrodniczej; 2-o dopuszczać tylko referaty zbiorowe, pod warunkiem porozumienia się wzajemnego i zapoznania wzajemnego co do treści referatów; 3-o stanowczo wyłączyć wszelkie komunikaty osobiste; 4-o zawczasu prócz referentów zapewnić sobie pokaźny poczet lekarzy, odpowiednio przygotowanych, którzy przez dyskusye mogliby rozszerzyć lub pogłębić referaty główne. Na 5 posiedzeniach możnaby w ten sposób przedyskutować i dobrze przedstawić 5 spraw z pogranicza różnych specyalności z nierównie większą, niż dziś, korzyścią dla słuchaczy. Sprawy specyalnę należy pozostawić Zjazdom specyalnym, właśnie w tym celu organizowanym [2]). Jestem pewien, że taka reforma zadowoliłaby wszystkich, ożywiłaby dyskusyę i nadałaby Zjazdom tę cechę, jaką mieć powinny — wymiany zdań między lekarzami z różnych dzielnic i różnych poglądów«.

Wręcz przeciwne w niektórych punktach stanowisko, niż Dr Zawadzki, zajął Dr A. K. w artykule, ogłoszonym w »Przeglądzie wielkopolskim«. Mianowicie, zdaniem Dr A. K., łączenie zbyt wielu działów nauki w jedną sekcyę nie jest korzystne; dowodzi tego, jako przykład, sekcya medycyny wewnętrznej na Zjeździe krakowskim, a w szczególności przyłączenie do niej działu chorób skórnych i wenerycznych. »Dermatologia« — pisze Dr A. K. — »dawno już wyszła z roli Kopciuszka, a zdobycze naukowe właśnie w tej dziedzinie wprowadziły w ostatnich latach w zdumienie świat cały. I gdy na innych Zjazdach lekarskich właśnie te sprawy stoją na pierwszym planie, w Krakowie nawet o kwestyi tak aktualnej, jak środek Ehrlicha, salvarsan, nie było ani wzmianki. Jakże też miał się znaleźć czas na to, skoro wtłoczono w ramy jednej sekcyi działy medycyny wewnętrznej i... choroby skórne, a na ostatni dzień obrad wyznaczono aż 57 wykładów! Ponieważ zaś dawano pierwszeństwo tematom z dni poprzednich, przeto na te 57 odczytów ostatecznie pozostał czas niespełna godziny. Chyba ten eksperyment będzie wskazówką, że na przyszłość nie można zlewać działów zupełnie sobie obcych, pominąwszy oczywiście, gdy chodzi o obrady nad sprawami, w równej mierze obchodzącemi wszystkie gałęzie medycyny. Wywołało to zaś mianowicie u poszkodowanych dermatologów wielkie rozżalenie. Żal zaś tem bardziej był uprawniony,

---

[1]) Dodatek do ustawy Zjazdów, uchwalony w r. 1907 na X. Zjeździe we Lwowie, przewiduje takie komitety. Jeżeli tym razem nie były one należycie czynne, przyczyna nie leży po stronie Komitetu gosp., który dla ich utworzenia uczynił to, co do niego należało. (Przyp. Red.).

[1]) Zdanie to wymaga w pewnym względzie sprostowania, w rzeczywistości bowiem dwaj z czterech referentów porozumieli się z sobą, wzajemnie odczytali swe referaty i odpowiednie ustępy wykreślili. (Przyp. Red.).

[2]) Przy tak radykalnej reformie Zjazdów ogólnych musielibyśmy jednakże stworzyć osobne Zjazdy dla każdej ze specyalności przyrodniczych i lekarskich; to wszakże w naszych warunkach nierychło stać się może. (Przyp. Red.).

że na ostatnim Zjeździe lwowskim sekcya dermatologiczna świetnie prosperowała«.

Oprócz tego porusza Dr A. K. sprawę pory Zjazdów, podnosząc, że termin lipcowy jest z wielu względów niedogodny. Zapatrywanie to jest bardzo rozpowszechnione; to też Delegacya Zjazdów wzięła tę rzecz pod rozwagę i na jej wniosek uchwalił Zjazd ostatni dać na przyszłość większą swobodę w wyborze pory, którą — stosownie do warunków miejscowych, — obierać będzie Komitet gospodarczy w porozumieniu z Delegacyą, gdy dotąd lipiec był terminem stałym, zastrzeżonym w ustawie Zjazdów.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Redaktor główny »Przeglądu oraz Czasopisma lekarskiego« rozpoczął wypoczynek wakacyjny; zastępstwo redaktora objął Prof. Dr K. W. Majewski (Szczepańska 11), do którego należy zwracać się we wszelkich sprawach redakcyjnych.

— Koledzy, którzy pracowali piśmienniczo lub społecznie, a dotąd nie podali wiadomości o sobie do nowego wydania »Słownika lekarzów polskich«, raczą jaknajrychlej przesłać krótki swój życiorys i spis publikacyi albo do Redakcyi »Przeglądu lekarskiego« w Krakowie (Collegium medicum), albo do Redakcyi »Medycyny i Kroniki lek.« w Warszawie.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 13. VIII. do 19. VIII. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 7 † 1 (w tem obcych 4 † 1), krztuśca 1 † 1 (— † —), ospy wietrznej 1 † — (— † —), płonicy 8 † 2 (5 † 1), odry 5 † 1 (— † —), duru brzusznego 6 † 1 (3 † 1), czerwonki 2 † — (— † —), cholery dziecięcej 19 † 19 (— † —), cholery swojskiej 1 † — (1 † —), gorączki połogowej 1 † 1 (— † —), Nagm. zap. opon mózg. — † 1 (— † —), róży — † — (— † —), tetanus — † 1 (— † 1).

Dr Janiszewski.

Warszawa. Magistrat miasta Warszawy postanowił ze względu na bardzo nieliczne zgłoszenia się do szczepienia ospy, ogłosić odezwę do ludności o znaczeniu szczepienia ochronnego. Na walkę z ospą w miejscowościach podmiejskich zarząd gubernialny wyznaczył 150 rb.

Z różnych stron. Służbę lekarsko-szkolną zaprowadziło od zeszłego roku ministeryum robót publicznych na uzupełniających kursach przemysłowych w Wiedniu. Funkcyonowało 6 lekarzy i jedna lekarka w 26 szkołach. Lekarze udzielali przytem nauki higieny. Na każdego lekarza przypadało 100 godzin pracy. Zbadano 2753 mężczyzn i 683 kobiet. K.

Mianowani: Prof. Schloffer z Insbrucka dyrektorem kliniki chir. w Pradze, Prof. Trendelenburg z Fryburga profesorem fizyologii w Innsbrucku, Prof. D. Ducrey profesorem dermatologii w Genui, pedyatra doc. Tobler w Heidelbergu i chirurg doc. Hotz w Würzburgu profesorem nadzw.

Zmarli:

Karol Beck

wybitny chirurg niemiecki, zmarł w Nowym Yorku. Urodzony w r. 1856 w Neckargemünd, studyował w Heidelbergu, Berlinie i Jenie, poczem praktykował w swej ojczyźnie. W roku 1882 przeniósł się do N. Yorku, gdzie wkrótce zasłynął jako chirurg, ciesząc się wielkiem powodzeniem. Przez 25 lat był przełożonym szpitala św. Marka, przez 20 lat profesorem chirurgii w New-Jork Post-Graduate School i prezydentem American Therapeutic Society i Society of Medical Jurisprudence. Jako pisarz był bardzo płodnym i ogłosił wiele cennych prac, znanych ze streszczeń i czytelnikom »Przeglądu«. Prócz medycyny zajmował się żywo literaturą i sam napisał kilka powieści (Der Schwabenkonrad, Amerikanische Streiflichter, Feuchtfröhliches und Feuchtunfröhliches i t. p.), a również brał żywy udział w życiu politycznem swej przybranej ojczyzny. Zdolności jego dowodzi najlepiej fakt, że chociaż zupełnie obcy, potrafił zyskać sobie w Ameryce imię, rozgłos i sympatyę i stanął nietylko na czele niemieckich lekarzy Nowego Yorku, ale i wśród Amerykanów zająć pierwszorzędne stanowisko. A. Klęsk.

We Lwowie zmarł nagle 29. b. m. Dr Jan Stella Sawicki, znany i czcią otaczany obywatel, który jako »Pułkownik Struś« zapisany jest chlubnie w historyi styczniowego powstania, a w drugiej połowie swego bogatego i pracowitego żywota położył wielkie zasługi na polu naszego szpitalnictwa krajowego.

Życiorys tego zasłużonego lekarza i niestrudzonego działacza społecznego pomieścimy w najbliższym zeszycie.

bakteryolog Prof. Kral w Pradze, anatom Prof. Charpy w Tuluzie, neurolog Prof. Panizza w Rzymie, patolog Prof. Blackburn w Washingtonie;

Dr Klemens Wiśniewski, starszy lekarz kolei fabryczno-łódzkiej, w 49 r. ż. w Łodzi.

Redakcya otrzymała: Zapasiewicz: Pestis bubonica. Odb. »Med. i Kron. lek.« 1911.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften. Monachium, nakład J. F. Lehmann. 1911. Zeszyt 7. Cena 2— Mk., Zeszyt 8, cena 3·50 Mk. (Cały rocznik 16 Mk.).

Lipcowy zeszyt »kursów« zawiera rozprawy z zakresu położnictwa i ginekologii, a mianowicie: Prof. Wintera o etyologii i leczeniu łożyska przodującego, Dr Sachsa o bakteryologii porodu i połogu, wreszcie Prof. Martina o wypadnięciu części rodnych, o rentgenoterapii w ginekologii i o wyborze drogi pochwowej lub brzusznej w operacyach ginekologicznych, w szczególności przy operacyi raka szyjki macicznej. Zeszyt sierpniowy, przeznaczony według programu na terapię ogólną, wypełniają w r. b. następujące artykuły: Prof. Kionki: »Działanie środków przeczyszczających na jelita« i »Kąpiele z CO_2«, Prof. Strassera: »Leczenie wodą gruźlicy płuc«, doc. Determanna: »Leczenie klimatyczne«, Prof. Straussa: »Dyetetyczne leczenie stwardnienia tętnic«, Prof. Salzwedela: »Pielęgnowanie chorych«, Prof. Frankenhäusera: »Działanie różnych rodzajów prądu elektrycznego«, doc. Holzknechta: Rentgenodyagnostyka chorób żołądka«, doc. Freunda: »Postępy fotobiologii«, Dr Gudzenta: »Podstawy i metodyka leczenia emanacyą radu«.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w sierpniu 1911.

Gazeta lekarska Nr 31—34. Higier: Z dyagnostyki zatoru mózgowego (31). — Gliński M. (31—34). — Żebrowski: Ropień mózgu pochodzenia usznego; operacya; wyzdrowienie (32). — Motz: Leczenie zapaleń gonokokowych cewki (33—34). — Rechniewska i Paschalis: Przypadek krwawiączki, leczony surowicą (34).

Medycyna i Kronika lek. Nr 31—34. Goldbaum J.: W sprawie zapaleń wyrostka robaczkowego ze stanowiska internisty (31—32). — Mamrot: O zaparciu stolca u dzieci (31). — Kędzierski: Znaczenie teoryi w praktyce lekarskiej (32). — Jakimiak: Rany przepony (33—34). — Łapiński: Leczenie padaczki (33). — Goldflam: W sprawie oddziaływania źrenic przy ruchu zbieżnym (34). — Altkaufer: Przypadek zupełnego wynicowania podczas porodu pochwy i macicy wraz z przyklejonem doń łożyskiem z niezwykle pomyślnem zejściem (34). — W Rappel: Patologia i terapia zatrucia pokarmowego u niemowląt (34).

Tygodnik lek. Nr 31—34. Pańczyszyn (dok. 31—34). — Bocheński (c. d. 32—33). — Mars: Cięcie cesarskie klasyczne w oświetleniu nowszych sposobów operacyjnych (34). — Rydygier A.: W sprawie leczenia twardzieli promieniami Roentgena (34).

Nowiny lekarskie Nr 8. nie zawierają artykułów oryginalnych.

Neurologia polska Tom II. Zesz. 1. Flatau i Koelichen: O patogenezie stwardnienia rozsianego. — Bregman i Krukowski (dok.) — Bornstein: O zaburzeniach psychicznych u zwyrodniałych.

Zdrowie Nr 8. Maybaum: W sprawie zalecania zdrojowisk.— Bronowski: Wrażenia z wycieczek po wybrzeżach Bałtyku. — Szokalski: Leczenie owocami. — Tokarski: Nałęczów w r. 1910.

Przegląd chorób skórnych i wenerycznych Nr 3 i 3. Serkowski: Wakcynoterapia. — Malinowski: Znaczenie i wartość odczynu Wassermanna ze szczególnem uwzględnieniem wskazań leczniczych.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr 7. Zanietowski: Wystawa zdrojowisk, uzdrowisk i zakładów leczniczych polskich (7). —

Marchlewski: Wyniki rozbiorów wód mineralnych w Szczawnicy. (8). — Radzikowski: O Zakopanem (8).

Nasze Zdroje Nr 13—16. Niezasłużony atak na działalność krajowego Związku zdrojowisk (13). — Ciompa: Kredyt dla zdrojowisk (13—14). — O tegorocznej międzynarodowej wystawie higienicznej w Dreznie słów kilka (15—16). — O zwiększenie frekwencyi trzeciego sezonu (16). — Letniska współdzielcze zagranicą (16).

Słowo lek. Nr 15—16. O odpowiedzialności lekarza wobec prawa (15). — W sprawie komisyi sądowo-lekarskich (15). — Ciechanowski (c. d. 15). — Dr Adolf Klęsk: Czy wstrzymywanie studentów od studyum medycyny jest niezbędnie koniecznem i czy stosowane w tym celu sposoby są dobre? (16). — St. Ciechanowski (c. d. 16).

Głos lekarzy Nr 16. Ks. Wagner: W sprawie głuchoniemych. — Kaczorowski: Stan higieny i stan zdrowotny dzieci szkół miejskich we Lwowie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr K. W. Majewski.

Rok L. Kraków, dnia 9. września 1911. Nr 36.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Odporność czynna i bierna przeciwko błonicy.

Podał

Dr S. Dzierżgowski (Petersburg).

(Wykład na XI. Zjeździe lekarzy i przyr. w Krakowie).

(Dokończenie).

Dwa te wyniki wraz z brakiem wszelkich danych, któreby upoważniały do przypuszczenia, że tworzenie się antytoksyny w ustroju przed uodpornieniem odbywa się inaczej, jak po jego uodpornieniu, pozwalają nam w zupełności przyjąć poprzednie objaśnienie, które z drugiej strony potwierdzają i takie poważne fakty, jak powstawanie miejscowego i ogólnego odczynu u koni uodpornionych przy wprowadzeniu im jadu pod skórę i, zupełny brak odczynów przy wprowadzaniu jadu do układu krwionośnego.

Podobne objaśnienie sposobu niszczenia jadu błonicy w ustroju łatwo sobie uprzytomnić w ustroju zwierząt, mających własność wytwarzania wielkiej ilości antytoksyny, co do tych zaś zwierząt, które antytoksyny nie wydzielają, lub wydzielają tylko nieznaczne jej ilości, objaśnienie to może ulegać pewnej wątpliwości.

W tym drugim przypadku możnaby przypuścić, że komórki ustroju, wchodzące w zetknięcie z jadem, pochłaniają go i niszczą tak, jak to czynią komórki fagocytowe z ciałami mikrobów. I rzeczywiście, wprowadzając pod skórę psu, mającemu siłę surowicy odpowiadającą zaledwie 5 jednostkom Behringa, 300 cm^3 silnego jadu, t. j. wprowadzając mu pod skórę 37.500 dawek jadu śmiertelnych dla morskiej świnki, albo 4160 śmiertelnych dla niego dawek jadu, odnosimy wrażenie, że w tym przypadku ilości antytoksyny, krążące we krwi psa, nie są dostateczne do zobojętnienia jadu i że w tym przypadku będziemy musieli liczyć się z innymi warunkami, aniżeli u konia. Wrażenie to jednakże jest mylne; jeżeli obliczyć, w jakim wzajemnym stosunku pozostawały w danym przypadku ilość wprowadzonego psu pod skorę jadu i antytoksyny, krążącej w jego krwi, to okaże się, że ilość antytoksyny była znacznie większa, niż ilości potrzebne dla zobojętnienia zastrzykniętego jadu, wobec tego i w tym przypadku i dla tej kategoryi zwierząt nie mamy potrzeby przypuszczać, że w ich ustroju niszczenie jadu odbywa się inną drogą, jak przez wydzielanie antytoksyny.

Prawda, że w ustroju szczura nie udało mi się dotąd stwierdzić tworzenia się antytoksyny pod działaniem jadu błonicy, to jednak nie upoważnia mnie do przyjęcia, że w tym ustroju inaczej odbywa się walka z jadem błonicy, jak przez wywiązywanie antytoksyny, gdyż uodpornianie tych zwierząt połączone jest z takiemi technicznemi trudnościami, że nie może być prowadzone tak przeciągle i dokładnie, jak u psów, lub kotów, a przeto i wyniki nagromadzania antytoksyny w ich ustroju mogą być jeszcze słabsze, niż u tych ostatnich zwierząt.

Dalej, jeżeli przyjąć, że szczury przy uodpornianiu okazują jeszcze mniejsze własności hypersekrecyi antytoksyny, aniżeli koty i że surowica ich, nawet w niewielkich ilościach, stwarza miejscowe odczyny u świnek morskich, służących za wskaźnik przy odszukiwaniu antytoksyny, to zrozumiałem będzie, dlaczego u tych zwierząt nie udało się jeszcze stwierdzić tworzenia się takowej. Należy przypuszczać, że dalsze badania i próby w tym kierunku dadzą tak pomyślne wyniki, jak te, jakie uzyskałem przy dalszem badaniu warunków uodpornienia psa.

Poddając uodpornionego psa, po paromiesięcznym odpoczynku, ponownemu uodpornianiu, udało mi się podnieść siłę antytoksyny jego krwi do 30 jednostek Behringa, co stanowczo stwierdza wyżej wypowiedziane zdanie, że w stosunku działania jadu na ustrój psa i konia nie ma zasadniczej różnicy, a istnieje tylko różnica ilościowa i że odpowiedniem pobudzaniem ustroju i jego komórek można zmusić je do większej nadprodukcyi antytoksyny.

Po tych wyjaśnieniach należy nam powrócić do pytania, dlaczego zwierzęta, mające w swej krwi antytoksynę w ilości znacznie większej od wprowadzonego im pod skórę jadu, mogą ginąć od jego działania.

Jad wstrzyknięty pod skórę, zobojętniwszy znajdującą się tam antytoksynę, działa na komórki ustroju, które, żeby nie zginąć, zmuszone są wytwarzać antytoksynę dla przeciwdziałania śmiertelnemu dla nich wpływowi jadu. Jeżeli produkcya antytoksyny przez komórki będzie niedostateczna, albo jeżeli komórki, będąc wyczerpane poprzedniem długotrwałem wydzielaniem antytoksyny, nie zdołają jej wytwarzać, to giną, a z niemi i ustrój, pomimo tego, że we krwi tego ustroju znajdują się wielkie ilości antytoksyny.

Stąd wniosek, że antytoksyna krwi nie może ocalić ustroju od śmierci, jeżeli komórki jego nie wydzielają antytoksyny.

Wobec tego za najważniejszy czynnik w walce ustroju z jadem błonicy należy uważać własność komórek wydzie-

lania antytoksyny, co też stanowi główną treść odporności czynnej.

Ilość antytoksyny, zawarta we krwi i w cieczach ustroju nie jest dla niego obojętną i stanowi jego awangardę w walce z jadem. która bezpośrednio zobojętnia jad zaraz na miejscu jego powstawania, albo wprowadzania.

W ten sposób niewielkie ilości jadu, wprowadzane pod skórę zwierząt uodpornionych, nie dają żadnego, ani ogólnego, ani miejscowego odczynu, gdyż są zobojętniane antytoksyną, znajdującą się na miejscu wprowadzania jadu. Większe ilości jadu, wprowadzone w tychże warunkach pod skórę, po zobojętnieniu antytoksyny, spotkanej na miejscu wstrzyknięcia, działają na komórki ustroju i zmuszają je do wydzielania antytoksyny, wskutek czego przy znacznym nadmiarze swobodnego jadu daje się zauważyć ogólny odczyn ustroju. Jednocześnie z powstawaniem w ustroju odczynu ogólnego, charakteryzującego się podwyższeniem ciepłoty, powstaje i odczyn miejscowy, przejawiający się w postaci nacieku surowiczego tkanki, zmienionej przez jad i odczyn ten, nagromadzając na miejscu działania jadu wysięki surowicze, bogate w antytoksynę, pomaga komórkom w walce z jadem. Wobec tego widzimy, że antytoksyna zawarta w ustroju ma dla niego w walce z jadem podwójne znaczenie: 1) zobojętnia jad na miejscu jego wprowadzenia i 2) dostając się w formie wysięku na miejsce walki z jadem pomaga do jego zniszczenia.

Jeżeli do prawidłowego ustroju wprowadzimy antytoksynę przez wstrzyknięcie pod skórę, lub do krwi, surowicy przeciwbłoniczej, to stwarzamy w ustroju warunki, odpowiadające tym, w jakich antytoksyna zazwyczaj znajduje się w ustroju uodpornionym, będąc przez niego wydzielaną, same zaś komórki ustroju pozostają prawidłowe i zachowują się względem jadu tak, jak prawidłowe.

Odporność tego rodzaju nazwano odpornością bierną, gdyż środek, którym w danym przypadku walczy ustrój z jadem jest obcym ustrojowi. Przez wprowadzenie więc antytoksyny do ustroju dajemy mu możność 1) zobojętniać toksynę przez antytoksynę, zawartą na miejscu zjawienia się jadu i 2) dajemy możność nagromadzenia tej antytoksyny przez naciek i odnawianie jej ilości przez krążenie krwi. Ponieważ jednak, wskutek topograficznego podziału antytoksyny w ustroju, tylko nieznaczna część jej przypada na tkankę podskórną, dlatego też, aby zabezpieczyć ustrój przeciwko jednej śmiertelnej dawce jadu, wprowadzonego pod skórę, należy wprowadzić do ustroju znacznie większe ilości antytoksyny, aniżeli tego wymaga dla swego zobojętnienia wprowadzona ilość jadu. Dalej doświadczenia wskazały, że zwiększając dawkę jadu, wprowadzonego pod skórę, musimy nieproporcyonalnie powiększać ilość antytoksyny, która musi być wprowadzona do ustroju, aby zachować go przy życiu. Wreszcie doświadczenia pokazały, że dla każdego ustroju istnieje pewna maksymalna dawka jadu, która może być zobojętniona przez wprowadzoną do ustroju antytoksynę, i że po przekroczeniu tej dawki ustrój ginąć musi bez względu na to, w jakiej proporcyi, choćby największej, została wprowadzona antytoksyna.

Zjawisko to łatwo wytłómaczyć, gdyż istnieje pewna granica w nagromadzaniu antytoksyny w cieczy tkanki podskórnej, poza którą każde dalsze powiększenie zawartości antytoksyny we krwi nie wywoła powiększania jej w tkance podskórnej, wskutek tego musi istnieć także i granica dla zobojętniania jadu wprowadzanego pod skórę, a granicę tę będzie określać ta maksymalna ilość antytoksyny, którą może utrzymać na miejscu ciecz tkanki podskórnej.

Wskazana granica nie jest ostateczna, gdyż zazwyczaj bywa powiększana przez inne jeszcze czynniki, jako to: 1) przez produkcyę antytoksyny przez komórki ustroju prawidłowego, 2) przez warunki, określające szybkość powstawania odczynu miejscowego, i 3) przez warunki, określające szybkość zmiany materyi w zależności od krążenia krwi. — Ale i dla każdego z tych trzech czynników istnieje pewne maximum, które jako średnia ze wszystkich tych danych wytwarza ogólną granicę odporności biernej, poza którą ustrój bez względu na ilość antytoksyny, znajdującej się we krwi, musi ginąć.

Tylko co przytoczone dane o granicach działania odporności biernej są bardzo ważne w praktyce stosowania surowicy przeciwbłoniczej przy leczeniu błonicy; one bowiem wyjaśniają, dlaczego w pewnych przypadkach błonicy surowica odmawia swego działania. I tak, jeżeli u chorego wywiązywanie jadu w miejscu zmienionem chorobowo jest tak wielkie, że przewyższa wyżej wskazaną granicę odporności, t. j. przewyższa to maximum antytoksyny, które może być nagromadzone na miejscu zmiany przez antytoksynę krążącą we krwi, to ustrój ten musi zginąć bez względu na ilość antytoksyny, która w jego krwi krąży. Naturalnie jest tu mowa tylko o tych przypadkach, w których leczenie nie było spóźnione i w których antytoksynę wstrzyknięto wcześniej, aniżeli jad błonicy zdołał w ustroju chorym wywołać takie zmiany anatomo-patologiczne, które, pomimo usunięcia przez surowicę dalszego działania jadu, musiały doprowadzić ustrój do śmierci.

Z wyżej przytoczonego widzimy, że surowica przeciwbłonicza nie zapewnia życia człowieka, dla którego błonica jest chorobą swoistą, gdyż śmierć jego może powstać pomimo wstrzyknięcia surowicy, albo przez zapóźne jej wprowadzenie do ustroju, albo wskutek tak wielkiej produkcyi jadu przez zarazek silnego zakażenia, że ilości te przewyższają maksymalną granicę odporności biernej.

Z tych więc powodów przy walce z błonicą okazuje się surowica przeciwbłonicza i odporność bierna, którą ona daje, niedostatecznym czynnikiem, dlatego też należy zwrócić nasze usiłowania ku wytworzeniu w ustroju odporności czynnej, która jedynie może dać nam zupełną pewność ocalenia życia w błonicy.

Lecz wyrobienie w ustroju odporności czynnej wymaga wprowadzenia do niego jadu błonicy, a słowo jad tak magicznie działa na ludzi, że ich odrazu zniechęca i odbiera wszelką ochotę do głębszego wejrzenia w istotę rzeczy.

Uodpornienie czynne człowieka przeciwko błonicy nie jest w żadnej kolizyi z jego życiem naturalnem, gdyż ono nietylko nie zadaje gwałtu jego ustrojowi, ale, przeciwnie, pomaga naturze uskutecznić systematycznie to, do czego ona dąży przypadkowo i chaotycznie. W przyrodzie, czyli w warunkach prawidłowego życia człowieka, bezwątpienia często odbywają się procesy tak biernego, jak i czynnego jego uodporniania przeciwko błonicy drogą czysto naturalną i dla samej uodpornianej jednostki niedostrzegalną.

Niemowlęta z piersi matki z mlekiem otrzymują antytoksynę przeciwbłoniczą, która przechodzi do ich ustroju i uodpornia je biernie, dlatego też dzieci przy piersi zapadają rzadziej i przechodzą błonicę częściej w lekkiej formie. Badając mleko mamek z domu podrzutków w Petersburgu, często znajdowałem w niem stosunkowo wielkie ilości antytoksyny, badania zaś moje nad źrebiętami wskazały, że antytoksyna przeciwbłonicza mleka matki przechodzi przez pokarm do dzieci. Zresztą badania krwi dzieci wskazały, że w wieku niemowlęcym częściej znajduje się antytoksyna przeciwbłonicza, aniżeli u dzieci w wieku późniejszym, co wskazuje, że uodpornienie bierne, z mlekiem matki wyssane, z wiekiem przechodzi, czyniąc ustroje dziecięce w wieku późniejszym podatniejszymi na działanie błonicy.

W wieku dojrzałym znów znajdujemy znacznie mniejszy procent zasłabnięć na błonicę, co wskazuje na nowe pojawienie się w ich ustroju odporności, tylko tym razem nie odporności biernej, ale czynnej, czego dowodem może być fakt, że u znacznego odsetka ludzi dorosłych znajdujemy antytoksynę we krwi, co w danym przypadku może być tylko skutkiem odporności czynnej, gdyż antytoksyna przy odporności biernej jako ciało obce bardzo szybko znika z ustroju.

Wobec wyżej wskazanych okoliczności, należy przyjąć, że w ciągu swego życia ludzie uodporniają się drogą naturalną przez pochłanianie tych nieznacznych ilości mikrobów, które się często do ich ustroju dostają i są przez nich asymilowane bez oznak jakiejkolwiek choroby. Jednym z dowodów, przemawiających za taką drogą uodporniania, może być fakt, że ludzie stykający się często z materyałem zakaźnym, jako to: niańki, felczerki i lekarze szpitali na oddziałach błoniczych, częściej aniżeli reszta ludzi, mają w swej krwi antytoksynę.

Powyższe przypuszczenie co do drogi powstawania w ustroju odporności czynnej, stanie się tem prawdopodobniejszem, jeżeli przypomnimy sobie z jednej strony, że w jamie ustnej zupełnie zdrowych ludzi spotykamy często laseczniki Löflera, a z drugiej, że dla wywołania odporności czynnej i nagromadzenia w ustroju antytoksyny, nie potrzeba wcale ani miejscowego, ani ogólnego odczynu ustroju; w mojej praktyce uodpornienia koni dla otrzymania surowicy przeciwbłoniczej miałem przypadki, w których udawało mi się doprowadzić konie do zawartości setek jednostek antytoksyny w jednym sześciennym centymetrze surowicy krwi bez wyższego podniesienia ciepłoty, niż o $^3/_{10}$ stopnia.

O odporności czynnej w ustroju człowieka sądzimy zazwyczaj z obecności we krwi jego antytoksyny; jest to bezwarunkowo wskaźnikiem niezawodnym, gdyż antytoksyna w ustroju może powstać tylko pod działaniem jadu, a każda jego obecność w ustroju wywołuje jego odporność czynną. Nieobecność jednak antytoksyny we krwi nie jest jeszcze dowodem, że dany ustrój nie jest czynnie uodporniony, ponieważ nie zawartość antytoksyny, ale zdolność jej wytwarzania stanowią odporność czynną, wskutek tego nieobecność antytoksyny we krwi, w razie istnienia odporności czynnej w ustroju w s k a z u j e, że u danego osobnika jest słabo rozwinięta własność nadmiernego wytwarzania antytoksyny i że pod tym względem ustrój jego więcej zbliża się do ustroju psa, aniżeli konia.

W ten sposób rzadkość zasłabnięć na błonicę w wieku dojrzałym uważać należy za skutek uodpornienia ustroju ludzkiego drogą naturalną, przyczem u osobników, mających własność łatwego wytwarzania antytoksyny, odporność ta cechuje się zawartością jej w ich krwi, u osobników zaś, które tej własności nie mają, pozostaje ona ukrytą, jako odporność czysto komórkowa, oparta tylko na tem, że komórki mają własność prędko i w wielkiej ilości wydzielać antytoksynę pod działaniem jadu.

Jeżeli przyjąć powyższe objaśnienia powstawania odporności n a t u r a l n e j w ustroju i uprzytomnić sobie całą niemoc odporności biernej w walce z błonicą, t o n i e o d z o w n i e dojdziemy do przekonania, że tylko w odporności czynnej leży przyszłość skutecznej walki z błonicą.

Pierwsze próby w tym kierunku, t. j. w kierunku wywołania odporności czynnej w ustroju ludzkim, wykonałem przed 9 laty na sobie samym i dowiodłem zupełnej nieszkodliwości takiego uodporniania dla ustroju człowieka. W rok później mój asystent, Dr Boldarew, próbą na sobie samym potwierdził moje wyniki. Przed półrora rokiem na XI. Pirogowskim Zjeździe lekarzy w Petersburgu podałem łatwą metodę czynnego uodporniania ustroju zwierząt i człowieka przeciwko błonicy przez działanie jadu na błony śluzowe przewodu oddechowego, a także jamy ust i nosa, a w parę miesięcy później metodę tę zastosował z dobrym skutkiem Dr Blumenau w szpitalu dziecięcym księcia Oldenburskiego.

Wszystkie te dane wraz ze stwierdzonymi przezemnie faktami co do przechowywania się odporności czynnej w ustroju człowieka i zwierząt, w ciągu całego szeregu lat, ośmieliły mnie do tego, że tak długo zająłem uwagę Panów zestawieniem warunków powstawania i zalet odporności czynnej w stosunku do biernej, gdyż przypuszczam, że tą drogą uda mi się najlepiej zwrócić uwagę lekarzy na ten nowy sposób walki z błonicą i w ten sposób przynieść pewną korzyść naszemu społeczeństwu.

Przetwory, służące do wytworzenia w ustroju odporności czynnej, jako nie będące w handlu, chętnie wysyłam dla prób i badań naukowych na każde Panów żądanie.

Z Zakładu farmakologii doświadczalnej Prof. Dr L. Popielskiego we Lwowie.

W sprawie fizyologicznego działania wyciągu z przysadki mózgowej

(hypophysis cerebri).

Podał

Dr Jan Studziński (Kijów).

(Dokończenie).

D o ś w i a d c z e n i e Nr 18. 7. V. 1910. Suka 9·7 kg. wagi. Wyciąg wprowadzano do żyły udowej prawej, ciśnienie krwi określano w tętnicy udowej prawej (tabl. XVII.).

TABLICA XVII.

Czas	Tętno w 5″	Ciśnienie krwi w milimetrach rtęci			Uwagi
		Najwyższe	Najniższe	Średnie	
O 6 g. 30′	7	162	92	127	Wprowadzono 5 cm sz. wyciągu z suchych przysadek mozgowych fabryki Mercka (odpowiada 32·5 narządów świeżych).
„ „ 11″					Ciśnienie krwi zaczyna się podnosić.
„ „ 20″	7	170	106	138	
„ „ 41″					Tętno staje się rzadszem, fale jego większemi, przybierając cechy tętna czynnego.
„ 31′	4	200	120	160	Wysokość fali tętna — 80 mm rtęci.
„ „ 47″	4	214	134	174	Wprowadzono 0·01 gr siarczanu atropiny.
„ 32′ 14″	4	250	142	196	Tętno odrazu staje się przyspieszonem, fale jego drobnemi (wysokość — 8 mm rtęci) Najwyższe ciśnienie nieco obniża się, najniższe podnosi się.
„ „ 30″	15	216	206	211	Źrenice rozszerzone ad maximum, na światło nie oddziałują.
„ 33′	11	230	206	218	
„ 34′	9	210	186	198	
„ 35′	6	210	170	190	
„ 36′	4	206	166	186	Fale tętna zaczynają nabierać cech tętna czynnego, bądź to w postaci tętna bliźniaczego, bądź trojaczego.
„ 37′	5	204	148	176	

Widzimy w tem doświadczeniu, że następne wprowadzenie atropiny przerwało tętno czynne po 27″, t. j. wówczas gdy podziałała atropina

Jednak już po 5 minutach tętno zaczęło nabierać cech tętna czynnego, co mogło być skutkiem tego, że działanie atropiny na zakończenia nerwów błędnych zaczęło przechodzić.

Pozostało jeszcze wyjaśnić tylko, jaki udział we wpływie wyciągu z przysadki mózgowej na ciśnienie krwi bierze serce. W tym celu wykonaliśmy doświadczenie na sercu wyosobnionem, pracującem z płynem Lockea. Ruchy serca zapisywano na kręcącym się okopconym wałku piórem, którego drugi koniec zapomocą nitki był połączony z końcem serca.

Doświadczenie Nr 19. 7. XII. 1909. Kotka 3 kg. wagi. Serce wyosobnione pracuje z płynem Lockea o ciepłocie 32°C. Serce pisze w warunkach prawidłowych krzywą naprzemienną z wysokością większej fali 8·0—8·5 mm i mniejszej — 6·0—6·5 mm. Ilość uderzeń serca 6 w 5″.

W ciągu 8″ wprowadzono 0·2 cm. sz. wyciągu z przysadki mózgowej (odpowiada 0·9 narządów świeżych) (Fig. Nr 2). Bezpośrednio po wprowadzeniu wyciągu występuje zmniejszenie się uderzeń serca, a mianowicie po 6″ od końca wprowadzenia wysokość większej fali sięga 6 mm, mniejszej zaś — 3 mm. Taki stan trwa 2″, a potem fale uderzeń serca zaczynają się zwiększać, po 23″, od końca wprowadzenia małe fale tętna znikają prawie zupełnie, resztki ich widzimy we wtórnem jakoby podniesieniu u podstawy większych fal tętna, których wysokość sięga teraz 10 mm. Potem uderzenia serca szybko zwiększają się i po 28″ od wprowadzenia wyciągu wysokość fali uderzeń serca równa się 16 mm, ilość uderzeń 6 w 5″. Od tej chwili zaczyna się zwiększenie i małych fal tętna, skutkiem czego krzywa nabiera cech tętna poddwubitnego. Po 60″ od końca wprowadzenia wyciągu ilość uderzeń tętna wynosi 10 w 5″ przy wysokości większej fali 18 mm a mniejszej 7·5 mm.

Zestawiając otrzymane przez nas wyniki widzimy, że przy działaniu całej przysadki mózgowej występuje działanie tylko tylnej jej części, pomimo, że tylna część przysadki mózgowej jest prawie 4 razy mniejsza od części przedniej. W wyżej przytoczonych doświadczeniach widzieliśmy, że wyciąg n/10 kwasem solnym z przedniej części przysadki mózgowej wywołuje obniżenie ciśnienia krwi ze wszystkimi właściwymi wazodylatynie objawami, jako to: początkowe podniecenie zwierzęcia z następnem przygnębieniem, obniżenie krzepliwości krwi, wydzielanie się soku trzustkowego i t. d. O obecności wazodylatyny w przedniej części przysadki mózgowej wnosimy także na podstawie własności chemicznych, a mianowicie ciało, wywołujące obniżenie ciśnienia krwi, rozpuszcza się w wodzie i wyskoku bezwodnym, strąca się kwasem fosforo-wolframowym, a nie strąca się w wyskokowym rozczynie chlorkiem platyny. Oprócz wazodylatyny znajdujemy jeszcze w przedniej części przysadki mózgowej i wazohypertensynę, co wnosimy na tej podstawie, że przesącz fosforo-wolframowy z przedniej części przysadki mózgowej wywołuje charakterystyczne dla wazohypertensyny podniesienie ciśnienia krwi. Spotykamy się tedy i tu, w przedniej części przysadki mózgowej, z temiż samemi dwoma ciałami czynnemi, co i w innych narządach, z wazodylatyną i wazohypertensyną. Zdanie więc Livona [8]), że przednia część przysadki mózgowej nie wywiera żadnego wpływu na ustrój, należy uważać za mylne, ponieważ wpływ ten zaznacza się bardzo wyraźnie względem ciśnienia krwi (obniżenie) i względem jej krzepliwości (obniżenie) »in vivo« i »in vitro«. Obniżenie krzepliwości krwi po wprowadzeniu wyciągu z przedniej części przysadki mózgowej zależy, jak widzieliśmy w dośw. Nr 10, od zmniejszenia się, względnie zupełnego zniknięcia zaczynu-włóknika (Fibrinferment).

Tylna część przysadki mózgowej przedstawia w swem działaniu nadzwyczaj ważne i zupełnie swoiste własności. Początkowe krótkotrwałe obniżenie ciśnienia krwi zależy najprawdopodobniej od wazodylatyny, znajdującej się według Popielskiego we wszystkich narządach ustroju zwierzęcego. Swoistem jednakże dla tylnej części przysadki mózgowej jest podniesienie ciśnienia krwi i tętno czynne.



Fig. 2.

Krzywą czytać od prawej ręki w lewo (0·2). Wprowadzono 0·2 cm. sz. wyciągu z przysadki mózgowej (odpowiada 0·9 gr. narządów świeżych)

Tętno czynne występuje zwykle po pewnym przeciągu czasu od wprowadzenia ciała, średnio po 40″. Najwcześniej tętno czynne wystąpiło po 14″ (dośw. Nr 7), a najpóźniej po 1′ 7″ (dośw. Nr 4). W niektórych doświadczeniach podniesienie ciśnienia krwi i tętno czynne występują bez uprzedniego obniżenia ciśnienia krwi i przyspieszenia tętna. Przy powtórnem wprowadzeniu wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej, według zdania autorów, jak widzieliśmy wyżej, ciśnienie krwi obniża się. W naszych zaś doświadczeniach tylko raz spostrzegaliśmy po powtórnem wprowadzeniu wyciągu długotrwałe obniżenie ciśnienia krwi w innych zaś przypadkach działanie wyciągu przy powtórnem wprowadzeniu niczem się nie różniło od działania przy pierwszem wprowadzeniu. Charakterystyczne tętno czynne znika odrazu po wprowadzeniu atropiny lub po przecięciu nerwów błędnych. Również nie powstaje tętno czynne, jeżeli uprzednio wprowadzić atropinę lub przeciąć nerwy błędne; wówczas występuje tylko podniesienie ciśnienia krwi bez żadnych zmian w tętnie. Dlatego twierdzenie Cyona, że na tętno czynne nie wpływa ani przecięcie nerwów błędnych ani wprowadzenie atropiny, należy uznać za fałszywe. Taksamo mylnem jest zdanie Cyona, że tętno czynne trwa godzinami, albowiem w naszych doświadczeniach tętno czynne, chociaż znikało niezbyt prędko, jednakże po jednokrotnem wprowadzeniu wyciągu ani razu nie trwało dłużej nad 40 minut. Tętno czynne jest niewątpliwie pochodzenia ośrodkowego. Bardzo ważne pytanie, czy tętno czynne i podniesienie się ciśnienia krwi zależą od jednego i tego samego ciała, nie może być jeszcze stanowczo rozstrzygnięte w danej chwili, ponieważ zapomocą różnych zabiegów chemicznych nie udało się nam, jak widzieliśmy wyżej, oddzielić jednego zjawiska od drugiego.

Należy tu zwrócić uwagę, że wyciąg z przedniej części przysadki mózgowej, obniżając ciśnienie krwi, jednocześnie przerywa i tętno czynne. Stąd można do pewnego stopnia wnosić o pochodzeniu tętna czynnego. Popielski [19]) dowiódł, że zwężenie tętnic wieńcowych wywołuje zawsze silne uderzenie serca (duże fale), rozszerzenie zaś — słabe (drobne fale). Ponieważ wazodylatyna, rozszerzając naczynia, rozszerza także i naczynia sercowe, przeto przerwanie tętna czynnego po wprowadzeniu wyciągu z przedniej części można sobie tłomaczyć powstałem rozszerzeniem tętnic wieńcowych. Zdaniem Popielskiego wysokie fale tętna, spostrzegane przy wazohypertensynie, adrenalinie i uduszeniu, należy tłómaczyć zwężeniem tętnic wieńcowych, wywołanem wyżej wskazanemi przyczynami.

Własności chemiczne ciała czynnego w tylnej części przysadki mózgowej przemawiają za tem, że podniesienie ciśnienia krwi zostaje wywołane przez wazohypertensynę. Co prawda, wyskokiem bezwodnym nie udało się jej wyciągnąć, jednakże do wyskoku 96° ciało to przechodzi z łatwością. Nie należy nigdy zapominać, że wyciąganie wyskokiem bezwodnym nawet ciał łatwo w nim rozpuszczalnych, jest bardzo trudne w obecności ciał białkowych. W doświadczeniach z wyciągiem z tylnej części podniesieniu ciśnienia krwi zwykle towarzyszyło: tętno czynne — zjawisko, spostrzegane i przez Popielskiego w jego doświadczeniach z wazohypertensyną. Atoli w doświadczeniach z wyciągiem z przedniej części, w której my też przypuszczamy obecność wazohypertensyny, tętna czynnego nie spostrzegaliśmy. Ta rzekoma sprzeczność staje się łatwo zrozumiałą, gdy sobie przypomnimy, że obniżenie ciśnienia krwi, wywołane wprowadzeniem wyciągu z przedniej części, przerywa nawet tętno czynne, już istniejące. Pozostaje wszakże niewyjaśnionem, czy tętno czynne jest wynikiem działania wazohypertensyny lub jakiego innego ciała. Za tożsamością działającego ciała i wazohypertensyny przemawia to, że po wprowadzeniu wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej przy nieuszkodzonych nerwach błędnych nie można otrzymać tylko podniesienia ciśnienia krwi bez jednoczesnego tętna czynnego. Owo podniesienie ciśnienia jest bezwarunkowo pochodzenia obwodowego, ponieważ występuje po przecięciu nerwów błędnych, jakoteż i po przecięciu rdzenia kręgowego pod przedłużonym. Czynne nasze ciało podobne jest do wazohypertensyny jeszcze i z tego, że w obecności wazodylatyny ciśnienie krwi zawsze się obniża, co wskazuje na to, że nasze ciało podnosi ciśnienie działając na te same miejsca, co i wazodylatyna, tylko w odwrotnym kierunku, a mianowicie, według zdania Popielskiego, podrażniając zakończenia nerwów naczynioruchowych. Przeciwko jedności naszego ciała i wazohypertenzyny przemawia ten fakt, że tętno czynne jest pochodzenia ośrodkowego, jako skutek działania na ośrodki nerwów błędnych, natomiast podniesienie ciśnienia krwi jest pochodzenia obwodowego. W każdym razie dla ostatecznego rozstrzygnięcia tego pytania potrzebne są dalsze badania; nie ulega tylko wątpliwości, że w tylnej części przysadki mózgowej znajduje się przeważnie wazohypertensyna, gdy w przedniej części — wazodylatyna. Co do ogólnego zaś działania wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej, to zwykle z początku spostrzega się lekkie podniecenie, z chwilą wystąpienia tętna czynnego zwierzę wpada jakoby w sen. Psy widocznie są mało wrażliwe na wyciąg z przysadki mózgowej, gdyż, pomimo czasami bardzo dużych dawek: po kilka gramów świeżych narządów na 1 kg wagi psa, nigdy nie spostrzegałem nietylko śmierci, lecz wogóle jakichkolwiek powikłań, o których wspomina Parisot [14]), mówiąc o doświadczeniach na królikach.

Uwaga Livona [17]), że po wprowadzeniu wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej krzepliwość krwi o tyle się wzmaga, iż on nie mógł nawet dokładnie określić ciśnienia krwi, według moich badań nie może być uznana za słuszną, a same zjawisko spostrzegane przez Livona widocznie zależało od jakichś pobocznych warunków. Najwcześniejszy skrzep krwi w rurce manometrowej spostrzegałem dopiero po 3′ 30″ od wprowadzenia wyciągu (dośw. Nr 3 u 8), »in vitro« zaś krew skrzepła najwcześniej po 15″. Jeżeli porównamy otrzymane przez nas dane co do wpływu wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej z takiemiż danemi Emile-Weila i Boyé [16]), to zauważymy, że między niemi istnieje pewne podobieństwo. W dwóch doświadczeniach (Nr 12 i 16) otrzymaliśmy znaczne obniżenie krzepliwości krwi (porów. dośw. Nr 2 autorów), przyczem w próbówkach ciałka krwi osiadły na dno; w doświadczeniu Nr 11 krzepliwość krwi pozostała w granicach prawidłowych; w doświadczeniu Nr 15 krew dodana do wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej »in vitro« pozostała płynną przez 4 doby, przyczem po $3^1/_2$ godzinach wystąpiła częściowa hemoliza, prawdopodobnie wskutek obecności w wyciągu hemolizyn. W doświadczeniu zaś Nr 16 krew

prawidłowa, dodana do wyciągu z tylnej części, skrzepła już po 15″, tymczasem krew tego samego psa, ale wzięta po wprowadzeniu tegoż samego wyciągu, dodana do tegoż wyciągu, pozostała już płynną.

Co do zdania zaś Silvestriniego i Livona, że czynne ciało znajduje się w części okołonerwowej, nadmieniam na podstawie danych z piśmiennictwa, ponieważ osobiście anatomią przysadki mózgowej się nie zajmowałem, że część środkową czyli tak zwaną okołonerwową spotyka się nie u wszystkich zwierząt; tam zaś, gdzie ją jedni znajdują, drudzy uważają to za pozostałości rozwoju płodowego i wskutek tego wyosobnianie jej w postaci zupełnie odrębnej części nie jest zgodne z prawdą.

Otrzymane przez nas wyniki dadzą się zestawić w następujących zdaniach.

1. Całkowita przysadka mózgowa działa taksamo, jak tylna jej część.

2. Tylna część przysadki mózgowej, wprowadzona śródżylnie zwierzęciu, wywołuje początkowo nieznaczne i krótkotrwałe obniżenie ciśnienia krwi, a potem podniesienia się ciśnienia i tętno czynne.

3. Tak uprzednie, jak i następcze przecięcie nerwów błędnych, jakoteż wprowadzenie atropiny przeciwdziała wystąpieniu tętna czynnego, względnie przerywa je.

4. Wpływ wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej na krzepliwość krwi jest nie zawsze jednakowy, wszelako zaznaczanego przez autorów znacznego wzmożenia się krzepliwości krwi »in vivo« po wprowadzenia tego wyciągu nie spostrzegałem.

5. W tylnej części przysadki mózgowej znajdują się dwa ciała: wazodylatyna i wazohypertensyna, przyczem w działaniu przeważa druga.

6. Podniesienie ciśnienia krwi po wprowadzeniu wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej jest pochodzenia obwodowego.

7. Tętno czynne po wprowadzeniu wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej jest pochodzenia ośrodkowego; jestto wynik podrażnienia ośrodków nerwów błędnych.

8. Pytanie, czy podniesienie ciśnienia krwi i tętno czynne po wprowadzeniu wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej zależą od jednego ciała, czy od dwóch ciał zupełnie różnych, na razie nie może być ostatecznie rozstrzygnięte.

9. W przedniej części przysadki mózgowej znajdują się dwa ciała: wazodylatyna i wazohypertensyna, przyczem w działaniu przeważa pierwsza, wskutek czego wyciąg z przedniej części przysadki mózgowej, wprowadzony do krwi, wywołuje wszystkie charakterystyczne dla wazodylatyny zjawiska.

10. Wyciąg z przedniej części przysadki mózgowej obniża krzepliwość krwi »in vitro« i »in vivo«.

Piśmiennictwo. 1) P. Marie. L'acromégalie. Nouvelle monographie de la Salpêtrière. Paris, 1888. — 2) K. Hedborn. Ueber die Einwirkung verschiedener Stoffe auf das isolierte Säugetierherz. Skandinav. Arch. f. Physiol. 1898, Bd. 8, s. 147.— 3) W. Howell. The physiological Effects of Extracts of the Hyp. cerebri. The Journ. of. exper. Medicin. 1898. Vol. III, p. 245.— 4. Cleghorn. Amer. Journ. of Physiol. 1899. Vol. II. — 5. Herring. The action of pituitary Extracts on the Heart and Circulation of the Frog. Journ. of Physiol. 1904, Vol. XXXI, p. 429.— 6. Ch. Livon. Sécrétions internes. Glandes hypertensives. Comptes rend. des Séanc. de la Soc. de Biol. 1898, p. 98. — 7) Ch. Livon. Corps pituitaire et tension sanguine. Tamże 1899, p. 170, 4 mars. — 8) Ch. Livon. Pénétration par la voie nerveuse de la sécrétion. interne de l'hypophyse. Tamże 1908, p. 744, 15 déc. 9) E. A. Schaefer and S. Vincent. The physiological Effects of Extracts of the pituitary Body. The Journ. of Physiol. 1899—1900. Vol. XXV, p. 87. — 10) E. Cyon. Beiträge zur Physiologie der Schilddrüse und des Herzens. Arch. f. d. ges. Physiol. 1898, Bd. 70, s. 90. — 11) E. Cyon. Die physiologischen Herzgifte. II. Theil. Tamże 1898. Bd. 73, s. 339. — 12) E. Cyon. Die physiologischen Verrichtungen der Hypophyse. Tamże, 1900. Bd. 81, s. 267. — 13) E. Cyon. Die physiologischen Herzgifte. IV. Theil. Tamże 1899. Bd. 79, s. 215. — 14) J. Parisot. Recherches sur la toxicité de l'extrait d'hypophyse. Compt. rend. des. s. de la Soc. de Biol. 1909, Nr 24, p. 71. — 15) V. de Bonis und V. Susanna. Ueber die Wirkung des Hypophysenextraktes auf isolierte Blutgefässe. Ctb. Phys. 1909. Bd. XXIII. — 16) P. Emile-Weil et G. Boyé. Action différente des lobes hypophysaires sur la coagulation du sang chez l'homme et le lapin. Compt. rend. d. s. de la Soc. de Biol. 1909, p. 428, 23 oct. — 17) Ch. Livon. Action différente des lobes hypophysaires sur le sang du chien. Compt. rend. d. S. de la Soc. de Biol. 1909, p. 618, 27 nov. — 18) J. Studziński. W sprawie fizyologicznego działania wyciągu z nadnerczy. Lwowski tyg. lekarski, 1910, Nr 18—21. — L. Popielski. Ueber den Einflussflüssigkeit durch die Kranzarterien auf die Tätigkeit des isolierten Säugetierherz. Arch. f. d. ges. Physiol., 1909, Bd. 130, s. 375.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Riedel. **O protezach po amputacyi uda.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 30). Autor, przeszedłszy sam odjęcie uda, podaje na podstawie własnego doświadczenia kilka cennych wskazówek co do sporządzania kończyn sztucznych. I tak dobra proteza powinna mieć stopę, dającą się ustawiać tak w położeniu palcowem, jak i piętowem. Staw kolanowy powinien być ruchomy elastycznie, a w razie potrzeby ustalony. Proteza powinna być krótszą o 1—2 ctm od kończyny zdrowej. Górny wewnętrzny brzeg powinien być dobrze wyścielony i sprężynowy, bo proteza nie opiera się na guzie kulszowym, jak to piszą szablonowo w podręcznikach, ale na mięśniach przywodzących. Protezę najlepiej umocować na miednicy zapomocą bandażu Marksa. Kikut należy pielęgnować starannie, wszelkie zadziorki i otarcia zaraz opatrywać i nosić na nim pończochę bez fałdów i szwów. — Z początku poleca się po operacyi chodzenie na kulach. Nie należy jednak pozwolić, by chory chodził odrazu za długo, bo nie mając wprawy, nabawić się może porażenia, co i autorowi się wydarzyło. Na protezie trzeba się nauczyć chodzić i pozbyć obawy wywrócenia się. K.

Zoeppritz. **Nagromadzanie krwi w kończynach, wpływ jego na krwawienie przy operacyach i działanie na ustrój.** (Mitteil a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. T. 23. III.). Z. zachwala bardzo sposób, podany swego czasu przez Dawbarna, t. j. przewiązywanie kończyn na $^3/_4$—1 godziny przed operacyą tak, by utrudnić odpływ żylny z kończyny. Przez to uzyskuje się przy operacyach wybitne zmniejszenie krwawienia, co n. p. w czaszce, przy operacyach na wątrobie i t. p. ma ogromne znaczenie. Takie przewiązanie ma nieraz korzystny wpływ na przebieg uśpienia. Przeciwwskazane jest ono przy zwiększonem ciśnieniu krwi, wyraźnem stwardnieniu naczyń, niedokrwistości, blednicy i białaczce, żylakach i przy ogólnem zakażeniu. W obu kończynach dolnych przez takie przewiązanie odciąć można ustrojowi 1300—1500 ctm^3, t. j. niemal $^1/_4$ ogólnej ilości krwi. — Przewiązanie powoduje zwykle spadek ciśnienia a przyspieszenie oddechu i akcyi serca. A.

Caspari i Loewy. **O indyjskiej truciznie do strzał z badaniami nad trucizną uzyskaną ze skóry żaby.** (Medizin. Klinik 1911, Nr 31). Indyanie w Kolumbii zatruwają strzały jadem, uzyskanym ze skóry żab, które w tym celu męczą, nabijając na ciernie. Trucizna ta ma własność wywoływania szybkiego porażenia, ew. śmierci u trafionych strzałą istot. Strzały te wysyłają indyanie z rur bambusowych, długich na 4 metry, przez dmuchanie. Mięso zwierząt nie ulega przez to zatruciu. — Chcąc naturę tego jadu bliżej określić, badali autorzy wydzielinę skórną żaby (rana esculenta), drażniąc ją prądem faradycznym, ew. zdejmując skórę i rozcierając ją w rozczynie soli kuchennej. Z badań tych doszli do przekonania, że rzeczywiście żaba wydziela ze skóry (zwłaszcza grzbietu i zgięć stawowych) wydzielinę opalizującą o swoistej woni bardzo silnie trująco działającą na myszy, króliki, a nawet i żaby. Trucizna ta powoduje porażenie oddechu i kończyn, zwłaszcza dolnych. — Zwykle u zwierząt większych po 24 godzinach zmiany te ustępują, u mniejszych wywoływać zaś mogą drgawki i śmierć. A.

Wierzejewski. **O wypadkach i powikłaniach przy operacyach ortopedycznych.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 29). Przy operacyach ortopedycznych zdarzają się dwa rodzaje niemiłych powikłań: 1) drgawki i kurcze toniczne i t. p. przy operacyach prostujących, zwłaszcza staw biodrowy i kolanowy, wywołane podrażnieniem rdzenia przez naciąganie nerwu kulszowego (zjawiają się w 3—6 dni po operacyi); 2) zatory tłuszczowe po i przy operacyach kostnych. W pierwszych przypadkach trzeba nieraz zdjąć gips, w drugich tego czynić nie wolno, ze względu na możliwość nowego zatoru, a stosuje się tylko podskórnie kamforę, wlewania rozczynów soli, wdychiwania tlenu i t. p. Zatory wydarzają się częściej i przebiegają groźniej przy uśpieniach chloroformowych, dlatego też przy operacyach ortopedycznych, zwłaszcza kostnych, zaleca W. używanie do uśpienia eteru. K.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Posiedzenie lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie

z dnia 13. VI. 1911 r.

1) Borowiecki przedstawia chorego D. K., l. 31. Chory miernie pije, kiły się wypiera. Zachorował nagle przed 8 miesiącami wśród bolów głowy, dreszczy, gorączki, osłabienia rąk i nóg. Gorączka wkrótce ustąpiła, po 15 dniach zaczął wstawać, stan rąk i nóg stopniowo się poprawiał. Obecnie lekka bolesność na ucisk nn. podocznych i usznoskroniowych, prawe ramię ustawione nieco wyżej, niż lewe, kąt barkowy zaostrzony po obu stronach. W okolicy dołu nadgrzebieniowego i podgrzebieniowego łopatek zaniki, zwłaszcza po str. lewej; po tejże stronie porażony m. kapturowy, mm. prostujące palce, międzykostne i zginacze; po obu stronach porażone: mm. naramienne, nadgrzebieniowe; podgrzebieniowe łopatki, dwugłowe i wewnętrzne ramienia, drugi odwracający wybitniej, jednak po str. lewej. Odruchy ścięgniste i okostne na kończynach górnych zniesione. Nn. sprychowy i pośrodkowy lewy bolesne na ucisk. Lekkie przytępienie czucia dotyku i bolu w końcowych częściach kończyn górnych. Odczyn zwyrodnienia w zakresie m. naramiennego lewego, m. wewnętrznego ramienia po obu stronach. Odruchy brzuszne, mosznowe, i podeszwowe prawidłowe. Odruch kolanowy po prawej bardzo słaby, po lewej zniesiony. Odruch achillesowy po str. prawej prawidłowy, po lewej b. osłabiony. Bolesność uciskowa n. strzałowego i piszczelowego tylnego lewego. Zaburzeń czucia, bezładu niema. Rozpoznanie waha się między **poliomyelitis anterior adultorum acuta a polyneuritis.** Przeciw zapaleniu wielu nerwów przemawia brak przebytej choroby zakaźnej i siedziba porażeń i zaników przedewszystkiem w pasie barkowym, a mniej w obwodowych częściach kończyn, za zapaleniem nerwów lekka bolesność pni nerwowych i przytępienie czucia na kończynach górnych.

2) Rydel przedstawia 44-letniego mężczyznę ze znacznemi zaburzeniami pamięci i zdolności zapamiętywania, bez otępienia i bez zaburzeń mowy. Objaw Argyll-Robertsona, bardzo silne osłabienie odruchów kolanowych, zniesienie odruchów achillesowych, brak objawu Romberga, brak wybitniejszych zmian czucia. Odczyn Wassermanna wybitnie dodatni, żona roniła trzykrotnie, a chory sam podaje, że przed kilkunastu laty przebył kiłę. Rozpoznanie musi się zatem ważyć między **taboparalysis a polyneuritis Korsakowa.** Z uwagi na to, że chory, z zawodu restaurator, przez długie lata pijał, tak, iż przed rokiem uległ jakiejś psychozie, (najprawdopodobniej obłędowi opilczemu), że przed 4 miesiącami miał silne bole w nogach, chód bezładny i wyraźną bolesność pni nerwowych, przypuszcza R. zapalenie wielu nerwów z objawami Korsakowa, przyczem atoli objawy zapalenia nerwów są znacznie słabsze, niż psychiczne. Za tem rozpoznaniem przemawiałby także dotychczasowy przebieg, mianowicie ustąpienie bezładu i bolów, zmniejszenie się bardzo znaczne bolesności uciskowej, tudzież stopniowe powracanie odruchów kolanowych. Niektóre objawy, jak n. p. Argyll-Robertsona odnieść należy do kiły. — W dyskusyi podnosi Piltz: Chory w ruchach i mimice nie sprawia wrażenia paralityka, niema tu bowiem żadnej dyssocyacyi psychicznej, ani też dyskoordynacyi ruchów, z drugiej strony jednak wysuwają się na pierwszy plan głębokie zaburzenia pamięci i zdolności zapamiętywania wrażeń. Tak one, jak i nagłe rozpoczęcie się choroby przemawiałoby za zbiorem objawów Korsakowa. Za porażeniem postępującem mogłaby przemawiać obecność objawu Argyll-Robertsona, przeciw znowu brak jakichkolwiek zaburzeń mowy. P. skłania się wobec tego do przyjęcia z jednej strony kiły ze zmianami w źrenicach, z drugiej zbioru objawów Korsakowa.

(Dok. nast.).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Lekarze szkolni rozpoczęli już swoją funkcyę w Krakowie, a to od oglądań budynków szkolnych, a w następstwie pójdzie szczepienie, walka z chorobami zakaźnemi, szczegółowe badania dzieci, wykłady higieny i wychowywanie w jej duchu. Dzieci szkolnych jest przeszło 14.000 tak że na lekarza

wypada około 1200 dzieci. Nauczycielstwo ludowe odnosi się bardzo sympatycznie do tej u nas nowej, a tak potrzebnej instytucyi. X.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 20. VIII. do 26. VIII. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † 3 (w tem obcych 2 † 2), krztuśca 5 † — (— † —), ospy wietrznej — † — (— † —), płonicy 10 † 2 (3 † 2), odry 30 † — (— † —), duru brzusznego 7 † 1 (3 † —), czerwonki 5 † — (1 † —), jaglicy 3, twardziela 2 † — (2 † —).

Dr Janiszewski.

Lwów. Fizykat miejski ogłasza: Cholera z Pobrzeża niepokoi nieustannie państwo austryackie i z tego powodu rząd pragnie zabezpieczyć sobie siły lekarskie. Lekarze, którzyby byli gotowi objąć bezzwłocznie czynności przy zwalczaniu cholery w Pobrzeżu lub Dalmacyi, zechcą zgłosić się w fizykacie miejskim, w ratuszu lwowskim i podać tam swoje warunki.

Z różnych stron. W tych dniach odbyła się w Petersburgu w ministerstwie oświaty narada w sprawie słuchaczek żeńskiego instytutu medycznego. Postanowiono przyjmować prośby o ponowne przyjęcie od tych słuchaczek, które nie uczęszczały do instytutu nie dlatego, iżby sympatyzowały ze strajkiem. W podaniu winna być wskazana przyczyna nieuczęszczania na wykłady, ministerstwo oświaty zaś będzie zbierało informacye o petentkach »inną« drogą. Dotychczas podano o ponowne przyjęcie 300 próśb.

— W Rydze niedawno zmarła Kokorewowa zapisała 165.000 rubli na zwalczanie trądu, który, jak wiadomo, w niektórych okolicach Rosyi wyrządza ogromne spustoszenia.

— W obecności ks. Augusta Wilhelma odbyło się dnia 30. sierpnia b. r. otwarcie trzeciego międzynarodowego kongresu laryngologicznego.

— Miasto Ludwigshafen wprowadziło u siebie bardzo rozsądną rzecz, t. j. chowanie zmarłych przez gminę za bardzo małem wynagrodzeniem. Nie podobało się to przedsiębiorstwom prywatnym pogrzebów i zaskarżyły one gminę o to, że sprzedaje trumny za tanio, narażając przedsiębiorstwa na straty, ale sąd naturalnie odrzucił ich skargę, mając na oku jedynie dobro publiczne a nie prywatne. X.

— Parlament francuski zastanawia się obecnie nad sprawą wprowadzenia w zdrojowiskach opłaty zdrojowej dla cudzoziemców, albowiem takowa dotąd zupełnie nie istnieje, a przyniosłaby ona państwu poważny dochód, sądząc po Niemcach, gdzie wynosi on obecnie pół miliarda rocznie. Taksę opłacać ma każdy cudzoziemiec bawiący dłużej w zdrojowisku niż 5 dni w wysokości 5—30 franków, zależnie od wielkości i znaczenia danej miejscowości. Opozycyoniści obawiają się znów, że wstrzyma to napływ obcych do Francyi. X.

Zmarli: Dr Dieulafoy b. profesor med. wewn. uniwers. i prezydent akademii medycznej w Paryżu; Dr Julliard, b. profesor chirurgii w Genewie; Dr Chibret, okulista w Clermont-Ferrand.

Redakcya otrzymała: »Pamiętnik I-go Zjazdu lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego oraz Obchodu XXV-lecia istnienia Towarzystwa lekarskiego łódzkiego«. — Aleksander Simon: 1) Pseudoleukaemia cum febri recurrente. (Nowiny lekarskie 1911). 2) O ostrem zatruciu tarczowem po zażyciu nader drobnej dawki jodu. (Med. i Kron. lek. 1911). 3) Ueber Röntgenbestrahlungen der Schilddrüse bei Thyreoidismus. (Deutsche med. Wochs. 1911). — Doc. Hornowski Józef: 1) Un cas d'étranglement du nerf de la III paire. (Odb. z L'Encéphale 1911). 2) O kamicy żółciowej na podstawie nowszych badań i własnych spostrzeżeń. (Lwów 1911). 3) Kilka uwag o powstawaniu wrodzonej torbielowatości nerek na podstawie własnych spostrzeżeń. (Lwów 1911).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr K. W. Majewski.

Rok L. Kraków, dnia 16. września 1911. Nr 37.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego.
Dyrektor: Prof. Dr W. L. Jaworski.

Odczyn Calmettea z jadem okularnika (kobry), oraz jego wartość rozpoznawcza dla gruźlicy na podstawie własnych badań.

Podał

Dr Jan Nowaczyński,
demonstrator kliniki.

Część I.

Jady wężów, a zwłaszcza gatunku »viperidae«, do którego należy kobra (okularnik indyjski), posiadają obok innych własności szkodliwego działania na ustrój, do którego się dostają, także i własności silnie hemolityczne względem krwi tak zwierząt, jakoteż i człowieka. Działanie to można, rozporządzając jadem, spostrzegać i badać »in vitro«.

I tak stwierdzone zostało, iż jad kobry różnie zachowuje się wobec ciałek krwi, dokładnie przemytych rozczynem fizyologicznym soli różnych gatunków zwierząt, mianowicie jedne rozpuszcza sam, jak n. p. ciałka żaby, psa, świnki morskiej, człowieka, szczura, świni, myszy, gęsi, królika, wreszcie konia (zestawiono w miarę czułości), innych znów, jak n. p. ciałka wołu, barana i kozy, nie rozpuszcza wcale; można jednakże wywołać hemolizę i tych ostatnich ciałek, gdy się do mieszaniny ich z jadem doda nieco surowicy, n. p. konia, psa, lub szczura, które w tym wypadku niejako aktywują (uczynniają) jad, t. j. sprawiają, iż jad rozpuszcza ciałka te, w innych warunkach nań niewrażliwe. To zjawisko zauważyli pierwsi Flexner i Nogucki [1]), którzy przypuszczają, iż działanie hemolityczne jadu zależy od dwu czynników: jeden z nich zawarty jest w jadzie samym i wytrzymuje nawet ogrzanie do ciepłoty 90°, drugi znajduje się w surowicy i uczynnia jad; jad więc składa się z szeregu substancyi działających na sposób dwuchwytników (amboceptorów), które znów zostają uczynnione przez dopełniacze (komplementy) surowic.

W dalszym ciągu Calmette [2]) stwierdził, iż uczynnienie jadu następuje nietylko po dodaniu świeżej, lecz także i ogrzanej do 62° C. surowicy, co więcej, wtedy nawet hemoliza szybciej postępuje, co odnosi on do tego, że ogrzanie do 62° znosi działanie naturalnej antyhemolizyny, zawartej w świeżej surowicy, która jest ciepłochwiejna (termolabil), a ujawnia natomiast działanie substancyi uczynniającej, wytrzymałej nawet na ciepłotę 80°. Substancye zatem, znajdujące się w tych surowicach, dzięki którym następuje hemoliza ciałek, nie zostają zniszczone w ciepłocie 62°, jak to się dzieje z dopełniaczami (komplementami), lecz przeciwnie wtedy nawet ujawniają się.

Kyes i Sachs [3] [4]) [5])), badając tę sprawę, stwierdzili cały szereg ciekawych własności, tyczących się uczynniania jadu przez surowice zwierząt, — w szczegóły tu wchodzić nie będę, — co najważniejsza zaś, poszukując substancyi znajdującej się w surowicach, dzięki której następuje uczynnienie jadu, udowodnili, iż istotą tą jest ciało rozpuszczalne w eterze, alkoholu, chloroformie, a więc odznaczające się własnościami, któremi cechują się lipoidy ustrojowe, głównie lecytyna, która też i sama przez się posiada wybitną własność uczynniania jadu kobry. W ten sposób stwierdzone zostało, iż lecytyna jest aktywatorem jadu, surowice więc zawierające ją, uczynniają jad, surowice nie zawierające jej, jadu nie uczynniają. Dzięki więc obecności lecytyny w surowicach, dodawanych do mieszaniny ciałek krwi barana lub kozy z jadem, ciałka tych gatunków, same na jad niewrażliwe, zostają rozpuszczone.

Jest jednakże cały szereg innych gatunków ciałek krwi, wymienionych wyżej, które samoistnie, choć w słabszym stopniu ulegają hemolizie pod wpływem jadu bez dodatku, czy surowicy zawierającej lecytynę, czy lecytyny samej. Otóż stwierdzone zostało, że i w tym rodzaju hemolizy nie działa jad sam, lecz pod wpływem znów lecytyny, która w tym przypadku znajduje się fizyologicznie wewnątrz ciałek powyższych gatunków, t. j. w ich zrębach (stromata).

Jednem słowem jad kobry działa hemolitycznie tylko w obecności lecytyny, wchodząc z nią w związek zw. »kobralecithid«. Kwestya tego produktu, również szeroko opracowana przez Calmettea, oraz Kyesa, nie należy do przedmiotu pracy.

Lecytyna, t. j. ów monoamidomonofosfatyd, czyli związek estrowy choliny z kwasami tłuszczowymi i kwasem gliceryno-fosforowym, zaliczająca się obok innych związków, jak: cefalina substancyi mózgowej, knoryna mięśnia sercowego, amidomyelina substancyi mózgowej, sfingomyelina ciałek czerwonych, cerebryna, cerebrosydy, czyli produkty rozpadu protagonu i inne wreszcie kwasy tłuszczowe, a przedewszystkiem cholesteryna, do grupy ciał, znanych w chemii pod nazwą ogólną lipoidów tkankowych, których wspólną cechą jest rozpuszczalność w eterze, alkoholu, chloroformie, benzolu,

nie jest jedynem ciałem, zdolnem odgrywać rolę aktywatora jadu kobry, gdyż stwierdzono, iż wogóle lipoidy posiadają własności uczynniające, a z nich najwybitniej kwasy tłuszczowe, oraz tłuszcze obojętne, jakoteż ich związki, t. j. mydła, dalej t. zw. jekoryna, t. j. związek lecytyny z glukozą, o której jeszcze będzie mowa, wreszcie żółć i mleko, które nabywa własności uczynniających jad dopiero po ogrzaniu do 100⁰.

Jest jednakże pewna różnica w uczynnianiu jadu przez lecytynę a przez tłuszcze, czy mydła, gdyż, jak wiadomo, mydła już same przez się rozpuszczają silnie krew, uczynnianie zaś przez nie postępuje tak energicznie, jak przez lecytynę, wreszcie działanie uczynniające tych ostatnich lipoidów da się znieść przez ogrzanie i dodatek $CaCl_2$, który nie przeszkadza wcale uczynnianiu przez lecytynę, najwyżej może opóźnia je, jak to srwierdził Nogucki [6]).

Stwierdzono więc, iż pewne surowice posiadają własność uczynniania jadu kobry. Prace Calmettea wyjaśniły po części tę sprawę, jakoteż naprowadziły go na myśl istnienia pewnego związku między własnościami uczynniającemi surowic ludzkich, a gruźlicą, oraz na myśl zużytkowania ich dla celów rozpoznawczych; pozwolę sobie zatem podać ich wyniki, tembardziej, iż własne doświadczenia, zmierzające do skontrolowania jego prac, na nich opieram.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Przypadek wypadnięcia mózgu jako powikłanie pooperacyjne.

Podał

Dr Jan Gawlik (Zakopane).

Wypadnięcie na zewnątrz zwojów mózgowych, w związku z resztą mózgu pozostających, przez otwór operacyjny w czaszce (prolapsus cerebri), jako powikłanie po operacyach śródczaszkowych uchodzi powszechnie za objaw złowróżbny, zwłaszcza jeżeli ma dążność do szybkiego i stałego wzrostu, (prolapsus progrediens).

Jeżeli rozchodzi się o operacyę wykonaną z powodu typowych objawów ogniskowych (Herderscheinungen) po urazie czaszki, z powikłanem zranieniem opon i mózgu i jeżeli operacyjnie znaleziono i usunięto przyczynę tych objawów w postaci wklinowanych odłamków, krwiaka śródczaszkowego lub ropnia korowego i t. p., to wystąpienie w takim wypadku wypadnięcia mózgu zaraz lub w krótkim czasie po operacyi budzi poważną wątpliwość, czy operacya osiągnęła cel zamierzony.

Szybko wzrastający ucisk śródczaszkowy, którego następstwem jest w tym wypadku wypieranie na zewnątrz zwojów mózgowych jest zazwyczaj wskazówką, że w głębi czaszki w tkance mózgowej w komorach lub w oponach mózgu toczy się jakaś sprawa zakaźna, zazwyczaj ropna.

Jeżeli sprawa ta wczas rozpoznaną i usuniętą nie zostanie lub jeżeli z natury rzeczy nie jest dostępna i nie da się usunąć, to rokowanie tych przypadków jest złe, ucisk, a z nim i wypadnięcie mózgu wzrasta stale, przypadki te kończą się zwykle śmiercią, a właściwą przyczynę ucisku wykrywa czasem dopiero sekcya.

Nie zawsze jednak wypadnięcie mózgu, nawet bardzo dużych rozmiarów, ma tak doniosłe znaczenie i tak ciężkie następstwa, czego przykładem jest historya choroby operowanego przezemnie chorego. Przytaczam ją w całości ze względu na to, że spostrzeżenia dużych postępujących wypadnięć pooperacyjnych mózgu z zejściem pomyślnem nie należą do częstych.

Tadeusz M. l. 17, uczeń gimnazyalny ze Stryja, wspinając się na szczyt Gewontu w towarzystwie kolegi nieuczęszczaną ścieżką w d. 17. VIII. 1910 r. pośliznął się wskutek oderwania się kamienia i spadł z wysokości kilku metrów w dół, uderzając głową o skałę. — Chwilowo stracił przytomność, która jednak wróciła wkrótce według opowiadania towarzysza. Mniejwięcej w 4 godziny po wypadku Tatrzańskie pogotowie ratunkowe dostawiło chorego, opatrzonego prowizorycznie przez lekarza Towarzystwa, do mojej prywatnej lecznicy w Zakopanem. — Stan obecny: Młodzieniec dobrze zbudowany i odżywiony, przytomny. Pamięć jasna, a świadomość wypadku dokładna. Mowa wyraźna, płynna. Wzrok, słuch i czucie nie okazują zboczeń. Tętno równe 60 na min. silnie napięte, ciepłota 38·9. Źrenice równe, oddziałują prawidłowo. Skóra i błony śluzowe dosyć blade. Nigdzie nie można wykazać ani śladu jakichkolwiek porażeń. Na głowie po stronie lewej znajduje się podłużna rana około 12 ctm długa, biegnąca od granicy włosów nad guzem czołowym lewym aż do guza ciemieniowego lewego. Brzegi rany ostro cięte, szeroko rozwarte, przenikające całą grubość części miękkich odsłaniają obnażone sklepienie czaszki na znacznej przestrzeni.

Środkiem obnażonego sklepienia przez całą długość rany biegnie szczelina w kości, gubiąca się po obu stronach pod kątami rany. Brzegi szczeliny kostnej nie leżą w jednym poziomie. Wewnętrzny brzeg wklinowany jest pod zewnętrzny tak, że kości zachodzą na siebie. Prócz tego mniejwięcej w środkowej części rany kość, będąca wewnętrznym brzegiem szczeliny, wgnieciona jest na ograniczonej przestrzeni prawie lejkowato w głąb czaszki. Od dna lejka, które znajduje się już pod brzegiem zewnętrznym szczeliny głównej, rozchodzą się promienisto liczne drobne pęknięcia, ginące pod wewnętrznym brzegiem rany powłok.

Płynna krew, zebrana w szczelinach kostnych dna wgłębienia, okazuje wyraźne tętnienie. — W ranie liczne luźne drzazgi kostne, ziarna żwiru i włosy. Krwotoku na zewnątrz niema żadnego. — W narządach wewnętrznych zmian niema. Reszta kośćca nieuszkodzona.

Przebieg choroby: Po ogoleniu głowy chorego i oczyszczeniu mechanicznem rany opatrzyłem ranę w sposób zwykły, postanawiając wstrzymać się na razie od czynniejszej interwencyi wobec braku objawów miejscowych ucisku mózgu ze strony wgnieconych odłamków. — Przez pierwsze 4 dni po wypadku stan chorego utrzymywał się bez zmiany, a nawet ciepłota opadła, a na ból głowy, od początku nieznaczny, wcale się chory nie uskarżał. Dopiero 5. dnia zauważyłem pewne zmiany w mowie: zacinanie się w ciągu zdań i trudność nazwania właściwym wyrazem otaczających przedmiotów. Pismo bez zmian. Tętno wolne 60, twarde. — W następnych dniach zaburzenia w mowie stawały się coraz wyraźniejsze, do czego przyłączyły się zmiany w piśmie w postaci wypuszczania liter i całych zgłosek w wyrazach. Przytem wystąpiła bezsenność, ciepłota wieczorna zaczęła podnosić się do 38⁰, wśród nocy zaczęły pojawiać się objawy podniecenia psychicznego, zrywania się, bredzenie, chwilami bezład umysłu. Porażeń żadnych wykazać nie można, stolec i mocz oddaje chory prawidłowo.

Wobec coraz wybitniejszych zmian w mowie i piśmie, wskazujących na ograniczony ucisk lewego płatu czołowego mózgu w okolicy trzeciego zakrętu uważałem za wskazane przystąpić do usunięcia wgniecenia w sklepieniu czaszki w dziewiątym dniu po wypadku.

Dnia 26. VIII. operacya w uśpieniu chloroformem. Rozszerzyłem ranę w przód i w tył i odsłoniłem pęknięcie w całej długości. Zdłutowałem sterczący zewnętrzny brzeg szczeliny, odsłaniając przez to wklinowane pod nim lejkowate wgłębienie, a po dostatecznem rozszerzeniu otworu wydobyłem wszystkie w skład lejka wchodzące odłamki blaszki zewnętrznej sklepienia. Teraz dopiero okazało się, że blaszka wewnętrzna (tabula vitrea) strzaskana jest na bardzo rozległej przestrzeni. Liczne jej odłamki wgniecione w głąb czaszki zachodzą daleko pod obydwa brzegi otworu w sklepieniu, wklinowane nieruchomo, tak, że ich przez ten otwór bez obawy skaleczenia opon mózgowych wydobyć niepodobna. Dopiero po wydłutowaniu ze sklepienia czaszki owalu o średnicy 8 ctm długości, a około $3^1/_2$ ctm szerokości w najszerszej części przodkowej udało mi się zapomocą wązkich elewatorów ostrożnie wyważyć kolejno 8 dużych odłamków, z których jeden najmniejszy tkwił, ostrym końcem wbity przez opony, w korze mózgowej. Po usunięciu wszystkich widocznych odłamków okazuje się w miejscu ucisku w półkuli mózgowej głębokie wklęśnięcie, pokryte oponą twardą, ciemno-wiśniowo zabarwioną, połyskującą, z wyjątkiem ubytku, skąd wydobyto odłamek, przedstawiającego się jako ciemniejsza matowa plama nieco nad poziom wypukła.

Na całej przestrzeni odsłoniętych opon widać wyraźne, żywe tętnienie mózgu. Otwór trepanacyjny wypełniono lekko gazą i założono opatrunek.

(Dok. nast.).

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Nowo podane leki i środki.

Albukola, środek odżywczy dla kobiet (!) zawiera zabarwioną kazeinę i sodę.

Biohydron, toniczna lemoniada zawiera eter octowy, kwas cytrynowy, cytryniany żelaza i wapnia.

Benetol, naftol rozpuszczony w glicerynie i mydle.

Bokol, środek odżywczy dla kobiet (!) zawiera proszek mleczny i klej.

Carboradiogen, preparat radu z węglem.

Episan, przeciwko padaczce, tabletki z kal. brom. boraksem, cynkiem i waleryaną.

Flexible, środek na dnę zawiera terpentynę, spirytus mydlany i soki roślinne.

Ginsex, środek na niezdolność płciową zawiera kola, korzeń Ginsex i inne obojętne preparaty.

Gynin zawiera kwas borowy, winowy, sól, ałun i t. p. do płukań kobiecych.

Jodipsol, jod z kresolem.

Lipojodin, etylowy ester jodowy zawiera 41·86% jodu.

Maretin, karbamin-m-Tolylhydrarid (okazał się trującym!).

Myrmalyd, połączenie urotropiny z kwasem mrówkowym.

Kollin, balsam na wole, zawiera rozczyny mydła z jodem, kamforą i skrobią.

Lugmalin, mydło sodowe z boraksem.

Parasol, kwas borowy, ałun i skrobia.

Potenta, skrobia, cukier i kora Yohimby.

Sphinx, proszek menstruacyjny Wagnera, składa się z rumianku!

Tonnola (przeciw otyłości) zawiera sól kuchenną, sodę, siarkę, cukier, senes i lukrecyę. A.

Przyrządy do leczenia gorącem powietrzem, ogrzewane elektrycznie podał Tyrnauer z Karlsbadu. Działają one szybko i pewnie, nie psują powietrza wyziewami spalonych gazów i nie wywołują oparzeń. (Med. Klin. 30).

Nowy sposób operacyi krwawnic podał Prof. Dreesmann z Kolonii. Z pomocą dwóch cięć poprzecznych łukowych około stolca dochodzi się do żył i wycina je od zewnątrz bez naruszenia błony śluzowej odbytnicy. (Med. Klin. 30)

Kamasz na żylaki (zamiast za mocno ściskających pończoch gumowych) składający się z płótna i elastycznych wałków, uciskających jedynie powierzchowne rozszerzone żyły, podał Stephan. (Med. Klin. 30).

Leczenie stawów rzekomych z pomocą wstrzykiwania zawiesiny z okostnej poleca Sasaki. (Deutsch. Zeits. f. Chir. 109, V—VI).

Kardifon, przyrząd dozwalający osłuchiwać serce i płuca kilku osobom naraz telefonem, podał Lilienstein. (Münch. med. Woch. 29).

Przy zakażeniach wąglikiem poleca Fortinea wstrzykiwania pyocyanazy. (An. d. l'in. Pasteur XII. 1910). A.

Przy róży poleca Mario smarować okolicę i dane miejsce skóry 5—6 razy dnia świeżą nalewką jodową. (Gaz. d. osp. 1911, Nr 87). A.

O pchłach ciekawe szczegóły podaje Harms, wykazując, w jaki sposób stają się one przenośnikami różnych zarazków. Prócz pcheł zwykłych opisuje H. jeszcze t. zw. pchłę piaskową i sposób znoszenia przez samicę jaj w skórze, powodujący różne cierpienia u mieszkańców Afryki. (Med. Kl. Nr 35). A.

Przy rozedmie płuc polecają Kal. jod. 5,0, Sol. Fowler gtts 100. Aq. 300,0. S. rano łyżkę w mleku. (Rf. med. 1911, Nr 11). A.

Przeciwko swędzeniu skóry zapisuje Miller: Resorcin 2,5, Ichthyol. 5,0, Balsm. per. 15,0, Ol. Ricin. 120,0. (Rf. med. 1911, Nr 24). A.

Kranitpastillen są to pastylki dla dzieci, zawierające fosfor o stanie trwałym, dokładnie dawkowanym, nie rozkładającym się, a miłym w smaku w dawkach po 0,0005 i 0·00025. (Pharm. Ztg. 1911, S. 654. A.

Wlewania rozczynów cukru przy zatruciu kwasowem chorych cukrzycowych zaleca Bálint z Pesztu. (Berl. klin. Wochs. Nr 34). A.

Nowy sposób sączkowania wodogłowia podaje Marimon z Barcelony, a mianowicie odprowadzanie płynu mózgowego z komór z pomocą nitek jedwabnych do obfitej w naczynia limfatyczne ślinianki przyusznej. (Zblt. f. Chir. Nr 32). K.

Do opatrywania ran poleca Ballester rozczyn sody 8:100, którym napaja się gazę lub watę w ranie. (Gac. med. Catal. 1911, V.). A.

Przyrządy do miesienia w jamach ciała (endomassage) z pomocą ciśnienia wody na elastyczne błony podał Dremo. Stosować można wodę zimną lub ciepłą, Nadaje się to miesienie zwłaszcza do serca, nerwów, dziąseł, skóry, ew. cewki, nosa, kiszki stolcowej i macicy. (Med. Kl. Nr 36). A.

Kankroidynę (Antimeristem) Schmidta stosował Hauser w 5 przypadkach raka i dochodzi do przekonania, że nawet po doszczętnej operacyi kankroidyna nie chroni wcale od nawrotów, tak samo nie zwalcza ona guzów nie nadających się do operacyi, choć zaprzeczyć się nie da, że nieraz wywołuje miejscową reakcyę. (Med. Kl. Nr 36). A.

Przeciw tworzeniu się wyprysku po goleniu poleca Dremo puder: Sklol. 2,0, Amyl. oryz. Fermentin. sicc. Pulv. crid. flor. aa 50,0. S. Puder. (Mon. f. Pr. Derm. 52). A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Protokół Posiedzenia centralnego Komitetu lekarskiego słowiańskiego w dn. 17 lipca 1911 r. w Krakowie,

(w »Domu lekarskim«, Radziwiłłowska 4).

Obecni członkowie: Prof. Bechterew, Prof. Hlava, Prof. Ott, Prof. Kostanecki, Prof. Veselý, Prof. Ciechanowski, Dr Kwaśnicki, Dr Surzycki, Dr Tkalčić, Dr Ozarkiewicz, Dr Semerád, Dr Blahó, Dr Wachnianin i Dr Zahradnický.

1. Prof. Wicherkiewicz zagaja posiedzenie i wita przybyłych delegatów, dziękując im za stawienie się na zaproszenie.

Usprawiedliwienie przysłali pp.: Cavov, Beron, Ghirghinov i Kiranov z komitetu narodowego bułgarskiego, prof. Pešina i Dr Pelnař z czeskiego, Čackovič i Gundrum z kroackiego, Subbotič i Zujovič ze serbskiego, a Fedoroff z rosyjskiego. Przybyli reprezentanci komitetu polskiego, rosyjskiego, czeskiego, rusińskiego. Kroacki reprezentuje upoważniony do tego Dr Tkalčič ze Zagrzebia, a słoweński Dr Blaho, tak że 5 narodowych komitetów jest reprezentowanych. Do wszystkich delegatów zaproszenia były wysłane. Mowca przedstawia jeszcze raz istotne powody, dlaczego Polacy nie mogli w Sofii brać udziału. Obecnie w dalszej wspólnej pracy żadnych przeszkód nie będzie; po wyjaśnieniu stanowiska także Prof. Wicherkiewicz ma nadzieję, że C. K. l. sł. rozwinie akcyę, która z czasem obfite przyniesie owoce.

2. Dr Semerád w zastępstwie stałego sekretarza Prof. Pešiny zdaje sprawę z posiedzenia Centr. Komitetu lekarskiego słow. w Sofii w lipcu 1910 r.; ponieważ sekretarz sekcyi lekarzy bułgarskich dotychczas sprawozdania nie był przysłał, przeto Czesi sprawozdanie ogłosili w Časopisie českých lekařu i odbitki komitetom narodowym rozesłał sekretarz stały. Nadto podnosi Dr Semerád, że wszyscy bardzo ubolewali, iż Polacy do Sofii nie zjechali; aby im dać wyraz swojej sympatyi, wybrano powtórnie dawny komitet, t. j. Prof. Wicherkiewicza jako prezesa, Dr Surzyckiego jako sekretarza jener.; Prof. Pešina pozostał stałym sekretarzem. Przedstawia dalej uchwałę zapadłą na posiedzeniu w Sofii, aby Prof. Bechterew porozumiał się z narodowym rosyjskim komitetem i wspólnie urządzili ogólny słowiański Zjazd lekarzy i przyrodników w czasie i miejscu, które uzna za właściwe, ale tak, aby wszystkie słowiańskie narody mogły brać w tem udział.

Sprawozdanie to zostało przyjęte do wiadomości.

3. Prof. Wicherkiewicz omawia szczegółowo sprawę pominięcia komitetów narodowych narodów politycznie zależnych przy utworzeniu na ostatnim Kongresie lekarskim międzynarodowym w Budapeszcie stałej Komisyi z siedzibą w Hadze, a zwłaszcza zdaje sprawę z zabiegów wobec Prof. Grosza, który do winy się nie przyznawał i wobec Prof. Eiselsberga, który przyciśnięty do muru przyznał, iż to austryaccy delegaci, członkowie komitetu austryackiego, sprzeciwiali się dopuszczeniu Polaków i Czechów do Komisyi stałej i czynili z tego kwestyę należenia Austryi do składu Komisyi. Eiselsberg sam uważa, że Austrya może mieć tylko jednego delegata, a nie kilku, bez względu na to, jakie narody wchodzą w skład monarchii austryackiej. Wicherkiewicz zaznaczył wobec tego, że on i członkowie komitetu narodowego polskiego, a także czeskiego i słoweńskiego prawdopodobnie, są innego zdania, a on stanowiska tego bronić będzie przy każdej sposobności.

Dalej Prof. Wicherkiewicz zaznacza, co następuje:

»Uwiadomiony o mającem się odbyć pierwszem posiedzeniu Komisyi stałej międzynarodowych lekarskich Zjazdów i to w Londynie, napisałem energiczny list w tej sprawie tak do prezesa Komisyi Prof. Pavy w Londynie, jako też do Dr Burgera, sekretarza tejże Komisyi w Hadze, z przedstawieniem słusznych żądań komitetów narodów, nie posiadających bytu politycznego, wykazując, że kongresy międzynarodowe powinny składać się z reprezentantów narodów, a nie państw politycznych i żądając zmiany paragrafu odnośnego statutu na prędce w Budapeszcie zredagowanego dla wykluczenia pewnych komitetów narodowych. Nie szczędziłem i osobistych wpływów swych w poprzednim roku w Londynie samym za pośrednictwem Prof. Jessopsa, ale niestety zabiegi dotychczasowe spełzły na niczem, bo odpowiedź urzędowa brzmiała, iż Komisya, »przyjąwszy zasadę, że tylko narodowości państwowe (nationalités d'État) będą dopuszczone, nie może zrobić wyjątku dla narodu polskiego, ani też żadnego innego, nie tworzącego państwa niezawisłego«. Oczywiście ta interpretacya dowolna nie może być miarodajną dla nas i winniśmy wszelkimi dalszymi sposobami starać się o to, by stała się sprawiedliwość zasadzie słusznej, t. j. że kongresy te są międzynarodowe, a nie międzypaństwowe. Chodzi bowiem na tych kongresach o zaznaczenie dorobku naukowego pojedynczych narodów, posiadających swą odrębną kulturę, a nie wyłącznie o to, co państwa polityczne, zbiorowo obejmujące rozmaite narody, zdziałały. Wiemy przecie, że tu środki, nierównomiernie przez państwo udzielane pojedynczym składnikom narodowym, mogą zaważyć na wytworzeniu większego lub mniejszego rozwoju poszczególnych gałęzi naukowych, jak z drugiej strony naród sam bez pomocy państwa dzięki swej żywotnej sile i wybitnej indywidualności może się poszczycić rozwojem naukowym najzupełniej odrębnym«.

Dla ilustracyi zabiegów, jako też panujących dziś jeszcze zapatrywań, prof. Wicherkiewicz przytoczył dosłownie pismo swe, jako prezesa polskiego komitetu narodowego, jako i odpowiedź lakoniczną, w następstwie odebraną.

»Cracovie, le 16/4 1911 Très honoré Monsieur le Professeur et très distingué Monsieur le Sécrétaire! J'ai eu l'intention de me rendre à Londres pour intervenir de la part de mes compatriotes auprès de la Commission permanente internationale qui doit se réunir pour la première fois le 21 et 22 Avril, mais ayant été empêché par mes devoirs à l'université je me permets tout brièvement de vous informer, que le »Comité polonais permanent« pour les Congrès internationaux de médecine réclame encore une fois au nom de tous les médecins polonais n'importe à quel État politique qu'ils appartiennent le droit d'avoir un délégué dans la Commission permanente internationale, ce que nous a proposé le Comité exécutif lors du Congrès de Budapest en 1909 et ce qu'on a malheureusement su au moment où cette Commission a été créée à Budapest d'anéantir de raison à ce qu'il paraît politique. Et pourtant la politique ne devant se mêler dans les affaires purement scientifiques, autrement le concours scientifique des différentes nations serait impossible, nous croyons et nous espérons que la Commission elle-même commencera son travail par ce qu'elle se posera la tâche honorifique de réparer l'injustice qu'on a commise envers notre malheureuse nation polonaise ainsi qu'envers les autres grandes nations slaves qui restent dans les mêmes conditions politiques. »Le Comité médical slave« qui se réunira à Cracovie le 17. Juillet à l'occasion d'un Congrès de médecins et naturalistes polonais s'occupera de sa part de cette affaire pour laquelle je suis désigné comme rapporteur. Je serais donc très heureux de pouvoir communiquer à notre assemblée prochaine la décision favorable, que vous Messieurs auriez prise. Je suppose que vous allez proposer au prochain Congrès à Londres de changer le Règlement de la Commission permanente, soumis à la dernière séance du Congrès à Budapest par le Sécrétaire général, de telle façon qu'on supprime dans l'Art. 2. N. 2 le mot »d'État« et qu'on accepte la premiere rédaction proposée par le Comité exécutif a savoir »d'un délégué de chaque Comité national élu par les collègues«. En ce cas pourtant que ceci ne convient pas à l'opinion de la très distingué Commission permanente internationale on pourrait du moins donner à cet article la rédaction suivante: »d'un délégué de chaque Comité national et d'un délégué de chaque Comité d'État«. Le mot »Comité national d'État« n'est pas exacte par ce qu'un État dans lequel entrent de différentes nations ne peut pas être national d'après les idées modernes. Agréez, mon très honoré Confrère, l'assurance de ma considération la plus parfaite. Prof. Dr. Wicherkiewicz, le président du Comité polonais permanent pour les Congrès internationaux de médecine et le président du Comité médical slave, Conseiller aulique«.

(M. le prof. B. Wicherkiewicz, Cracovie). »Monsieur et très honoré collègue! En réponse à votre lettre du 16 avril j'ai l'honneur de vous informer que la Commision permanente des Congrès internationaux de médecine a discuté dans sa réunion du 21 avril dernier votre demande. Cependant la Commission, ayant accepté le principe que seulement les »nationalités d'état« seront représentés, se trouve dans l'impossibilité de faire une exception, ni pour le peuple polonais ni pour un autre, ne formants pas d'États indépendants. Agréez, monsieur et très honoré collegue, l'expression de mes sentiments les plus distingués. Le secrétaire général: Burger«.

W dalszym swym wywodzie zaznacza W., iż na tem poprzestać nie wolno.

»Komitet sł. lek. winien jako taki nawiązać stosunek z Ko-

misyą stałą w Hadze, i swego czasu t. j. przed następnym kongresem międzynarodowym w Londynie, przedłożyć memoryał w tej sprawie, a nadto wszystkie narodowe komitety słowiańskie bez względu na to, czy należą do szczęśliwych wolnych narodów, czy nie, powinny domagać się przyznania im prawa wysyłania delegata do tej Komisyi.

Komitety polskie dla międzynarodowego kongresu lekarskiego, a także komitety takie dla poszczególnych specyalnych kongresów, były uznawane. Pierwsze np. w Paryżu, Rzymie, Madrycie, Lizbonie, drugie ostatnio np. w Petersburgu dzięki przychylnemu i sympatycznemu zajęciu stanowiska przez obecnego tu Prof. Otta.

Nie ma więc powodu, aby te uznane komitety nie miały mieć stałego członka w stałej Komisyi. Nam nie chodzi zresztą o zaszczyt przemawiania urzędowego przy otwieraniu i zamykaniu zjazdów, bo to rzecz, która się przeżywa i prędzej czy później chyba musi zniknąć z widowni, ale chodzi o to, byśmy mieli głos w tym areopagu, mającym decydować o zjazdach, których my stanowimy część nie najmniejszą, którym my przynosimy dorobek pracy naszego ducha. To rzecz sprawiedliwości, której domagać się będziemy usque ad finem«.

Prof. Vesely czyni wniosek, ażeby jeszcze raz napisać do Hagi i żeby delegaci rosyjski, serbski i bułgarski tę petycyę poparli.

Prof. Hlava proponuje nadto, żeby wnieść protest do komitetu w Hadze i żeby poparli ten protest delegaci państw słowiańskich, dziękuje też Prof. Wicherkiewiczowi za dotychczasowe starania i prosi, by dalej tę sprawę prowadził.

Prof. Ott radzi, aby te 3 komitety słowiańskie państwowe wspólny krok w Hadze zrobiły.

Prof. Kostanecki podnosi, że nie chodzi o przemawianie w swoim języku na ogólnych zebraniach, ale chodzi nam o zasadę uznania poszczególnych narodowościowych komitetów.

Prof. Wicherkiewicz radzi, żeby na Zjazd w Londynie przygotować memoryał o tej sprawie w języku francuskim, i jeżeli ostatecznie komitet w Hadze nie przyzna nam praw, by się odwołać do całego Kongresu.

Prof. Ott proponuje, żeby i z pojedynczymi delegatami poszczególnych państw starać się porozumieć i wpłynąć na nich, by głosowali w naszej sprawie za nami, a sam ze swej strony obiecuje napisać, bo nie będzie mógł pojechać na posiedzenie do Hagi.

Dr Semerád wnosi, żeby polski komitet wystosował podanie do komitetu w Hadze i rozesłał je do wszystkich komitetów narodowych, a te byłyby obowiązane równobrzmiące podanie podpisać i od siebie posłać do Hagi.

Wszystkie te wnioski i rezolucye zostały jednogłośnie uchwalone.

4. Na propozycyę Prof. Otta przystąpiono do punktu 6 porządku dziennego.

Prof. Bechterew zdaje sprawę z przygotowań do Zjazdu słowiańskiego Higieny powszechnej w Petersburgu podczas Zielonych Świąt n. s. w r. 1912. Tymczasem należą do komitetu Prof. Kowalewski, Prof. Bechterew, Prof. Ott, Prof. Ziemacki i inni. Będą 4 główne sekcye. I Sekcya: Higiena i urządzenia sanitarne — na czele ma stać Prof. Ott. II Sekcya: Wychowanie fizyczne, rozwój i leczenie młodzieży, sokolstwo, turystyka, organizacya sanatoryów, letnisk itp.; ma prowadzić Prof. Ziemacki. Sekcya III: Sprawa rozwoju umysłowego i wychowanie — na czele tej sekcyi ma stać W. I. Miller i D. M. Lewszin. Sekcya IV: Walka z alkoholizmem, prostytucyą i wogóle zbrodniczością — pod kierunkiem Prof. Kowalewskiego i Dieružyńskiego. Ze Zjazdem ma być połączona wystawa higieniczna i pedagogiczna. Polityki wcale nie będzie i w regulaminie Zjazdu będzie to wyraźnie zaznaczone.

Prof. Ott od siebie powiedział też samo w języku francuskim, tak żeby wszyscy mogli tę sprawę poznać dokładnię. Komitet Zjazdu dołoży wszelkich starań, by wszystkie komitety narodowe brały w tem udział i za pośrednictwem tych komitetów będą rozsyłane wszelkie zaproszenia do Towarzystw uczonych

lub pedagogicznych, do wybitnych osób, zajmujących się temi sprawami; Prof. Bechterew i Prof. Ott dodają, że wszystkie narody słowiańskie będą mogły w swoim języku przemawiać.

Na zapytanie Dr Ozarkiewicza w kwestyi języka rusińskiego, również uspokajające wyjaśnienia dał Prof. Bechterew.

Dr Semerád proponuje, żeby wszystkie rezolucye, jakie mają być uchwalone na ogólnych zebraniach Zjazdu, były przedtem w Komitecie centralnym rozpatrzone i dopiero po ich uchwaleniu mogły pójść na ogólne zebranie.

Prof. Kostanecki stawia jako warunek udziału, żeby był jeden wspólny komitet polski dla trzech dzielnic, a ten komitet potworzy sobie lokalne komitety w miarę potrzeby.

Toż samo podnoszą Prof. Hlava, Prof. Ciechanowski, Dr Blahó i Prof. Vesely i przemawiają w tym samym duchu, na co odpowiada Prof. Ott, że nie chce się w szczegóły wdawać, ale komitety tak polski, jak i rusiński, same się zorganizują w sposób, jaki uznają za dobry, a główny komitet będzie się z narodowymi komitetami wprost porozumiewał. Co do przemówień, to sądzi, że będzie tylko jedno powitalne przemówienie, a potem już zacznie się praca w sekcyach. Zjazd miałby się odbyć w Petersburgu w maju 1912 r. według n. s.

Prof. Bechterew daje toż samo zapewnienie, że komitety mają się utworzyć według narodowości, a nie według ich przynależności do państw i że ma przekonanie, iż żadnych trudności nie będzie.

W dalszej dyskusyi przemawiają jeszcze Dr Semerád, Dr Tkalčič i Prof. Vesely i wszyscy się zgadzają na to, by pojedyncze komitety narodowe były całkiem autonomiczne i one od siebie zapraszały do udziału.

W głosowaniu uchwalono wszystkie te rezolucye i że Zjazd ma się odbyć podczas Zielonych Świąt n. s. w 1912 r. w Petersburgu.

Prof. Wicherkiewicz dziękuje Prof. Bechterewowi za gruntownie opracowany referat.

(Dokończenie nastąpi).

Posiedzenie lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie

z dnia 13. VI. 1911 r.

(Dokończenie).

3) L a n d a u przedstawia chorego od urodzenia M. F., l. 8. Nie nauczył się sam chodzić, zawsze miał nogi sztywne. Chodzi tylko prowadzony, powoli, na palcach. Lewa ręka słaba, mało rozwinięta, od urodzenia zez. Pod względem umysłowym chory dobrze rozwinięty. Niema zaburzeń w oddawaniu moczu i stolca. Czaszka prawidłowych wymiarów, niebolesna. Na granicy kości czołowej i ciemieniowych niebolesne, wałkowate zgrubienie kostne. Przy ustawieniach końcowych gałek ocznych lekkie drżenie poziome: zez naprzemienny Wybitne porażenie kurczowe obu kończyn dolnych z obustronną stopą końską. Przy wywoływaniu odruchów podeszwowych wachlarzowate rozstawienie palców bez zgięcia. Chód wyraźnie poraźno-kurczowy na palcach, z ocieraniem się kolana o kolano. Wszystkie objawy wybitniejsze w kończynie dolnej lewej. Ręka prawa zupełnie dobrze rozwinięta, prawidłowa. Ręka lewa słabiej rozwinięta, słabsza, ze stawami kurczowymi, wzmożeniem odruchów, współruchami, i w ustawieniu poraźnem. Odruchy brzuszne i mosznowe żwawe, równe. Zaburzeń czucia niema. Mowa dobrze rozwinięta. Rozpoznano rzadki przypadek **triplegia infantilis spastica**.

W d y s k u s y i skłania się Rydel do rozpoznania choroby Littlea na tle zmian rdzeniowych. Chód, przypominający zupełnie chód w chorobie Littlea, przykurczenia o typie rdzeniowym, brak zaburzeń inteligencyi przy tak rozległych porażeniach i brak porażeń w zakresie nerwów twarzowych, przemawiają przeciw siedzibie zmian chorobowych w mózgu. — Landau nazwał ten przypadek »triplegia inf. spastica«, ponieważ tylko w takiem określeniu pomieścić się dadzą wszystkie stwierdzone tu objawy. Brak porażenia nerwów twarzowych zdarza się bardzo często w porażeniach dziecięcych, a to dlatego, że zmiany o ile nawet istniały, bardzo prędko znowu się cofają. Ręka lewa jest w wyraźnem i typowem ustawieniu hemiplegicznem, a co do kończyn dolnych, to nawet nieco większe kurcze w zakresie zginaczy, acz atypowe, nie mogą przemawiać przeciw porażeniom mózgowym. Chód jest rzeczywiście taki, jak w chorobie Littlea, ale i ta choroba jest przedewszystkiem chorobą mózgu. Brak zaburzeń inteligencyi przemawia jedynie tylko za tem, że zmiany ograniczają się ściśle dla ośrodków ruchowych obu półkul, nie zajmując kory na większej przestrzeni. Zresztą przeciw chorobie Littlea przemawia porażenie kończyny górnej lewej, a wreszcie między chorobą Littlea, a porażeniami dziecięcemi połowicznemi niema zasadniczej różnicy ani etyologicznej, ani anatomicznej. Jedynie od rozległości tych zmian w mózgu zależy każdorazowy obraz kliniczny. — Borowiecki sądzi, że odróżnianie choroby Littlea i porażeń połowicznych dziecięcych może mieć wartość jedynie dla oznaczania pewnych obrazów klinicznych, wobec jednak braku zasadniczych różnic między temi chorobami, należałoby wszystkie te obrazy chorobowe sprowadzić do wspólnego mianownika.

† Dr Jan Stella Sawicki.

D. 29. z. m. zmarł we Lwowie Dr J a n S t e l l a S a w i c k i b. inspektor szpitali galicyjskich, przeżywszy chlubnie i górnie 80 lat pracowitego i twardego żywota. Urodził się na Żmudzi w Szawlach 1831 roku. Po ukończeniu IV klasy w gimnazyum szawelskiem oddany został do »Szlacheckiego korpusu kadetów« w Petersburgu. Po przejściu wszystkich niższych stopni hierarchii wojskowej mianowany został r. 1849 oficerem gwardyi i bezzwłocznie wysłany na wojnę z Węgrami, a po jej ukończeniu wstąpił do Akademii wojennej generalnego sztabu w stopniu podporucznika; po dwóch latach mianowany został oficerem generalnego sztabu gwardyjskiego i przeznaczony na starszego adjutanta przy głównodowodzącym korpusu gwardyjskiego, którym był późniejszy cesarz Aleksander II. Szybko awansując, został w r. 1856 podpułkownikiem i odbył w tym czasie dłuższą podróż naukową zagranicą. W r. 1861 w stopniu podpułkownika objął stanowisko szefa sztabu III. dywizyi kawaleryi, a po roku przeniesiony został do ministerstwa wojny, jako urzędnik do szczególnych poruczeń. Wypadki r. 1863 nakazały Mu wystąpienie ze służby rosyjskiej, co też uczynił, przenosząc się do Galicyi, gdzie pod nazwiskiem pułkownika Strusia wziął wybitny udział w polskiem powstaniu. Po upadku bohaterskich wysiłków wyjechał do Szwajcaryi, i tam pod przydomkiem Stelli zajmował się nauczycielstwem prywatnem, rysowaniem planów, korespondowaniem do czasopism. W tymże czasie był sekretarzem Towarzystwa wzajemnej pomocy Polaków w Genewie i wspólnie z Edw. Claparède pracował nad naukami przyrodniczemi. Uzyskawszy obywatelstwo szwajcarskie, udał się do Galicyi (1865 r.) z zamiarem stałego osiedlenia się, lecz tu go aresztowano za udział w powstaniu, a wreszcie wydalono z granic państwa. Z Augsburga, gdzie pracował w fabryce wyrobów galwanicznych pod nazwiskiem Duvala, przybył do Mühlhouzy, a stąd do Strasburga i w tamtejszej wszechnicy oddał się studyom lekarskim, zarabiając jednocześnie na utrzymanie korespondowaniem do czasopism polskich i francuskich. Po $3^1/_2$ latach mozolnej pracy dostał od ministerstwa pozwolenie na złożenie egzaminu doktorskiego, po odbyciu którego otrzymał w r. 1870 stopień doktora medycyny i chirurgii. Wiedziony uczuciem wdzięczności dla narodu francuskiego pozostał w Strasburgu podczas ówczesnej wojny z Niemcami, zorganizował w tej oblężonej fortecy ambulans na 240 łóżek i z całą gorliwością go prowadził. Po upadku Strasburga przeniósł się do Genewy, a następnie do Wiednia, gdzie otrzymał pozwolenie na czasowy pobyt w Galicyi. Po odbyciu nostryfikacyi dyplomu w Uniwersytecie Jagiell. został sekundaryuszem szpitala powszechnego we Lwowie. W roku 1873 mianowany został po doktorze Dobieszewskim inspektorem szpitali galicyjskich i w ciągu lat 35, w miarę sił i wydolności finansowej kraju, przyczynił się wiele do rozwinięcia i wydoskonalenia szpitali krajowych, których liczba w okresie jego urzędowania — podwoiła się. Ostatnie parę lat życia,

pozostając już w stanie spoczynku, poświęcił pióru, co zresztą czynił całe życie z największem zamiłowaniem.

W miarę, jak przypatrujemy się życiu ś. p. Stelli Sawickiego, począwszy od jego lat dziecięcych, to cicha postać Inspektora szpitali galicyjskich w oczach naszych olbrzymieje, a cierpieniem, wytrwałością, hartem duszy i walką wyrasta wprost na bohatera narodowego. Żołnierz, literat, podróżnik, pedagog, przyrodnik, technik, lekarz... i czemże on w życiu jeszcze nie był zdolny zostać? W jakich pierwocinach duszy ludzkiej szukać należy dźwigni, która może nakazać podjęcie tak nierównej walki z losem, który ś. p. Stelli Sawickiemu nigdy nie ustąpił z drogi, ciskając coraz to nowe kamienie pod nogi? Dźwignią tą dla zmarłego była trójca cnót chrześciańskich: wiara i nadzieja w zmartwychwstanie Polski i bezgraniczna miłość narodu. Zmarł on jeden, a próżnia, którą po sobie pozostawił, jest większą, niżby odpowiadała ubytkowi jednego człowieka: czujemy, że z nim jako »ostatnim«, runęła w otchłań wieczności epoka, której on był duchowym wzorem, epoka, której nie było danem oglądać zwycięztwa, ale miała ludzi wielkiego serca, bohaterskiego hartu duszy i bezgranicznego poświęcenia dla narodu. Należąc do pokolenia, które zostało zwyciężone, a tem samem jako całość nie zdobyło sobie warunków, pomimo ofiar, do powszechnego uznania, ś. p. Stella Sawicki przybrał jedynie właściwą cechę cichego pracownika w winnicy ojczystej, nigdy się ziomkom swoim nie narzucał, nawet nie przypominał: dziś atoli ta świeża mogiła więcej mówi o tej wartościowej jednostce, niż o niej wiedziano za życia. Pół wieku ubiegło od dni styczniowych: sąd ludzki o ówczesnych dziejach stał się spokojniejszy, a »polityka nerwów« przestała być probierzem wartości ludzi owych czasów: niech więc wszystkie sztandary stronnictw polskich, od najbielszych do najczerwieńszych, pochylą się na znak hołdu nad grobem ś. p. Stelli Sawickiego, bo on zawarł w sobie szczątki wielkiego obywatela, ostatniego bohatera minionej epoki. Cześć pamięci zasłużonego, niespożyta wdzięczność potomnych.

Z prac literackich ś. p. Stelli Sawickiego przytaczamy najważniejsze:

a) lekarskie: 1) Les eaux minérales en Pologne, 1870. — 2) Leczenie żylaków, 1872. — 3) Stan szpitali powszechnych w Galicyi, 1873. — 4) Tablica śmiertelności w Galicyi według powiatów z uwzględnieniem cholery, 1876. — 5) Jak powinna być urządzona pralnia szpitalna? 1877. — 6) Stan obecny spraw zdrowotnych w Galicyi z okresu autonomicznego, 1877. — 7) Magnetyzm zwierzęcy i jasnowidzenie, 1879. — 8) Statystyka oddziału chirurgicznego w szpitalu lwowskim, 1883. — 9) Pielęgnowanie zdrowia, 1887. — 10) Walka z mikrobami, 1890.

Prócz tego był redaktorem wieloletnim lwowskiego Kalendarza lekarskiego, oraz licznych rozpraw statystycznych i popularno-lekarskich.

b) Treści rozmaitej: 1) Obrazy wszechświata. Astronomia i geologia popularna, 1872. — 2) Świat drobnowidowy, 1876. — 3) Podróż po Hiszpanii, 1877. — 4) Rady dla młodych mężatek, 1877. — 5) Algierya, 1877. — 6) O przerództwie ustrojów zwierzęcych, 1883. — 7) Domowy poradnik lekarski, 1883.

Ś. p. Stella Sawicki spolszczył kilka prac z języka rosyjskiego, czeskiego i francuskiego. W ostatnich latach pracował nad historyą powstania 1863 r. i z chwilą wykończenia tego dzieła nagle zakończył życie na udar mózgowy.

Dr August Kwaśnicki

Wiadomości bieżące.

Z różnych stron. II. Zjazd przemysłowo-balneologiczny w Krynicy odbędzie się w dniach 23. i 24. września b. r. w połączeniu z poglądową wycieczką zbiorową do Luhaczowic na Morawach. Program zjazdu jest następujący: Sobota 23 września. O godzinie 10 rano w dużej sali Domu zdrojowego otwarcie zjazdu. 1. Przemówienie prezesa kraj. Związku zdrojowisk i uzdrowisk. 2. Referat radcy dworu R. Ingardena na temat: »O dokonanej w Krynicy rekonstrukcyi głównego źródła i powiększeniu jego wydatności«. 3. Referat prof. Dra L. Marchlewskiego na temat: »Nowsze rozbiory mineralnych wód galicyjskich«. 4. Referat prof. Dr Wł. Kubika na temat: »Piękno naszych zdrojowisk«. O godzinie 4 popołudniu II. posiedzenie Zjazdu. 1. Referat Dr W. Łobaczewskiego, sekretarza lwowskiej Izby handl.-przem. na temat: »Zdrojownictwo jako przemysł«. 2. Referat radcy budownictwa T. Stryjeńskiego na temat: »O dokonać się mających w Krynicy budowach łazienek borowinowych i zakładu wodoleczniczego«. 3. Referat K. Hemmerlinga, inspektora kolei, na temat: »Sporty zimowe na terenach Krynicy«. 4. Referat F. Turlińskiego na temat: »O hotelarstwie w zdrojowiskach i uzdrowiskach«. 5. Wykład członka zarządu Związku Dra Juliusza Bandrowskiego na temat: »Szlakiem Okrężnej Wystawy zdrojowej«. (Spostrzeżenia i uwagi). O godzinie wpół do 8 wieczorem bankiet wspólny w restauracyi Domu zdrojowego.

W niedzielę, 24. września zwiedzanie zdrojowiska, o godzinie 12 w południe pożegnalne posiedzenie Zjazdu. O godz. 3 wspólny wyjazd do Luhaczowic i zwiedzanie zakładu tamtejszego.

— Międzynarodowy kongres dla zwalczania alkoholizmu odbędzie się w kurhausie w Scheweningen w czasie od 11. do 16. września 1911 r.

— Dla lekarzy wojskowych rozpisuje konkurs (złoty medal i nagroda pieniężna z fundacyi Brendla i innych) Militärsanitätskomitee (IX. Wien Währingerstrasse Nr 25) na temat: Jak należałoby zreformować pożywienie w leczniczych zakładach wojskowych? Termin nadsyłania prac do 31. XII. 1912. X.

— W Pyrmont uległ pożarowi bardzo piękny świeżo postawiony dom zdrojowy. Szkoda wynosi 3.000.000 marek. X.

— W Paryżu wzrosła w miesiącach letnich zwłaszcza w lipcu w dwójnasób śmiertelność, szczególniej u dzieci, z powodu upałów.

— Nowy hygieniczny materyał budowlany podał p. Koniecko z Poznańskiego. Są to mianowicie cegły z torfu, które można używać do budowy ścian, o grubości 30 cm. Cegły te są bardzo lekkie, 29% tańsze od dotychczasowych, a dom wybudowany z nich schnie bardzo prędko. X.

— Nakładem ogólno-austryackiego Towarzystwa aptekarskiego wydany został cennik, używanych w aptekach austryacko-węgierskich, nieobowiązkowych leków i artykułów.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 27. VIII. do 2. IX. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (w tem obcych 1 † —), krztuśca 2 † — (— † —), ospy wietrznej 4, płonicy 9 † — (1 † —), odry 6, duru brzusznego 2, czerwonki 2, jaglicy 3.

Dr Janiszewski.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr K. W. Majewski.

Rok L. Kraków, dnia 23. września 1911. Nr 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Przypadek wypadnięcia mózgu jako powikłanie pooperacyjne.

Podał

Dr Jan Gawlik (Zakopane).

(Dokończenie).

Po operacyi stan chorego bez zmiany na lepsze. Mowa coraz mniej wyraźna, tętno jeszcze wolniejsze, 56 na min. twarde, ciepłota 38·2 bez dreszczu. W nocy z dn. 27. na na 28. VIII. wystąpiło porażenie połowicze zupełne całej prawej połowy ciała i zupełna niemota (aphasia motorica). Badanie w dn. 28. VIII. rano wykazuje nadto lekkie rozszerzenie źrenicy prawej, w obu źrenicach utrzymane, ale leniwe oddziaływanie na światło, tętno ciągle wolne, ciepłota 38·8.

Przytomność zamglona, śpiączka, oddech nieregularny.

Rozpoznałem ropień lewego płatu czołowego mózgu i niezwłocznie przystąpiłem do operacyi w dn. 28. VIII. w południe. Chory nie oddziaływa wcale na wszelkie manipulacye koło rany tak, że kilkanaście kropli chloroformu wystarczyło do podtrzymania zupełnego znieczulenia. Po usunięciu tamponu z otworu trepanacyjnego widać, że wklęśnięcie w półkuli mózgowej, widoczne przy pierwszej operacyi, wyrównało się w zupełności. Opony mózgowe sino-czerwono zabarwione bez połysku. Przez opony widać wyraźne, żywe tętnienie mózgu. Miejsca skaleczenia opon, skąd przy pierwszej operacyi wydobyto odłamek, rozpoznać nie można. Nakłucie próbne, wykonane w przypuszczalnem miejscu skaleczenia opon, ujemne. Wobec tego wkłułem igłę strzykawki bardziej ku tyłowi rany i ku stronie lewej w kierunku płatu skroniowego przez nienaruszone opony. W tem miejscu w głębokości około 2 ctm, po pociągnięciu tłoczka napełnia się odrazu cała 10-gramowa strzykawka płynem ciemno-wiśniowym, mętnawym. Po wydobyciu igły naciąłem w tem miejscu nożem zgrubiałe opony, a następnie rozszerzyłem prostemi nożyczkami cięcie na długość około 5 cmtr.

W wypuklające się przez tę szczelinę zakręty mózgowe (wyraźnie tętniące) wbiłem ostrze skalpela w kierunku wskazanym przez nakłucie i rzeczywiście w tej samej głębokości napotkałem na jamę, z której wydobywać się zaczęła krwawa mętna ciecz, zmieszana ze strzępami obumarłej tkanki mózgowej i ciemnymi skrzepami krwi. Cięcie rozszerzyłem cokolwiek ku tyłowi tak, że do jamy można było wprowadzić palec.

Badanie jamy wykazało, że sięga ona w głąb i na lewo w kierunku płatu skroniowego, ma wielkość małego kurzego jaja i jest ściśle ograniczona. Do jamy wprowadziłem pasek gazy wyjałowionej i całą ranę bezgnilnie opatrzyłem.

Chory zniósł zabieg, który trwał zresztą bardzo krótko, zupełnie dobrze. Przytomność już następnego dnia po operacyi zaczęła wracać. Porażenie połowicze ustąpiło zupełnie w przeciągu tygodnia, pozostawiając zaledwie ślad niedowładu prawego nerwu twarzowego i upośledzenie siły prawej ręki, które to objawy utrzymywały się jeszcze, ustępując zwolna, około 8 tygodni.

Mowa również od drugiego dnia po operacyi zaczęła wracać, ale w znacznie wolniejszem tempie, niż postęp poprawy w zakresie porażeń. Tętno pozostało jednak nadal zwolnione i twarde, a ciepłota utrzymywała się w stanie podgorączkowym.

Jama ropnia mózgowego zmniejszała się i oczyszczała szybko.

Jedynem niepokojącem powikłaniem przebiegu po operacyi było coraz wyraźniejsze wypuklanie się zakrętów mózgowych otaczających otwór, prowadzący do jamy ropnia. Objaw ten spostrzeżony już w 3. dniu po operacyi, stawał się z każdym dniem wybitniejszym.

Po tygodniu wypadnięcie (prolapsus) tworzyło już guz wielkości jabłka, który wypełniał szeroką podstawą całą szczelinę operacyjną w kości i przysłaniał obydwa brzegi rany skórnej.

Wśród tego wystąpiło dosyć obfite ropienie pod brzegiem wewnętrznym otworu kostnego czaszki, a miejsce to coraz trudniej było sączkować ze względu na zasłaniające drogę wypadnięte części mózgu.

Wobec tego, że gorączka wzniosła się znowu do 39·8° przystąpiłem w dniu 7. IX. jeszcze raz do rewizyi brzegów otworu kostnego w lekkiem uśpieniu chloroformowem chorego.

Po odłupaniu kleszczami Luera kawałka dośrodkowej części brzegu otworu, znalazłem i wydobyłem jeszcze jeden odłamek blaszki wewnętrznej, wklinowany i ukryty głęboko pod brzegiem otworu i podtrzymujący tamże ropienie.

Po tym zabiegu, który ułatwił znacznie sączkowanie zaułka nadoponowego, gorączka zwolna zaczęła opadać Przy jednym z następnych opatrunków wydobyłem jeszcze dwa niewielkie odłamki, które wyropiały z pod brzegu kości, poczem już ropienie ograniczyło się do minimum.

Mimo to wypadnięcie mózgu powiększało się jeszcze stale w ciągu następnych tygodni, aż doszło do rozmiarów pięści, przyczem wystąpiła martwica (sucha) na szczycie, na przestrzeni korony.

Po odpadnięciu tej obumarłej części w pierwszych dniach października, cały guz dotychczas blado-siny, przypominający wejrzeniem mięsaka opon, zaczął pokrywać się żywą ziarniną, zmniejszać się i zaciągać, tak że w pierwszych dniach listopada zrównał się już z brzegami otworu w kości, a ziarnina z sąsiedztwa zaczęła go od obwodu pokrywać.

W czasie wzrostu wypadnięcia, zwłaszcza od chwili opadnięcia ciepłoty i ograniczenia się ropienia po wydobyciu ostatnich odłamków kostnych, stan ogólny chorego był zupełnie zadowalniający. Niezależnie od wzrastającego wypadnięcia znikły w ciągu tego czasu ślady porażenia nerwu

twarzowego prawego i prawej ręki, a zaburzenia w mowie i w piśmie wyrównywały się zwolna, ale stale.

Od chwili opadnięcia ciepłoty spędzał chory większą część dnia poza łóżkiem na wolnem powietrzu, czytywał wiele, a nawet opisał szczegółowo całą pieszą wakacyjną wędrówkę swoją ze Stryja do Zakopanego, zakończoną niefortunnym wypadkiem na Gewoncie. W wypracowaniu tem, pisanem w październiku, spotyka się jeszcze dużo błędów: wypuszczanie całych zgłosek w wyrazach lub na odwrót powtarzanie ich dwukrotne bez potrzeby, a w osnowie znać pewną naiwność, nie licującą z umysłem bardzo inteligentnego i myślącego 17-letniego młodzieńca.

Pamięć zachował chory dokładną tak co do całego okresu swej choroby, jak i poprzedzających ją wypadków.

Wyjechał z Zakopanego do domu w d. 26. listopada z płaską tętniącą przestrzenią ziarninową w miejscu rany na czaszce.

W mowie i w piśmie nie było już wtedy żadnych nieprawidłowości, a stan władz umysłowych nie pozostawiał nic do życzenia.

W 8 miesięcy po wypadku zgłosił się chory do mnie powtórnie z chęcią poddania się operacyi plastycznej w celu pokrycia rozległego wklęsłego ubytku w czaszce w miejscu dawnej rany, pokrytego cienką wyraźnie tętniącą blizną.

W dn, 11. maja 1911 po odpreparowaniu i wycięciu całej blizny pokryłem otwór w czaszce plastycznie dwoma wielkimi płatami uszypułowanymi w przeciwnych kierunkach. D. 26. maja chory wygojony doraźnie, wyjechał do domu. Wynik kosmetyczny operacyi plastycznej był bardzo dobry. Stan ogólny zdrowia operowanego był już w tym czasie zupełnie zadowalniający. W zakresie władz umysłowych wypadek żadnego trwałego śladu nie pozostawił.

Rozpatrując przebieg choroby jako całość widzimy, że szczegółowe rozpoznanie przypadku »ex post« nie przedstawia trudności.

Uraz wywołał powikłane pęknięcie sklepienia czaszki powyżej lewej skroni z ograniczonem wgnieceniem ku wnętrzu czaszki, z rozległem strzaskaniem blaszki wewnętrznej, przedziurawieniem opon i raną tłuczoną mózgu (vulnus conquassatum) w tylnej części płatu czołowego w okolicy trzeciego zakrętu, w pobliżu ośrodku Broca.

Ani ucisk wklinowanych odłamków, ani ognisko zmiażdżonej tkanki mózgowej, które w pierwszej chwili było ściśle ograniczone, nie wywołały początkowo żadnych typowych objawów ogniskowych.

Trepanacya, wykonana bezpośrednio po ukazaniu się pierwszych objawów ogniskowych (zaburzenia mowy), przy której usunięto wklinowane odłamki, pozostała bez wpływu, co dowodzi, że ucisk odłamków nie odgrywał wielkiej roli, a objawy ogniskowe, wzrastające z każdą chwilą niezależnie od wydobycia odłamków, pochodzić mogły tylko od ogniska mózgowego, które dopiero teraz w ten sposób znać o sobie dało.

Dlaczego stało się to tak późno, odpowiedź w tym przypadku może być tylko ta, że do pierwotnych skutków urazu dołączyło się zakażenie ogniska mózgowego.

Przy wydobywaniu odłamków śród pierwszej operacyi nie znaleziono ani w ranie części miękkich, ani pod odłamkami śladu ropienia, któreby było wyrazem zakażenia.

Tak nakłucie próbne, jak i rozcięcie ogniska mózgowego wykazały w niem płyn krwawy, zmieszany z miazgą mózgu i skrzepami krwi, ale nie ropą. Bakteryologicznie niestety ogniska nie zbadano. Mimo, że ognisko nie przedstawiało wybitnych cech ropnia, to jednak okoliczność ta nie wyłącza możliwości jego zakażenia.

Przemawia za niem raczej późne wystąpienie objawów ogniskowych, szybki ich wzrost od chwili wystąpienia pierwszych objawów zaburzeń mowy, zajęcie świadomości, gorączka, zwolnione uciskowe tętno i ogólne objawy ciężkiego schorzenia. Szybko rozszerzający się obrzęk oboczny w około zakażonego ogniska dosięgnął w krótkim czasie kolejno okolicy ośrodków mowy i ośrodków ruchowych.

Następstwa zakażenia nie rozwinęły się jeszcze w całej pełni, a wczesne opróżnienie i osączkowanie ogniska mózgowego sprowadziło odrazu zwrot korzystny.

Za zakażeniem przemawia również nie codzienne powikłanie, jakie wystąpiło po drugiej operacyi w postaci dużego wypadnięcia mózgu.

Objaw ten, będący właściwie najciekawszym szczegółem mojego przypadku, przedstawiał pewne niezwykłe cechy. Przedewszystkiem zauważyłem jego wystąpienie dopiero na trzeci dzień po usunięciu głównego ogniska, gdy już parcie śródczaszkowe powinno było się zmniejszyć. Między wzrostem wypadnięcia, a szybką i trwałą poprawą w zakresie porażeń zachodzi rażący niestosunek. Szczyt wzrostu schodzi się z chwilą, gdy z całego szeregu objawów poraźnych pozostał jeszcze tylko stosunkowo nieznaczny ślad zaburzeń w mowie i gdy już ropienie pod brzegiem szczeliny czaszki po usunięciu ostatnich zatrzymanych odłamków, które mogły jeszcze odgrywać rolę bodźca zapalnego, dawno ustąpiło.

Według Krönleina [1]) przyczyną wypadnięcia pooperacyjnego są prawie zawsze sprawy zakaźne z wysiękiem w oponach, komorach mózgowych lub w samej tkance mózgowej (encephalitis, abscessus), istniejące w dalszym ciągu mimo operacyi lub występujące świeżo jako powikłanie pooperacyjne.

W moim przypadku, jak wykazuje pomyślne jego zakończenie, takich ukrytych lub przeoczonych przyczyn być nie mogło. Sprawa zakaźna rozgrywała się tylko w ognisku urazowem i najbliższem jego otoczeniu, a po opróżnieniu ogniska szybko się ograniczyła.

Uporczywy wzrost i długie trwanie wypadnięcia wytłumaczyć można chyba tem, że obok nieznacznego zakażenia miejscowego pewne wpływy natury mechanicznej stan ten podtrzymywały. Z chwilą, gdy w ranie mózgowej wystąpiło zakażenie z dużym obrzękiem obocznym w około, parcie śródczaszkowe wzrosło do bardzo znacznych rozmiarów. Zanim stosunki te miały czas się wyrównać po operacyjnem opróżnieniu ogniska, ciśnienie śródczaszkowe wyparło na zewnątrz zakręty mózgowe przez szeroko rozcięte opony. Krążenie w wypadniętych zakrętach uległo w tej sytuacyi dalszemu upośledzeniu, stąd wzrastający ich obrzęk i ograniczona zgorzel na szczycie wypadnięcia. Obserwując prawie codziennie prolapsus stwierdzić mogłem, że wzrost jego nie polegał na wypuklaniu się nowych mas mózgu z wnętrza czaszki, a tylko raz wypadnięte części obrzmiewały stopniowo aż do zatarcia konturów. W miarę przystosowania się krążenia do nowych warunków wypadnięte zwoje zaczęły zwolna się cofać aż do zupełnej »restitutio ad integrum«.

Godną uwagi w opisanym przypadku jest również ta okoliczność, że wbrew regule utrzymywało się żywe, wy-

[1]) Handb. d. pract. Chirurg. Bergman, Bruns, Mikulicz.

rażne tętnienie zakrętów mózgowych prawie tuż nad ogniskiem ropnia mózgowego.

Przypadek mój należy zatem do rzędu tych nielicznych, opisanych już przez Brauna, w których zachowane tętnienie nie wyłącza istnienia ogniska w bardzo nawet blizkiem sąsiedztwie.

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego.
Dyrektor: Prof. Dr W. L. Jaworski.

Odczyn Calmettea z jadem okularnika (kobry), oraz jego wartość rozpoznawcza dla gruźlicy na podstawie własnych badań.

Podał

Dr Jan Nowaczyński,
demonstrator kliniki.

(Ciąg dalszy).

Pierwsze doświadczenia Calmettea [7]), oraz jego uczniów Bretona i Massola, wykonywane były ze surowicami zwierząt; badając własności uczynniające różnych surowic wobec jadu wężów stwierdził Calmette [7]) przedewszystkiem, iż bakterye gruźlicze posiadają szczególne powinowactwo do lecytyny. To powinowactwo wykazał w ten sposób, iż mieszał zawiesinę bakteryi gruźliczych świeżych, typu zwierzęcego, z różnemi zmiennemi ilościami lecytyny, wstawiał mieszaninę na dwie godziny do cieplarki przy 57^0, następnie dodawał ciałek krwi konia przemytych fizyologicznym rozczynem soli, wreszcie jadu kobry i stwierdził, że hemoliza nie następowała, gdy natomiast w mieszaninie tej samej bez zawiesiny bakteryi gruźliczych hemoliza się ujawniała. To samo doświadczenie powtarzał z bakteryami gruźliczemi, ogrzanemi do 120^0 i nieogrzanemi, oraz tuberkuliną zwykłą, jakoteż strąconą alkoholem i stwierdził, iż tak bakterye suche, jak i świeże, jakoteż i tuberkulina dawna (Alttuberkulin) przeszkadzają hemolizie w powyższej mieszaninie, łącząc się z lecytyną, odchylają zatem, jak się się wyrażamy, lecytynę. Hodowle wyjałowione w 120^0, oraz bulion hodowlany bez bakteryi i tuberkuliny własności odchylania nie posiadają.

Wobec stwierdzonego faktu uczynniania jadu przez surowice, zawierające lecytynę (koń, pies, szczur i t. p.), oraz wyników odchylenia lecytyny, postanowił Calmette zbadać porównawczo, jak zachowywać się będą surowice ludzi lub zwierząt zdrowych i ludzi lub zwierząt gruźliczych wobec jadu samego, oraz wobec bakteryi gruźliczych + jad.

Na podstawie przeprowadzonych doświadczeń dochodzi Calmette do następujących wniosków:

Surowice zawierające lecytynę, czy to ogrzane do 58^0, czy też takie, w których zniszczono działanie kwasów tłuszczowych zapomocą chlorku wapnia, ujawniają obecność lecytyny przez to, iż uczynniają jad kobry, t. j. sprawiają, iż jad rozpuszcza ciałka krwi.

Lecytyna surowic uczynniających może być odchyloną lub związaną przez bakterye gruźlicze dodane w dostatecznej ilości, lub przez rozczyny tuberkuliny, t. zn. surowice takie tracą własności uczynniania jadu (5 mg bakteryi może związać 0·0001 gr lecytyny).

Surowice ludzi lub zwierząt gruźliczych (nie charłaczych) zawierają lecytynę, dającą się wykryć zapomocą odczynu w ilości, jakiej surowice ludzi lub zwierząt zdrowych nie posiadają. W doświadczeniach Calmettea nigdy surowice zdrowych krów, które nie oddziaływały na tuberkulinę, ani zdrowych ludzi, nie były zdolne aktywować jadu kobry; surowice zaś ludzi lub krów gruźliczych uczynniają jad, a lecytyna, którą zawierają, może być odchylona przez bakterye gruźlicze »in vitro«.

Calmette zaznacza prócz tego, iż surowice dotkniętych kiłą noworodków lub dorosłych zawierają również lecytynę, lecz w innym stanie, gdyż bakterye gruźlicze nie mogą jej odchylić; surowice te uczynniają także jad kobry, podobnie jak surowice ludzi gruźliczych.

U zwierząt, których surowice okazują się niezdolne do uczynniania jadu, zdaje się, że istnieje ścisły związek między zakażeniem gruźliczem, a przedostawaniem się lecytyny do obiegu krwi; to tak jawne powinowactwo bakteryi gruźliczych i tuberkuliny do lecytyny odgrywa prawdopodobnie istotną rolę w odczynach tuberkulinowych ustroju tak ogólnych, jak i miejscowych; Calmette stwierdził bowiem, iż, gdy zmiesza się rozczyn tuberkuliny z surowicą zwierzęcia, zawierającą dużo lecytyny, pozostawi mieszaninę w termostacie przez kilka godzin tak, by w niej po związaniu lecytyny pozostał jednak jeszcze pewien nadmiar lecytyny, zdolnej aktywować jad, tuberkulina ta nie jest już zdolna wywołać odczynu spojówkowego, przyczem toksyczność jej wcale nie zdaje się zmniejszoną, gdyż 1 mgr takiej tuberkuliny, nasyconej lecytyną, zabija świnkę morską zdrową przez szczepienie śródmózgowe; stąd prawdopodobnem jest, iż do tego powinowactwa do lecytyny, zawartej w komórkach nerwowych, należy odnieść objawy zapalenia opon gruźliczego, oraz jadowitość tuberkuliny dla zwierząt zdrowych, którym tuberkulinę wprowadza się wprost do mózgu.

W dalszych badaniach, w których Calmette [8]) dokładnie opracował metodę wykrywania lecytyny, wykazał on, że surowice niektórych gatunków zawierają stale lecytynę (koń, pies, szczur, koza, baran, królik) i zauważył, że gatunki te bardzo trudno dają się tuberkulizować; surowice innych gatunków zwierząt, jak świnki morskiej, zawierają lecytyny bardzo mało, innych wreszcie, jak świni, wołu, człowieka zdrowego, nie zawierają jej wcale, a więc chodzi tu o surowice gatunków, które znów łatwo dają się tuberkulizować. Calmette stwierdził również, iż lecytyna, znajdująca się normalnie w powyższych surowicach, bywa wiązaną przez bakterye gruźlicze i tuberkulinę. Na fakt ten zwracam szczególniejszą uwagę, gdyż powołam się na niego w dalszym ciągu niniejszej pracy. Wreszcie dla wyjaśnienia pytania, czy tuberkulizacya lub tuberkulinizacya sztuczna zwierząt, których krew nie zawiera lecytyny, może wywołać jej pojawienie się w surowicy, wstrzykiwał Calmette dwom krowom zdrowym, jednej hodowlę bakteryi gruźliczych, drugiej tuberkulinę i na podstawie tych doświadczeń wykazał, że zakażenie gruźlicze doświadczalne drogą żylną powoduje pojawienie się lecytyny w surowicy;

lecytyna jednakże nie występuje stale, gdyż zjawia się w okresach, gdy zwierzę nie gorączkuje, znika natomiast, ilekroć ciepłota podnosi się; w okresach zatem gorączkowych znika lecytyna z surowicy. Podobnie i wstrzykiwania śródżylne tuberkuliny u wołu zdrowego wywołują ten sam skutek: zwierzę zaczyna oddziaływać wkrótce, jak gdyby było gruźlicze, a surowica jego silnie aktywuje jad przez jakiś czas, poczem wszystko wraca do stanu prawidłowego.

Przypuszcza zatem Calmette, iż surowice zwierząt gruźliczych, nie gorączkujących, zawierają lecytynę, zdolną aktywować jad; zdaje się, że ilość lecytyny jest tem obfitszą, im bardziej rozległe są zmiany gruźlicze, znika jednakże u zwierząt gorączkujących i charłaczych. Dla sprawdzenia, jak sprawa ta przedstawia się u ludzi gruźliczych, badał Calmette [9]) także i surowice chorych; na 103 surowic badanych 77 pochodziło z ludzi gruźliczych, oddziałujących czy to na odczyn skórny, czy na odczyn spojówkowy, 26 zaś z ludzi zdrowych. Odczyn aktywowania porównywał Calmette z metodą odchylenia dopełniacza (Bordet-Gengou). Wyniki tych badań są następujące: Na 77 gruźliczych znalazł Calmette 45 surowic uczynniających jad kobry, 32 zaś nie uczynniające, przyczem zauważył, iż odczyn aktywowania jest wcześniejszy u gruźliczych, niż odczyn odchylenia dopełniacza, obecność jednak niweczników (anticorps) gruźliczych tem stalszą, im sprawa chorobowa dalej jest posunięta; odwrotne stosunki znalazł u zwierząt, gdzie odczyn uczynnienia znów jest bardziej stały; na 26 zaś surowic zdrowych lub chorych na inne choroby, niż na gruźlicę, znalazł 18 surowic nie uczynniających, a 8 uczynniających. Calmette badał wreszcie i mleko kobiece, w którem znalazł również lecytynę, wobec czego przypuścił, iż, skoro mamka dostarcza mleka, mającego własność uczynniania jadu kobry, należy u niej przypuszczać obecność zmian gruźliczych.

Zauważyć tu muszę, iż w badaniach, których wyniki podawałem, nie wspomina Calmette, na jakie choroby chorowali ci niegruźliczy z pomiędzy owych 26, z pośród których u 8 znalazł surowice uczynniające jad kobry, nie wspomina też, czy lecytynę, którą znalazł w surowicach ludzi gruźliczych, odchylał bakteryami gruźliczemi lub tuberkuliną, oraz nie powiada jasno, czy odchylenie lecytyny surowic gruźliczych należy uważać za istotną część całego odczynu, t. zn., że chcąc na podstawie tego odczynu rozpoznać gruźlicę w ustroju badanym, należy nietylko znaleźć lecytynę w surowicy osobnika podejrzanego, lecz także odchylić ją przez bakterye gruźlicze, względnie tuberkulinę. Te nasuwające się tu pytania wymagają wyjaśnienia.

Na tem kończą się badania Calmettea. Przystępuję niniejszem do sprawozdania z moich własnych badań. Zachęcony przez Prof. Dra W. Jaworskiego do podjęcia i przewadzenia tych badań, za co mu tutaj składam podziękowanie, miałem na celu po części stwierdzić ostatnie badania Calmettea, wyżej podane, tyczące się obecności lecytyny w surowicach gruźliczych, głównie jednakże poszukiwać tejże lecytyny w innych chorobach, wreszcie wyjaśnić sprawę odchylenia. Nim podam wyniki tych badań, opiszę pokrótce technikę, jaką się posługiwałem.

1. Surowicę do badania otrzymuje się z krwi, wziętej przez nakłucie żyły przegubu łokciowego; 12—15 cm^3 krwi dostarcza zazwyczaj po skrzepnięciu dostatecznej ilości surowicy (około 4·5 cm^3), potrzebnej do odczynu uczynnienia, jakoteż i odchylenia. Surowicę zebraną z nad skrzepu ogrzewałem w kąpieli wodnej do ciepłoty 62° przez pół godziny; ponad 62° ogrzewać nie można, gdyż naraża się na skrzepnięcie surowicy. Ciepłota ta tak wysoka nie niszczy, jak stwierdzono, własności uczynniających surowicy, pochodzących od lecytyny, która przeciwnie w tej ciepłocie dopiero ujawnia się, usuwa natomiast w myśl tego, co powiada Calmette, niepożądane działanie uczynniające kwasów tłuszczowych lub mydeł, przypadkowo znajdujących się w surowicy. Działanie tych kwasów lub mydeł można też znieść zapomocą rozczynu chlorku wapnia $^1/_{10}$ norm, dodanego w ilości 0·3 cm^3 (ilość wymiareczkowana, sama przez się nie hemolizująca) już w toku samego odczynu. Jak się przekonałem, ogrzanie do ciepłoty 62° zupełnie wystarcza tak, że nie potrzeba uciekać się do chlorku wapnia. Chlorek wapnia, w ilości powyższej użyty, nie wpływa hamująco na działanie uczynniające lecytyny, co najwyżej opóźnia je, jak o tem można się przekonać na wątrobnej lecytynie. Do odczynu używa się surowicy nierozcieńczonej w ilościach malejących od 1 cm^3 w dół do 0·10 lub 0·05, zależnie od hemolizy; w badaniach moich ilość 0·05 bywała zazwyczaj ilością najmniejszą, uczynniającą jad kobry w przypadkach, w których lecytyna znajdowała się w znacznej ilości w surowicy. Mówiąc o surowicy, używanej do badania, zwrócić muszę uwagę na jeden szczegół, mianowicie, iż chcąc mieć wyniki pewne, należy do badania używać surowicy bez domieszki przypadkowej czerwonych ciałek krwi, lub takiej, w której ciałka uległy samoistnej hemolizie, a to dlatego, iż, jak miałem sposobność przekonać się, domieszka ciałek czerwonych lub surowice krwi shemolizowanej mogą aktywować jad, fakt, który można sobie wytłomaczyć obecnością lecytyny zawartej w samych ciałkach.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Okulistyka.

Rollet. **Gruźlica dróg łzowych.** (Paris Médical 1911, Nr 40). Przedstawiwszy historyczny rozwój poglądów na istotę i leczenie gruźlicy dróg łzowych, omawia autor patogenezę i statystykę tego cierpienia. Występuje ono przeważnie u osobników dziedzicznie gruźlicą obciążonych i okazujących najczęściej znamiona gruźlicy gruczołowej, gruźlicy kości i stawów, lub co najmniej objawy skrofuliczne. Wedle doświadczenia autora, gruźlica dróg łzowych nie jest tak rzadką, jakby się to mogło wydawać z małej stosunkowo liczby ogłaszanych przypadków. Materyał lugduńskiej kliniki ocznej wykazuje 8% gruźlicy wśród przypadków chorób przewodu nosołzowego. Przewaga jest po stronie płci żeńskiej (70%) i wieku młodocianego (przeciętnie 19. rok życia). Przeważnie występuje cierpienie jednostronnie. Obustronne zmiany widział autor w $^1/_5$ części przypadków. Zajęcie gruźlicze przewodów łzowych występuje albo pierwotnie, bez udziału części sąsiednich, powiek, spojówki, skóry twarzy, nosa, etc., albo następowo, a wtedy pierwotne ognisko znajduje się częstokroć w nosie, kościach oczodołu, a także pod postacią wilka skóry twarzy, lub spojówki. Pod względem obrazu klinicznego rozróżnia autor 4 odmienne postacie: Postać grzybiasta [Fungus] bez skłonno-

ści do ropienia i przebicia; druga postać, której głównym objawem jest łzawienie wywołane pierwotnem gruźliczem zwężeniem przewodu; trzecia postać znamionuje się ropieniem i rozstrzenią woreczka łzowego z objawami ropnia zimnego; wreszcie czwarta postać, w której występuje zserowacenie nacieków gruźliczych, powstawanie owrzodzeń, przetok, przyczem sprawa szerzy się, zajmując tkankę okołoworeczkową, okostną i kości otaczające przewód nosołzowy. Oprócz wymienionych postaci zachodzą przypadki gruźliczej sprawy pierwotnej w otoczeniu woreczka łzowego opisywane jako tumor vel abscessus frigidus praelacrymalis.

Rozpoznanie może być postawione niejednokrotnie na podstawie samych tylko objawów klinicznych, we wielu jednak razach wymaga potwierdzenia sposobami laboratoryjnymi, między którymi pierwszeństwo należy się bakteryologii, mianowicie metodzie szczepienia wyciętych cząstek zwierzętom, podczas gdy badanie histologiczne zazwyczaj nie dostarcza rozstrzygających wskazówek. Przy badaniu klinicznem należy wykluczyć zwyczajny śluzoropotok woreczka łzowego, sprawy kiłowe, ziarniniaki, nowotwory, promienicę, trąd, zapalenie okostnej etc.

Rokowanie jest na ogół względnie korzystne. Sprawa miejscowa, mimo skłonności do nawrotów, daje się zazwyczaj doszczętnie wyleczyć, a następowe powikłania ogólne należą raczej do wyjątków.

Co do leczenia pozostawia autor na boku wstrzykiwania tuberkuliny, wymagające jeszcze dalszych doświadczeń, a główny nacisk kładzie na leczenie miejscowe. Przestrzega przed zbyt energicznem przestrzykiwaniem i sondowaniem, bo mogą stąd powstawać niebezpieczne zaostrzenia sprawy zapalnej. Najlepszy sposób leczenia stanowi, jego zdaniem, doszczętne wyłuszczenie woreczka łzowego, w razie potrzeby także wypalenie termokauterem pozostałych w otoczeniu nacieków gruźliczych.

K. W. Majewski.

Rhoads. **Ozena wywołana środkami rozszerzającymi źrenicę.** (Ophthalmology 1911, Nr 4). Już przed kilku laty zwrócił autor uwagę na szczególny objaw występujący nierzadko po zapuszczeniu do oczu środków rozszerzających źrenicę, zwłaszcza kokainy i homatropiny, mianowicie cuchnienie z nosa. Objaw ten zauważył na 300 badanych osób w 32 przypadkach, a zatem w przybliżeniu 10%. Spostrzeżenia te czynił z należytym krytycyzmem, wyłączając ze statystyki wszystkie przypadki, w których najlżejszy odór z nosa dawał się stwierdzić przed zapuszczeniem kropli. Cuchnienie występywało równocześnie z rozszerzeniem źrenic i trwało tak długo, jak to rozszerzenie. Badanie jamy nosa dawało przeważnie wynik ujemny, lub wykazywało tylko nieznaczne zmiany. Autor oczekuje od rynologów wyjaśnienia tego zagadkowego objawu, sam zaś robi tylko przypuszczenie, że być może pod wpływem kropli, które przez przewód łzowy dostają się do jamy nosa, a zwłaszcza pod wpływem kokainy klęśnie błona śluzowa i odsłaniają się zaułki, zwykle zamknięte, z nagromadzoną i częściowo rozkładającą się wydzieliną. K. W. Majewski.

Genet. **Zasady postępowania leczniczego wobec magnetycznego ciała obcego utkwionego w siatkówce.** (Revue Générale d'Ophtalmologie Nr 7, 1911). Autor, na podstawie trzech spostrzeganych przez siebie przypadków, dochodzi do ułożenia następujących reguł postępowania leczniczego, względnie operacyjnego.

1) W przypadku, w którym chory zgłasza się natychmiast po zranieniu, należy bezzwłocznie przystąpić do wydobycia ciała obcego zapomocą elektromagnesu, do czego autor używa olbrzymiego elektromagnesu Rolleta i wyprowadza odprysk z oka przez przednią komorę i przez cięcie wykonane w rogówce.

2) Jeżeli odprysk tkwi w siatkówce oddawna i oko znosi dobrze jego obecność, jest rzeczą nieraz bardzo trudną wybrać odpowiednie postępowanie. Za przestrogę służyć powinno jedno ze spostrzeżeń autora, gdzie jeszcze w 17 lat po wypadku oko zranione odpryskiem stali, tkwiącym w siatkówce, trzeba było wyjąć z powodu objawów grożącego zapalenia współczulnego.

3) Jeżeli od zranienia oka niewiele czasu upłynęło, a już na drugiem oku pojawią się objawy podrażnienia współczulnego, można leczenie rozpocząć od wydobycia ciała obcego, nie zwlekając jednak z następową enukleacyą, jeśli po samej ekstrakcyi oko drugie nie uspokoiło się dostatecznie.

4) Natychmiastowe wyjęcie oka zranionego wskazane jest, jako ostatni ratunek, gdy zapalenie sympatyczne już się na drugiem oku rozpoczęło.

5) Również w przypadkach zakażenia i ostrej sprawy zapalnej w oku zranionem nie opłaci się zazwyczaj próbować wydobycia żelaza elektromagnesem, a lepiej, zdaniem autora, odrazu gałkę wyłuszczyć. K. W. Majewski.

Snyder. **Związek między ogólną miażdżycą tętnic, a podniesieniem ciśnienia wśródgałkowego.** (Ophthalmology 1911, T. VII. Nr 4). Autor wskazuje, że dopiero teraz, gdy posiadamy możność dokładnego mierzenia napięcia wśródgałkowego zapomocą tonometru Schiötza, tego rodzaju badania nabierają rzeczywistej wartości, zwłaszcza, że chodzi tu najczęściej o przypadki przewlekłe, w których napięcie jest tylko nieznacznie wzmożone i nie daje się wcale określić przez badanie dawnym sposobem zapomocą ucisku palcami. Przytacza szczegółową historyę choroby dwóch przypadków, w których pomiary tonometryczne napięcia wśródgałkowego z jednej strony, a z drugiej pomiary ciśnienia krwi w tętnicach wykazywały stale pewną równoległość we wzniesieniach i spadkach. Autor uważa za pożądane przeprowadzenie dalszych badań w tym kierunku i to na szeroką skalę. K. W. Majewski.

Ziegler. **Całkowita ślepota wskutek zatrucia alkoholem drzewnym i odzyskanie wzroku pod wpływem prądu galwanicznego.** (Ophthalmology 1911, T. VII. Nr 4). Spostrzeżenie odnosi się do 49-letniego mężczyzny, który po wypitej w nieokreślonej bliżej ilości, alkoholu metylowego wśród objawów ogólnego zatrucia, nudności, wymiotów, żółtaczki, podniesienia ciepłoty, utracił wzrok na obu oczach tak, że nawet nie pozostało poczucie światła. Ślepota utrzymywała się przez przeciąg prawie dwóch miesięcy. Tarcze nerwów wzrokowych nie okazywały obrzęku, lecz przeciwnie znaczne zblednięcie i zwężenie naczyń. Pod wpływem stosowania katody prądu stałego (60 Volt, $^1/_2$ do 1 m. amp. codziennie przez 20 minut) wzrok zaczął powracać przy równoczesnem rozszerzaniu się naczyń siatkówkowych. Pole widzenia zrazu bardzo małe, powiększało się również i po upływie 8 miesięcy, jakkolwiek jeszcze bardzo zwężone, przy obustronnej bystrości wzroku $^4/_{10}$, pozwala choremu oryentować się dostatecznie przy chodzeniu. Autor przypuszcza w tym przypadku bezpośrednie uszkodzenie, rodzaj nadżarcia włókien nerwu wzrokowego alkoholem metylowym, względnie produktami jego rozkładu bez wywołania odczynu zapalnego. K. W. Majewski.

Campos. **Co należy rozumieć przez kąt metryczny.** (Revue Générale d'Ophtalmologie 1911, Nr 8). Wiadomo, że za jednostkę do mierzenia stopnia konwergencyi przyjęto, wedle Nagla, t. zw. kąt metryczny. Jest to kąt, o jaki odchyla się oś widzenia tak jednego, jak i drugiego oka od kierunku równoległego w chwili, gdy obydwa oczy wpatrują się w punkt leżący na linii środkowej w odległości 1 metra od każdego oka. Odległość tę mierzy się od wzmiankowanego punktu do środków obrotowych obu gałek ocznych. Jeżli oczy wpatrują się w punkt dwa, trzy, pięć, dziesięć razy bliżej położony, wtedy zbieżność ich osi widzenia jest tyleż razy większa, wynosi zatem 2, 3, 5, 10 kątów metrycznych. Przy wpatrywaniu się zaś w przedmiot dwa, trzy wogóle n. metrów odległy, zbieżność maleje i wynosi $^1/_2$, $^1/_3$, $^1/_n$ kąta metrycznego. Łatwo zrozumieć, że tak pojęty stopień zbieżności rośnie i maleje zawsze równo-

legle ze wzrostem i zmniejsza iem się napięcia akomodacyi, przyczem jeden kąt metryczny zbieżności odpowiada jednej dyoptryi akomodacyi. Mowa tu oczywiście o stosunkach fizyologicznych, a więc o oczach miarowych. W ostatnich czasach pojęcie kąta metrycznego uległo pewnej zmianie, z którą trzeba się liczyć dla uniknięcia pomyłek i niedokładności. Za jeden kąt metryczny zbieżności uważa się obecnie nachylenie osi widzenia każdego oka do linii środkowej, która jest prostopadłą do linii łączącej punkty obrotowe obu gałek ocznych i połowi tę linię, w chwili, gdy oczy wpatrują się w punkt odległy o jeden metr nie od środków obrotowych obu gałek ocznych, jak w pojęciu Nagla, lecz od środka linii łączącej te punkty obrotowe. Odległość tę zatem mierzy się nie po przeciwprostokątni, lecz po linii środkowej, czyli po przyprostokątni. Wynika z tego dalej, że stopnie konwergencyi odpowiadające poszczególnym kątom metrycznym w tem nowem pojęciu nie odpowiadają już dyoptrom akomodacyi. Odpowiadają one natomiast t. zw. dyoptryom pryzmatycznym, wprowadzonym przez Prenticea do mierzenia pryzmatycznego odchylenia promieni. Odchylenie promienia o 1 centymetr w odległości 1 metra (na skali stycznych) stanowi jedną taką dyoptryę pryzmatyczną. Ponieważ do mierzenia zbieżności, względnie rozbieżności osi widzenia posługujemy się pryzmatami, przeto ta zmiana pojęcia kąta metrycznego jest istotnie wskazana i w zastosowaniu okaże się praktyczną. K. W. Majewski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Protokół posiedzenia centralnego Komitetu lekarskiego słowiańskiego w dn. 17 lipca 1911 r. w Krakowie,

(w »Domu lekarskim«, Radziwiłłowska 4).

(Dokończenie).

5. Dr Semerád referuje sprawę statutu C. K. L. Sł. i proponuje, aby przyjąć za podstawę do dyskusyi projekt ułożony na zasadach, podanych przez komitet czeski (według wniosków Dr Semerada) w redakcyi, opracowanej przez komitet narodowy polski (referat Prof. Ciechanowskiego) ze zmianami tylko niektórych ustępów, mianowicie: 1) aby każdy komitet narodowy miał 4 delegatów (zamiast 3 jak obecnie), 2) aby został utrzymany urząd sekretarza stałego.

Na propozycyę jednak Prof. Kostaneckiego i Prof. Ciechanowskiego uchwalono zamienić urząd stałego sekretarza na archiwaryusza, któryby miał wszystkie akty, odnoszące się do Centr. Kom. lek. słow., a miał prawo porozumiewać się z komitetami narodowymi tylko za pośrednictwem prezesa. Poszczególne ustępy § 9 projektu statutu czeskiego zostały zmienione przez dwóch wybranych referentów (Dr J. Semerád i Prof. Ciechanowski) i na wniosek ich na popołudniowem zebraniu zostały uchwalone i cały statut w nowem brzmieniu przyjęty; uchwalono nadto, że statut ten ma obowiązywać trzy lata i ma być ogłoszony w Časopisie českych lekařu i w Przeglądzie lekarskim.

6. Prof. Vesely referuje sprawę związku lekarzy kąpielowych. W myśl wniosku Prof. Veselyego uchwalono ponowić uchwały, powzięte już na poprzedniem zebraniu w Sofii. Uchwały te są następujące:

Należy rozszerzyć organizacyę słowiańskich zdrojowisk także na organizacyę lekarzy zajętych w tychże zdrojowiskach. Przygotowawcze prace, któreby należało przeprowadzić w najbliższym czasie, są następujące:

1) Wybór generalnego, stałego referenta tej sprawy.

2) Wybór stałych referentów w każdym okręgu narodowym.

3) Ci referenci ułożą kataster słowiańskich zdrojowisk, stacyi klimatycznych, kąpielowych i t. p., oraz lekarzy w nich ordynujących.

4) Zainicyować powstanie miejscowych kół lekarzy zdrojowych i przedłożyć im do zaopiniowania projekt statutu wspólnej organizacyi.

5) Okręgowi referenci (pod 2 wymienieni) opracują cały materyał przygotowawczy i złożą do rąk generalnego referenta, który umotywuje i zgłosi na najbliższym zjeździe Komitetu słowiańskiego lekarskiego wniosek utworzenia rzeczonego związku i przyjęcia statutów, opracowanych przez referenta.

6) Wydrukować i dołączyć w formie dodatku do wszystkich zawodowych słowiańskich pism lekarskich, spis lekarzy i słowiańskich miejscowości leczniczych.

7) Zalecić komitetom poszczególnych narodowych okręgów utworzenie stałych biur informacyjnych dla podróżujących Słowian.

8) Uprosić poszczególne komitety, aby w czasie zjazdów lekarzy słowiańskich organizowały wspólne wycieczki do pierwszorzędnych miejscowości leczniczych, celem naocznego zapoznania z nimi lekarzy słowiańskich.

9) Jak najrychlej przeprowadzić przygotowawcze prace dla zwołania I. słowiańskiego zjazdu wodoleczniczego.

Prof. Ciechanowski proponuje, żeby w kwestyi przeprowadzenia tych uchwał porozumieć się z Polskiem Towarzystwem Balneologicznem co do zdrojowisk polskich. Wnioski Prof. Veselyego z dodatkiem Prof. Ciechanowskiego uchwalono.

7. Co do punktu 7. porządku dziennego Zarząd wniosków żadnych nie przedstawił.

8. Na wniosek Prof. Ciechanowskiego ponowiono uchwałę, wzywającą komitety narodowe, aby w statutach zjazdów lekarskich narodowych umieszczony został paragraf, na mocy którego goście innych narodowości słowiańskich mogą na takich zjazdach w swych rodowitych językach przemawiać (tak, jak to jest w ustawie Zjazdów polskich § 12).

9. Prof. Hlava po porozumieniu się z innymi członkami komitetów narodowych proponuje, aby wybrać prezesem Prof. Wicherkiewicza, archiwaryuszem Prof. Pešinę, a generalnym sekretarzem Dr Surzyckiego.

Prof. Bechterew zaznacza, że byłoby bardzo pożądanem, by i nadal przewodniczył Prof. Wicherkiewicz i prosi, by Prof. Wicherkiewicz godność tę przyjął.

W dyskusyi brali udział jeszcze Prof. Ott, Hlava, Vesely, Ciechanowski i Tkalčić.

Uchwalono jednogłośnie wybór Prof. Wicherkiewicza jako prezesa, Prof. Pešiny jako archiwaryusza, a Dr Surzyckiego jako jeneralnego sekretarza.

10. Uchwalono, że przyszłe ogólne zebranie Centralnego Kom. lek. słow. ma się odbyć w maju 1912 r. w Petersburgu.

11. Prof. Wicherkiewicz, zamykając posiedzenie, dziękuje wszystkim za przybycie na posiedzenie i podnosi harmonię, jaka panowała podczas całego posiedzenia, co się też potwierdziło w jednomyślnych uchwałach zjazdu.

Prof. Bechterew imieniem wszystkich delegatów dziękuje Prof. Wicherkiewiczowi za przewodnictwo i życzy, by i nadal tak świetnie prowadził sprawy Centraln. Komitetu lek., jak dotychczas.

Sekretarz: J. Surzycki Prezes: B. Wicherkiewicz.

Korespondencya.

Sv. Jáchymov, w sierpniu 1911 r.

Jeszcze do r. 1898 mało znana mieścina w Górach Kruszcowych Czech Sv. Jáchymov (St. Joachimsthal) stała się w krótkim czasie rozgłośną, gdy Becquerel w rudach uranowych, pochodzących z tego miasteczka górniczego odkrył charakterystyczne radyoczynne promienie, a Curie-Skłodowska wykryła w nich nowe pierwiastki o nieznanych dotąd własnościach, między którymi góruje przedewszystkiem rad. Sv. Jáchymov leży na wysokości 750 m. nad poziomem morza i tworzy stromy wąwóz około 3 km. długości, ciągnący się z północy na południe. Wąwóz otoczony jest

dwoma stromemi niezalesionemi górami, a na stokach ich biegną po obydwu stronach wąwozu dwa rzędy jednopiętrowych małych kamieniczek, tak że miasteczko ciągnie się na 2½ km. Przez środek wąwozu biegnie strumyk, służący za główny kanał miejski, który jest całkiem sklepiony i kryty. Nad sklepieniem ciągnie się wązka aleja z drzew kasztanowych, a obok niej stromy gościniec. Sv. Jáchymov liczy obecnie około 7000 mieszkańców narodowości niemieckiej, mówiącej dyalektem dla obcych mało zrozumiałym. Ludność nie odznacza się ani wielką kulturą, ani szczególnym porządkiem, ani uprzejmością. Miasteczko jest siedzibą starostwa powiatu graniczącego ze Saksonią, jakoteż urzędu górniczego (k. k. Berg- und Hüttenverwaltung), który właśnie zarządza sprawami dotyczącemi radu i zakładu kąpielowego. Dojeżdża się do miasteczka ze stacyi Schlackenwerth kolei Buštěhradzkiej, leżącej na wschód przed Karlsbadem.

Na 2—4 kilometry od północnego końca Sv. Jáchymova znajduje się kilka państwowych szachtów, z których wydobywają rudy uranowe (Uranpechblende). Na południowym końcu miasteczka, t. j. na samym dole wąwozu, kończącego się małą kotliną, znajduje się małe zabudowanie dwupiętrowe (k. k. Uranfabrik), służące do wyrobu przetworów (farb) uranowych, a obok niego jeszcze mniejsza dwupiętrowa ubikacya (k. k. Radiumlaboratorium) dla wyrobu radu. Ze szachtów dowożą do fabryki uranowej rudę, tłuką ją i wytrawiają z niej uran kw. siarkowym. W pozostałości nierozpuszczalnej wolnej od uranu, znajduje się między innymi licznemi ciałami ślad siarkanu radowego. Z tego odpadku uranowego wydobywa fabryka radowa, żmudną drogą mokrą rad jako chlorek radowy. Trzydzieści cetnarów metrycznych odpadków uranowych ma dawać dopiero 1 gm chlorku radowego po pięciomiesięcznej robocie. Stąd wysłano dotąd do Wiednia około 3 gm czystego chlorku radowego, gdzie urząd skarbowy (k. k. Bergwerks-Produktenverschleiss-Direktion Wien, IX Porzellangasse 33 a) sprzedaje go po cenie 400 K. za jeden miligram.

Radyoczynne odpadki od farb uranowych były także badane na działanie ich terapeutyczne. Pierwsze próby były robione we Wiedniu zapomocą kąpieli przez E. Neussera i F. Dautwitza w r. 1904 (Wiener kl. Wochs. 1905 i Zeitschr. f. Heilkunde XXVII. 1906).

W jednym z północnych szachtów uranowych (Eliasschacht), odległym o 3 km od Sv. Jáchymova, znajdują się źródła radyoczynne. Woda ich nie zawiera w sobie radu, lecz znaczną ilość emanacyi radowej w zgęszczeniu $i = 0{\cdot}6$ elektrostatystycznej jednostki, czyli według oznaczenia fizyka H. Machego $i \times 1000 = 600$ jednostek elektrostatycznych [1]).

[1]) Takich jednostek elektrostatycznych Machego zawierają inne źródła radyoczynne w następujących, lecz o wiele mniejszych ilościach: Landeck 19—206; Gastein 54·5—155; Baden-Baden 24—126; Karlsbad 1·37—50·2; Kreuznach 13—32; Piszczany 23; Cieplice czeskie 3·1—8·7; Baden pod Wiedniem 1·9—7·8.

Uwaga. Według badań tutejszych geologów biorą źródła radyoczynne swój początek z pokładów granitowych. Wskazanem by było zbadanie wód tatrzańskich na ich radyoczynność, gdyż między niemi mogłyby się znaleźć także wody silnie radyoczynne do użytku leczniczego. Tatry bowiem obfitują w pokłady granitowe.

Wodę tę ze szachtu doprowadza się rurami na odległość 5 km na południowy koniec miasteczka, do kotliny obok fabryki uranowej. Z niej to przyrządza się kąpiele radowe w łazienkach rządowych.

Dom kąpielowy (k. k. Radiumbadehaus) buduje c. k. ministerstwo robót publicznych kosztem 300.000 K. pod zarządem tutejszego urzędu górniczego. Jest on jednopiętrowy, na ukończeniu, wewnątrz jednak jeszcze nieurządzony. Rozległością i architekturą przypomina szkołę wydziałową w średniem mieście. Będzie mieścił 42 kabin kąpielowych, inhalatoryum emanacyjne, pokój dla miejscowych procedur radowych, (naświetlań, okładów i t. d.) pod zarządem Dra Dautwitza. Ilość kabin jest na przyszłość stanowczo za małą, lecz za wyasygnowaną sumę niczego więcej nie da się zrobić. Natomiast ministerstwo dla zaoszczędzenia kapitału pozwoliło się wyręczyć Towarzystwu kurhauzowemu (zob. niżej), zezwalając mu wybudować dla własnego użytku 80 kabin dla kąpieli radowych. W tym sezonie funkcyonuje w budującym się Domu kąpielowym prowizorycznie tylko 5 łazienek, mogących wydać 60 kąpieli dziennie. Kąpiele wydają we wannach metalowych emaliowanych w ten sposób, że naprzód wprowadzają do wanny wodę gorącą, potem radową w ilości przepisanej przez lekarza, potem znów gorącą, aż dojdzie do 32—36° C. Ilość dopuszczonej wody radowej mierzy kąpielowy czasem dopływania. Dla kąpieli o 1 sile (Stärke) puszczają przez ½ minuty, dla 2 sił przez minutę, dla trzech przez 1½ minuty, a dla 4 sił przez 2 minuty. Woda kąpielowa jest przeto rozcieńczona od $^1/_5$—$^3/_5$. Całkowitej ilości emanacyi nie mogłaby mieć, gdyż woda radowa przez ogrzanie utraciłaby część emanacyi. Przy obecnym sposobie kąpania, utraca kąpiel około 20% swej emanacyi i chory ją wdycha. Ponieważ według dotychczasowych badań tylko mała ilość emanacyi przechodzi przez skórę, a przeważnie przez płuca, to największa korzyść osiąga kąpiący się przez wdychanie emanacyi uchodzącej z kąpieli, i to tem lepszą, im łazienka jest mniejszą. Najkorzystniej wychodzi kąpiący się, używając kąpieli popołudniu, gdyż o tym czasie wypełnia się powietrze emanacyą poprzednich kąpieli. Podczas kąpieli podają jeszcze kąpiącym po 1 szklance zimnej wody radyoczynnej do picia. W kąpieli przebywają chorzy od 25 do 35 minut. Kąpieli biorą chorzy przeciętnie 20—25, tak że pobyt oblicza się na 4 tygodnie. Cena jednej kąpieli wynosi 3½ k., a dla lekarzy po 2 korony za kąpiel.

Oprócz kąpieli wystawił c. k. Zarząd małą drewnianą budkę, do której doprowadza wodę radową, i pozwala wszystkim pić bezpłatnie ad libitum. Woda ta zwana tu pospolicie »Radiumwasser« o ciepłocie + 9° R., jest zupełnie przejrzystą, jasną i nie musującą, smaku deszczówki, ma zawierać ślady żelaza i litu. Ilość wypitej emanacyi w szklance wody, jest wprawdzie nieznaczną, lecz gasząc pragnienie, chroni kuracyuszów dnawych od picia piwa i wina, a wszystkich od możliwości zakażenia się tutejszą wodą, gdyż wodociąg miejski jeszcze nie zbudowany.

(Dokończenie nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Zarząd Biblioteki krakowskiego Tow. lekarskiego składa JWP. Prof. Dr Ciechanowskiemu serdeczne podziękowanie za szereg książek, broszur i pism ofiarowanych bibliotece.

Bibliotekarz: Dr Blassberg.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 3. IX. do 9. IX. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 1 † 1 (w tem obcych — † —), krztuśca 8, ospy wietrznej 3, płonicy 15 † 1 (3 † 1), odry 5, duru brzusznego 12 † 1 (2 † —), czerwonki 5 † 1, róży 1, tężca 1 † — (1 † —), jaglicy 9. Dr Janiszewski.

Lwów. Dr Józefa Joteyko, dyrektorka laboratoryum psychologicznego przy uniwersytecie w Brukseli, przybywa tutaj, zaproszona przez wydział Towarzystwa pedologicznego w celu wygłoszenia ośmiu wykładów z zakresu pedologii. Wykłady te mają obejmować oprócz historycznego wstępu, pewne działy fizyologii dziecka, jak badanie pobudliwości zmysłów, czucia skórnego (dotyk, zimno, ciepło, ból), zmysł stereognostyczny, zmysł mięśniowy, nadto antropometryę szkolną, o wychowaniu oburęcznem, o psychochronometryi, o znużeniu umysłowem, o badaniu i kształceniu pamięci i inteligencyi.

Z różnych stron. Nowe zdrojowisko powstaje, za inicyatywą Dra Ziarki z Krakowa, niedaleko Piwniczny w Majerzy, dokąd sprowadza się wodę mineralną rurami z Łomnicy. Woda owa ma podobno nie ustępować krynickiej co do składu.

Drugie zaś miejsce, rokujące wielkie nadzieje, znajduje się w Muszynie, gdzie bije źródło przypominające zupełnie w skutkach i smaku wodę Wildungen. X.

— Z początku września odbył się zjazd lekarzy kolejowych z Niemiec w Gdańsku. Tematami obrad było: 1) Ogrzewanie i oświetlanie wagonów kolejowych. 2) Tuberkulina i gruźlica. 3) Obciążenie dziedziczne a służba kolejowa. 4) Statystyka cierpień kolejarzy. X.

— Według najnowszej statystyki w Niemczech w r. 1909 było 30.558 lekarzy (w r. 1898 — 25% mniej), 2667 dentystów lekarzy, 7.214 techników, 14.789 służby sanitarnej niższej razem z masażystami i dezynfektorami 37.736 akuszerek i... 4468 partaczy! X.

— Specyalistą w swoim rodzaju jest pewien adwokat w Berlinie. Udało mu się samemu wydobyć z zakładu dla umysłowo chorych, gdzie był internowany i obecnie ogłasza się, że zajmuje się na mocy własnego doświadczenia uwalnianiem i wydobywaniem »nieszczęśliwych« a zdrowych, w zakładach bez potrzeby przebywających! X.

Mianowani: Profesor nadzwyczajny pedyatryi Dr Jan Raczyński na uniwersytecie lwowskim otrzymał tytuł i charakter profesora zwyczajnego. Dr J. W. Smith mianowany profesorem chirurgii w Manchesterze. Doc. Dr D. D. Popow profesorem położnictwa i ginekologii w akademii lekarsko-wojskowej w Petersburgu. J. Hartmann profesorem neurologii i psychiatryi w Gracu. Dr J. G. Fitzgerald profesorem adjunktem bakteryologii w San Francisco.

Zmarli: Dr Juliusz Czerkawski, doktor filozofii i medycyny, b. poseł do parlamentu. Zmarł w majątku swym w Dziedziłowie;

Dr Stanisław Welécki, asystent kliniki położniczej Uniw. Jagiell., zmarł 20 b. m. w Krakowie w 26. roku życia.

Przedwcześnie zmarły, w swej krótkiej karyerze naukowej, dał się poznać jako zdolny, sumienny i wielkie nadzieje na przyszłość rokujący pracownik. Ogłosił kilka wartościowych prac z zakresu fizyologii i serologii. Dla wyjątkowych zalet serca i charakteru cieszył się wśród kolegów szczerą sympatyą, to też ogólny żal pozostawia po sobie.

Dr T. Place b. profesor fizyologii w Amsterdamie; Dr F. P. Foster naczelny redaktor »Nev York Medical Journal«.

Redakcya otrzymała: Doc. Dr W. Nowicki: 1) O torbielach chłonnych nadnerczy. Lwów 1911. 2) Der Einfluss der Blutdruckerniedrigung auf die Nebennieren. Virchows Archiv 1911. — Mr farm. Franciszek Herod: »W jaki sposób zastąpić osobliwki?« Kraków 1911. — Dr Ludwig Seyberth: Beitrag zur Behandlung der örtlichen Tuberkulese mit Tuberkulin Rosenbach. Beiträge zur klinischen Chirurgie. Tom LXXIV. — Dziennik ustaw i rozporządzeń krajowych z dnia 30 sierpnia 1911. Część XVI i XVII.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr K. W. Majewski.

Rok L. Kraków, dnia 30. września 1911. Nr 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O wzniecaniu poronienia ze wskazań lekarskich.

Podał

W. Bylicki.

(Referat w sekcyi ginekologicznej XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w dniu 20. lipca 1911).

Temat, który mi powierzono do referatu, zajmuje w medycynie wogóle wśród wszystkich innych zupełnie odrębne stanowisko. Nie tylko bowiem jest jedynym z tego powodu, że ma swoją stronę etyczną i to bardzo silną, która tak często krzyżuje się ze wskazaniami lekarskiemi, ale i dla tego, żeśmy stali i stoimy dotychczas poza prawem, w pojęciu bezwzględnie prawniczem, przez co dopuszczamy się właściwie bezprawia, żeśmy zatem poza prawem wytworzyli jakby prawo zwyczajowe, a w końcu, że, wzniecając sztuczne poronienie w celu ratowania życia matki, tem samem przekraczamy zakazy, wielokrotnie powtarzane przez Kościół.

Wzniecenie poronienia jest to przerwanie ciąży w okresie, w którym płód nie jest zdolny do życia pozamacicznego. Celem zaś jego, usunąć niebezpieczeństwo grożące życiu matki z trwania dalszego ciąży zaraz lub w przyszłości, przez poświęcenie życia płodu jeszcze niezdolnego do życia.

W świecie starożytnym płód nieurodzony był uważany za własność swego twórcy, który mógł dowolnie o istnieniu jego rozstrzygać. Dlatego też dowolne pozbywanie się płodu czyli sztuczne poronienia bywały bardzo często używane i nadużywane i to do tego stopnia, że już Hipokrates w swojej »przysiędze« każe lekarzom odprzysiądz się wzniecania poronienia.

Aetius z Amidy, lekarz na dworze cesarzów bizantyńskich, podaje w swych pismach bardzo wiele środków, służących do spędzenia płodu, powtórzonych z nauki Aspazyi, słynnej lekarki starożytności greckiej, których radzi użyć, gdy »mulier ad gignendum foetum inepta per negligentiam conceperit« i dodaje do dziś dnia ważną przestrogę: »omnis enim foetus corruptio periculosa est«.

Podobnie Avicenna, sławny lekarz arabski, w swoim kanonie podaje cały szereg sposobów, do powyższego celu służących, między innymi wsuwanie pióra do szyi macicznej lub zwitka papieru (zdaje się papirusa).

To lekceważenie życia płodu pochodziło z rozpowszechnionego wówczas przekonania, że płód »non animal, sed pars ventris est«. Ale był jeszcze i drugi powód do częstego stosowania sztucznych poronień, mianowicie ten, że ówcześni lekarze, w razie niepostępującego porodu czaszkowego rozporządzali jedynie wymóżdżaniem.

Tu i owdzie jednak spotykamy się już i w starożytności ze śladami wzniecania poronienia ze wskazań lekarskich. I tak: Museliusz w II w. po Chr. jako wskazanie uważa narośle około ujścia macicznego, co odpowiadałoby bujaniom brodawkowym raka, a Avicenna podaje choroby macicy i wiek niedojrzały »cum praegnans est puella parva supra quam timetur mors ex partu«. W III zaś wieku po Chrystusie znajdują się już rozporządzenia cesarzów rzymskich przeciw sprawcom poronień. Dawne zaś prawo niemieckie (salickie, ripuarskie, alemańskie, longobarckie i westgockie) już za wzniecanie poronienia ciężkie nakłada kary. Claudius Galenus porusza pierwszy pytanie »an animal sit quod in utero est« i odpowiada na nie potakująco.

Później nad wszystkiem zaczyna dominować wpływ Kościoła, ktory uznaje od czterdziestego dnia ciąży płód za uduchowiony, a zniszczenie go za grzech śmiertelny, grożąc wykonawcom tegoż ekskomuniką.

Niezłomną też w swoich postanowieniach pozostała Kurya rzymska aż po dziś dzień pomimo kilkakrotnie powtarzanych propozycyi ze strony biskupów, aby się do sprawy tej zbliżono w sposób więcej odpowiadający koniecznościom. Usprawiedliwienie swej odmowy znajdowała Kurya w dwu głównych zasadach: »non occides« i »non faciamus mala, ut eveniant bona«.

To bezwzględne stanowisko Kościoła było też głównym powodem ciężkich kar, grożących tym, którzyby się dopuszczali »spędzania płodu«, chociażby z najbardziej uzasadnionych wskazań lekarskich. »Carolina«, czyli kodeks Karola V z r. 1533 grozi wzniecającym poronienie karą śmierci przez ścięcie, a kobiecie, która się na to zgodziła, utopieniem. Prawo to miało zupełne swoje znaczenie jeszcze za Maryi Teresy, a złagodził je dopiero Józef II. w r. 1787.

Wyjątkowe jakieś postanowienia, co do czynności lekarskiej, nie istniały, gdyż umiejętne uzasadnienie konieczności sztucznego poronienia datuje się dopiero od r. 1772.

Rehabilitacya wzniecania sztucznego poronienia w celach leczniczych nastąpiła dopiero bardzo późno z obawy przed skutkami, mianowicie przed karami Kościoła i prawa powszechnego. — To też zaczęła się ona nieśmiało w krajach, gdzie panujący Kościół wyrugowała Reforma-

cya. — Pierwsze też próby pochodzą dopiero z końca XVII i początku XVIII w. od Camerariusa i Slevogta z Tybingi. Lecz zupełne odrodzenie nastąpiło dopiero w drugiej połowie XVIII w. mianowicie w r. 1772 w Anglii przez Coopera, a w 40 lat później we Francyi. Ale dopiero w roku 1852 akademia francuska dążenia do nadania poronieniu sztucznemu zupełnie cech postępowania lekarskiego poparła całą siłą swej powagi.

Wskazania jednak odnosiły się wówczas jedynie do ścieśnionych miednic, w których płód, nawet poćwiertowany, nie mógł być urodzony drogami porodowemi. A tłómaczy się to ówczesną ogromną śmiertelnością (90%) po cięciu cesarskiem.

W tym też kierunku rozpowszechniali wzniecanie poronienia w Niemczech Mende 1802 i Kiwisch 1846. Pierwszym zaś, który prócz ścieśnienia miednicy podnosi jako wskazanie choroby grożące życiu matki, był Pfäfflin w r. 1842.

Z biegiem czasu uprawnienie do wzniecania poronienia zostało ogólnie przez świat lekarski uznane, a przedmiotem żywej dyskusyi jest i zawsze będzie ustanowienie ścisłych wskazań w tych przypadkach, w których chwilowo życiu matki nie grozi niebezpieczeństwo, lecz grozić może przez dalsze trwanie ciąży lub w czasie porodu i nawet znacznie później.

Wskazania do wzniecania poronienia dzielimy na bezwzględne i na względne.

I. Bezwzględne wskazania występują, gdy życiu matki z dalszego trwania ciąży grozi odrazu niebezpieczeństwo, dające się usunąć jedynie przerwaniem ciąży. Tu zaliczymy stany chorobowe będące w ścisłym związku z ciążą, czyli wyłącznie od niej zawisłe.

1. Odgięcie macicy ciężarnej (retroflexio uteri gravidi), jeżeli w miarę postępu ciąży powiększający się trzon macicy nie może się naprostować i wystąpić z jamy miednicy. Przyczyną tego bywa albo znaczne ścieśnienie we wchodzie miednicy, połączone ze sterczeniem wzgórka kości krzyżowej lub zrosty unieruchomiające dno macicy. Wówczas to następują objawy uwięźnienia (incarceratio) w połączeniu z uciskiem na pęcherz moczowy i odbytnicę. Gwałtowne też przypady zniewalają nas wówczas do rychłego opróżnienia macicy ciężarnej albo przez przebicie pęcherza płodowego lub przez rozszerzenie szyi i tamponowanie jej gazą lub w przypadkach bardzo ciężkich, gdy żadnego z powyższych środków użyć nie można, przez cięcie cesarskie pochwowe, mianowicie przecięcie tylnej ściany macicy, opróżnienie jej i zeszycie.

2. Podobne wskazanie tworzyć będzie ciąża rozwijająca się w na zewnątrz wypadniętej macicy i w bardzo rzadkich przypadkach w macicy znajdującej się w przepuklinie pachwinowej (Hysterokele inguinalis).

3. Hydramnios acutum (Charpentier). Pomiędzy 3 a 6 miesiącem ciąży wydarza się, szczególnie wobec ciąży bliźniaczej jednojajkowej, wobec wodogłowia, anencefalii lub tarni dwudzielnej (spina bifida) tak gwałtowne nagromadzenie się cieczy w jamie owodni, że wywołuje ucisk na przeponę, płuca i serce, połączony z wymiotami, bólami, dusznością, sinicą czyli objawami niedomogi sercowej. Wówczas to gwałtownie bywa wskazane opróżnienie macicy przez przebicie pęcherza płodowego.

4. Wymioty ciężarnych, niedające się uśmierzyć. (Hyperemesis gravidarum) należą do najczęstszych wskazań bezwzględnych podczas, gdy poprzednio wymienione należą do najrzadszych.

(Dokończenie nastąpi).

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego.
Dyrektor: Prof. Dr W. L. Jaworski.

Odczyn Calmettea z jadem okularnika (kobry), oraz jego wartość rozpoznawcza dla gruźlicy na podstawie własnych badań.

Podał

Dr Jan Nowaczyński,
demonstrator kliniki.

(Ciąg dalszy).

2. Do badań kontrolnych używałem, podobnie jak Calmette, lecytyny firmy Kahlbaum w rozczynie jednak słabszym, bo 1 : 5000. Rozczyn lecytyny sporządza się w ten sposób, iż 1 gr lecytyny rozpuszcza się w 100 cm³ alkoholu metylowego czystego, z tego 1 cm³ + 9 cm³ fizyologicznego rozczynu soli (0·85%) daje zawiesinę w stosunku 1 : 1000, z której znów 1 cm³ + 4 cm³ soli fizyologicznej stanowi żądane rozcieńczenie 1 : 5000. W tem rozcieńczeniu lecytyna sama bez jadu nigdy nie hemolizowała; do odczynu używałem jej podobnie, jak surowicy badanej w tych samych ilościach malejących, t. j. od 1 cm³ do 0·05 cm³, czyli do dawki ostatniej, która w moich badaniach jeszcze aktywowała jad. Lecytyna służyła mi tylko do kontroli; nie używałem jej wcale jako aktywatora, gdyż, o ile surowica uczynniała jad, dodatek aktywatora był niepotrzebny, o ile zaś nie uczynniała jadu, o ile dodałbym lecytyny, musiałby z natury rzeczy hemolizę sprowadzic. Nastawienie prób kontrolnych z lecytyną ma na celu tylko porównanie hemolizy surowicy uczynniającej z hemolizą lecytynową i przez to porównanie można pozwolić sobie przynajmniej w przybliżeniu na wymiareczkowanie, a raczej na oznaczenie ilości substancyi uczynniającej w badanej surowicy. Jeśli bowiem n. p. ilość 0·1 cm³ badanej surowicy nierozcieńczonej okazała się ostatnią ilością, która uczynniała jad, to przez porównanie z hemolizą lecytyny w rozc. 1 : 5000, której dawka 0·1 cm³ również hemolizowała, można przypuścić, iż lecytyna w surowicy uczynniającej znajduje się niejako w tem samem rozcieńczeniu (t. j. 1 : 5000), zatem ilość najmniejszą lecytyny w surowicy uczynniającej obliczy się w przybliżeniu, dzieląc ostatnią dawkę uczynniającą surowicy badanej przez 5000. Ilości, powstałe z tego rachunku, są bardzo małe, liczą się na setne miligrama. W ten sposób w każdym przypadku, kiedy znalazłem surowicę uczynniającą jad, obliczałem ilość najmniejszą zawartej w niej lecytyny, zdolnej jeszcze aktywować jad. Można też w przybliżeniu oznaczyć ilość lecytyny, jak podaje Calmette, mierząc ilości surowicy, które są zdolne aktywować pewien określony ciężar jadu.

3. Jadu kobry używa się w rozcieńczeniu 1 : 5000 rozczynu fizyologicznego soli; przygotowuje się go w ten spo-

sób, iż pewną jego ilość, którą miałem do rozporządzenia w stanie suchym[1]), n. p. 0·05 gr rozpuszczałem, dokładnie rozcierając w 25 cm³ rozczynu fizyologicznego, co stanowi rozcieńczenie 1 : 500, z którego następnie sporządza się żądany rozczyn. Jad przechowuje się tak w stanie suchym, jakoteż i w rozczynach bardzo dobrze i długo i nie traci na swej wartości hemolitycznej. Do odczynu używa się go stale w ilości 0·5 cm³ i w ilości tej sam nigdy nie hemolizuje ciałek.

4. Ciałka czerwone krwi potrzebne do odczynu, pochodziły z wołu. Calmette używał wprawdzie ciałek krwi konia, dla pewności jednak wyników lepiej jest użyć ciałek tego gatunku, których jad sam nie hemolizuje, czyli takich, które w swych zrębach (stroma) nie zawierają lecytyny, a raczej lipoidów, przynajmniej w tej ilości, którąby się dała wykryć zapomocą jadu, lub, jak niektórzy utrzymują, takich, u których lecytyna ciałek jest w tak silnym związku ze zrębem (stroma), iż jad nie zdoła go rozerwać; do takich gatunków należą ciałka czerwone krwi wołu, barana i kozy. Ciałka przemywałem dokładnie rozczynem fizyologicznym przez kilkakrotne odwirowanie, sporządzałem zawiesinę 5% w rozczynie fizyologicznym i z tej używałem ilości 0·5 cm³ stale do odczynu.

Odczyn aktywowania nastawia się zatem w następujący sposób (zob. schemat):

Do seryi probówek daje się badaną surowicę w ilościach malejących od 1 cm³, 0·7, 0·5...... i t. d., do drugiej seryi probówek lecytynę kontrolną w tych samych ilościach, następnie do każdej probówki po 0·5 cm³ zawiesiny ciałek czerwonych, poczem dodaje się po 0·5 cm³ rozczynu jadu kobry i uzupełnia się wszystkie probówki rozczynem fizyologicznym soli do objętości 3 cm³. Prócz tego nastawia się zawsze próby kontrolne:

a) samej surowicy badanej bez jadu w ilości 0·5 cm³,
b) » lecytyny bez jadu » » 0·5 cm³,
c) samego jadu » » 0·5 cm³,
d) samych ciałek » » 0·5 cm³.

Wszystko to następnie pozostawia się w ciepłocie pracowni i zapisuje się wynik po 2 i 24 godzinach; obecność substancyi uczynniającej w surowicy badanej ujawni się wkrótce hemolizą, którą porównać można z hemolizą lecytynową kontrolną; w razie braku substancyi uczynniającej — brak hemolizy. W probówkach kontrolnych nigdzie nie powinna pojawić się hemoliza. Co do czasu odczytywania wyniku, to sądzę, iż po 12 godzinach otrzymuje się te same wyniki, co i po 24 godz.; hemoliza n. p., o ile nastąpi wyraźnie po 12 godz. nie posunie się dalej po 24 godz.; pozostawiając zaś na 24 godz. w ciepłocie pracowni probówki odczynowe, naraża się na niedogodność, która nieco zaciera jasność odczynu przez to, iż prątek odmieniec, jak to wykazał Kostrzewski[10]), rośnie szybko w mieszaninie płynów, użytych do hemolizy, gdzie prócz wytwarzania barwika fioletowego może wywołać hemolizę.

---

[1]) Zobowiązany jestem do podziękowania na tem miejscu Prof. Calmetteowi, dyrektorowi instytutu Pasteurowskiego w Lille za łaskawe, bezinteresowne dostarczenie mi jadu kobry »in substantia«.

Schemat odczynu aktywowania przedstawiałby się zatem następująco:

TABLICA I.

Odczyn aktywowania.

	a	b	c	d	e	f	a'	b'	c'	d'	e'	f'	kontrolne sur. bad.	kontrolne lecyt.	kontrolne jodu	kontrolne ciałek
surowica badana	1·0	0·8	0·5	0·3	0·2	0·1	—	—	—	—	—	—	0·5	—	—	—
lecytyna 1 : 5000	—	—	—	—	—	—	1·0	0·8	0·5	0·3	0·2	0·1	-	0·5	—	—
ciałka 5 : 100	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5
jad kobry 1 : 5000	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5	—	—	0·5	—
Na Cl 0·85%	1·0	1·2	1·5	1·7	1·8	1·9	1·0	1·2	1·5	1·7	1·8	1·9	2·0	2·0	2·0	2·5
wynik	zależnie od wyniku: hemoliza lub brak hemolizy						h	h	h	h	h	h	o	o	o	o

Do odczynu odchylenia lecytyny posługiwałem się tuberkuliną dawną Kocha (Alttuberkulin fabr. L. Brünning w Hoechst) w rozcieńczeniu 5 : 1000, gdyż, jak stwierdziłem na lecytynie kontrolnej, tuberkulina ta, podobnie jak tuberkulina Calmettea, oraz bakterye gruźlicze wiążą się chciwie z lecytyną.

Nastawia się odczyn w ten sposób, iż do szeregu probówek daje się po 1 cm³ rozczynu tuberkuliny, poczem dolewa się czy to lecytyny, czy badanej surowicy, lecytynę zawierającej w ilościach malejących od 1 cm³. . .; probówki wstawia się następnie do cieplarki przy 37° na 2 godziny, poczem dodaje się do każdej z probówek po 0·5 cm³ zawiesiny ciałek wołu i 0·5 cm³ rozczynu jadu kobry, wreszcie uzupełnia się próby rozczynem fizyologicznym soli do objętości 3 cm³; nastawia się jeszcze próbę kontrolną samej tuberkuliny z jadem. Wynik odczytuje się po ½—1 godziny, względnie dłużej. W razie odchylenia lecytyny przez tuberkulinę następuje w danych probówkach zahamowanie hemolizy, która znów ujawnia się tam, gdzie lecytyna nie została związaną przez tuberkulinę. Calmette podaje, iż zahamowanie hemolizy następuje w probówkach, zawierających od 0·7 cm³ w dół lecytyny, powyżej zaś dawki 0·7 cm³ — następuje hemoliza. Ja miałem sposobność zauważyć, iż mniej lub więcej zupełne zahamowanie hemolizy zależy od czasu, przez jaki zostawia się probówki odczynowe w cieplarce, tak że n. p., jeśli po pewnym czasie pobytu probówek z lecytyną i tuberkuliną w cieplarce następowało po dodaniu ciałek, oraz jadu zahamowanie zupełne, to po czasie o połowę krótszym, zahamowanie to pojawiało się w probówkach od dawki o połowę mniejszej.

Schemat odchylenia lecytyny zatem przedstawiałby się następująco:

TABLICA II.

Odczyn odchylenia lecytyny.

	a	b	c	d	e	f	kontrolne			
							lecytyny			tuberkuliny
surowica badana lub lecytyna	1·0	0·8	0·5	0·3	0·2	0·1	1·0	0·5	0·1	—
tuberkulina	1·0	1·0	1·0	1·0	1·0	1·0	—	—	—	1·0
na kilka godzin do cieplarki, poczem dodaje się										
ciałka czerw.	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5
jad kobry	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5
Na Cl fizyol.	0·0	0·2	0·5	0·7	0·8	0·9	1·0	1·5	1·9	1·0
wynik	zależnie od wyniku zahamowania: hemoliza lub brak hemolizy.						h	h	h	o

Uwaga: kontrolnych prób z lecytyną, podanych w powyższym schemacie niekoniecznie trzeba nastawiać, gdyż stanowią one odczyn aktywowania, poprzednio opisany.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Doc. Glaessner. **Badanie czynnościowe wątroby.** (Wiener med. Wochs. 1911, Nr 8). Kwasy aminowe, jak glikokol, leucyna, alanina, zostają przez zdrową wątrobę zamienione w mocznik. U chorych cierpiących na schorzenia tego narządu (marskość wątroby, kiła wątroby i t. p.) kwasy aminowe pojawiają się niezmienione w moczu w ilości 40—50%. Na spostrzeżeniu tem polega badanie czynnościowe wątroby. Autor podaje choremu 20 gr glikokolu i oznacza następnie specyalną, przez siebie obmyśloną metodą azot, zawarty w kwasach aminowych w moczu. Ilość azotu jest miarą sprawności czynnościowej wątroby.

Dr Sokołowska.

R. Neurath. **Zapalenie trzustki w przebiegu zapalenia ślinianki przyusznej.** (Wiener med. Wochenschrift 1911, Nr 19). W przebiegu nagminnego zapalenia ślinianki przyusznej spostrzega się czasem między 2—8 dniem choroby objawy, które klinicznie przedstawiają obraz ostrego zapalenia trzustki (pancreatitis). Równocześnie z podniesieniem ciepłoty, czasem i bez niej, zjawiają się nudności, wymioty i silne bole w nadbrzuszu w miejscu odpowiadającem trzustce. Czasem udaje się stwierdzić w tem miejscu rozlany opór, a zawsze bolesność, natomiast reszta brzucha niebolesna, nie przedstawia również objawu »défense musculaire«. Dość często zjawia się zwolnienie tętna, a czasem występują stolce krwawe lub tłuszczowe jako wyraz nieprawidłowej czynności trzustki. Powikłanie to pozwala pomyślnie rokować i trwa zazwyczaj tylko kilka dni.

Dr H. Sokołowska.

R. Emmerich. **Nowe dowody, że obraz cholery wywołany jest kwasem azotawym.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 18). Według badań autora i Cappelaniego treść, jakoteż i błona śluzowa jelita cienkiego ludzi chorych na cholerę, w połowie przypadków ma odczyn kwaśny, który wywołuje obecny tam kwas azotawy. Objaw ten jest znamiennym dla cholery, gdyż błona śluzowa jelita we wszystkich innych chorobach oddziaływa zasadowo, wyjątkowo zaś tylko obojętnie, nigdy zaś stwierdzić nie można obecności kwasu azotawego. E. stwierdził również obecność kwazu azotawego w początkach napadu cholerycznego w moczu. Jakkolwiek we krwi stwierdzić go już nie mógł, przypuszcza, że kwas azotawy musiał znajdować się we krwi przejściowo i to w ilościach bardzo znacznych, wystarczających do zatrucia ustroju. Pojawianie się kwasu azotawego w treści przewodu pokarmowego i w moczu u chorych na cholerę, zupełne zniszczenie nabłonka jelit i objawy stąd pochodzące, uważa autor za dowód, że pierwotnym jadem cholery jest kwas azotawy, który powstaje z rozkładu pokarmów, zawierających azotany pod wpływem bakteryi cholerycznych. Dlatego też dzieci, karmione piersią, dostając pokarm wolny zupełnie od azotanów, nie zapadają nigdy na cholerę. Dr M. Sokołowski.

Doc. Fischler. **Niedowład kiszki ślepej (typhlatonia).** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 23). Istnieje sprawa chorobowa, tocząca się w okolicy ślepej kiszki, która ze sprawą zapalenia wyrostka robaczkowego niema nic wspólnego, a mimo to często bywa za nie brana. Przebiega ona z bolami w tej okolicy, które pojawiają się bądźto samoistnie w postaci kolki, bądź też dopiero wywołane uciskiem na tę okolicę. Często w okolicy tej wyczuć można podatny balonowaty guz, a ucisk nań wywarty, wywołuje kruczenie. Stolec bywa albo zaparty, albo też istnieją biegunki. »Défense musculaire« nigdy nie można stwierdzić, język bywa czysty, tętno prawidłowe, brak leukocytozy, w wyjątkowych tylko przypadkach istnieje nieznaczne podniesienie ciepłoty. F. sądzi, że ten obraz chorobowy wywołany jest przez nieżytowe zajęcie kiszki ślepej, które wywołuje niedomogę ruchową tego odcinka jelita (typhlatomia). Stanu tego, wbrew temu, co przypuszczają inni autorowie (Hausmann, Wilms) kątnica ruchoma wywołać nie może, a ruchomość kątnicy może być tylko czynnikiem usposabiającym; podobnie i zaparcie stolca nie może tu odgrywać roli, jak sądzą inni, gdyż cierpienie to łączy się często z biegunką. Leczenie polega w czasie wolnym od napadów, na stosowaniu mięsienia, wilgotnych ciepłych okładów na okolicę kątnicy; dyeta mieszana, z leków bizmut w dużych stosunkowo dawkach przez parę tygodni.

Dr M. Sokołowski.

Glaesgen jun. **Metoda, wykrywająca najmniejsze patologiczne ślady białka w surowicy.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 21). Dotychczas mało znaną i stosowaną próbą białka w moczu, jest próba, polegająca na zagotowaniu moczu, poprzednio zakwaszonego kwasem octowym. Do 20 cm³ moczu dolewa się 5 kropli 20% kwasu octowego, dzieli się na 2 części, z których jednę zagotowuje się, a druga służy dla kontroli; w razie obecności białka mocz mętnieje po zagotowaniu. Próba ta wykrywa ilości białka jeszcze w rozcieńczeniu 1:182,000. (Próba Hellera wykrywa tylko rozcieńczenie 1:35,000). Również i próba, polegająca na zagotowaniu moczu i następowem dopiero dodaniu kwasu octowego, nie może pod względem czułości iść w porównanie. Czułość próby, polega zdaniem autora na tem, że stosunek wzajemny danej ilości kwasu octowego i średniej zawartości soli w moczu wytwarzają najkorzystniejsze warunki do ścinania się białka.

Dr M. Sokołowski.

H. Lüdke i J. Sturm. **Białkomocz ortostatyczny przy gruźlicy.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 19). L. i S. stwierdzili, że u chorych gruźliczych, zwłaszcza w pierwszym okresie choroby, występuje już po jednogodzinnem staniu białkomocz. Doświadczenia swe przeprowadzili na licznym szeregu chorych, obarczonych gruźlicą, u których dokładne przez dłuższy czas prowadzone badanie moczu

nigdy nie wykazywało białka. Białkomocz ten może być uważany za wczesny objaw gruźlicy, o ile tylko objawu tego nie poprzedzają ostre choroby wysypkowe, pryszczykowe zapalenie gardła lub też błonica W przypadkach, które autorowie badali, występował czysty białkomocz; wałeczków, ani innych składników morfotycznych nigdy nie stwierdzano. Białkiem, które wydzielało się, była w przeważnej części englobulina.

Autorowie przeprowadzili i analogiczne badania krwi, krew jednak przed i po jednogodzinnem staniu nie okazywała żadnych różnic, ani w ilości hemoglobiny, ani w ilości ciałek czerwonych, natomiast stwierdzono obniżenie ciśnienia. U chorych, u których po jednogodzinnem staniu nie można było stwierdzić białkomoczu, występował on po zastosowaniu nieznacznej dawki tuberkuliny. Na podstawie tego doświadczenia twierdzą autorowie, że białkomocz ortostatyczny u gruźliczych odnieść należy do toksycznego zadrażnienia nerek. W przeważnej liczbie przypadków stwierdzono również obecność prątków gruźliczych w moczu, (szczepiąc mocz świnkom morskim do jamy otrzewnej).

L. i S. sądzą, że w wielu przypadkach, które uważa się za białkomocz ortostatyczny, mamy przed sobą tylko jeden z objawów gruźlicy. Dr M. Sokołowski.

Glaesgen jun. **Zadrażnienie nerek przetworami salicylowymi i zapobieganie temu przez doprowadzenie zasad.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 21). Badania Hösslina stwierdziły, że niektóre rodzaje białkomoczu, zależą jedynie od stopnia kwaśności moczu. Białkomocz występujący po podawaniu przetworów salicylowych, zdaje się również należeć do tej grupy. Frey bowiem stwierdził, że udaje się zapobiedz występowaniu białkomoczu przez równoczesne stosowanie zasad. G. zajął się tą samą sprawą, a doświadczenia jego potwierdziły również słuszność tego zapatrywania. W spostrzeżeniach swoich nie stwierdził po po salicylu przy równoczesnem podawaniu dużych stosunkowo dawek węglanu sodu, nigdy białkomoczu. Natomiast w jednym z przypadków, z chwilą wstrzymania podawania zasad pojawiało się białko, a znikało po podaniu węglanu sodu. Zaznaczyć należy, że podawanie zasad nie osłabiało działania salicylu. Dr M. Sokołowski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

USTAWA

Komitetu lekarskiego słowiańskiego i Komitetów narodowych lekarskich

(uchwalona na zwyczajnem zebraniu K. L. Sł. w d. 17 lipca 1911).

A. Komitet lekarski słowiański (główny).

§ 1. Cel i środki K. L. Sł.

Celem Komitetu lekarskiego słowiańskiego jest:

a) nawiązywanie i podtrzymywanie wzajemnych stosunków pomiędzy lekarzami wszystkich narodów słowiańskich w zakresie naukowym, gospodarczym i towarzyskim;

b) zapewnienie wszystkim narodom słowiańskim we wszechświatowych stosunkach lekarskich, a w szczególności na międzynarodowych Zjazdach lekarskich i w piśmiennictwie, należnego im stanowiska.

Środkami do tego celu będą:

a) wzajemne stosunki K. L. Sł. i komitetów narodowych;

b) utrzymywanie stosunków z instytucyami, towarzystwami i czasopismami lekarskiemi poszczególnych narodów słowiańskich za pośrednictwem komitetów narodowych;;

c) wydawanie »Przeglądu prac naukowo-lekarskich słowiańskich« (Revue med. slave), zawierającego streszczenia w języku francuskim, angielskim, włoskim lub niemieckim;

d) sprawozdania z prac lekarzy słowiańskich w czasopismach niesłowiańskich;

e) sprawozdania z prac lekarzy poszczególnych narodów słowiańskich w czasopismach lekarskich innych narodów słowiańskich;

f) organizowanie ogólnosłowiańskich zjazdów lekarskich;

g) organizowanie udziału lekarzy słowiańskich w zjazdach lekarskich poszczególnych narodów słowiańskich;

h) nawiązywanie stosunków z komitetami organizacyjnymi międzynarodowych zjazdów lekarskich.

§ 2. Skład i siedziba K. L. Sł.

Komitet L. Sł. składa się z delegatów komitetów narodowych. Każdy komitet narodowy wysyła do K. L. Sł. czterech delegatów, w ich liczbie swego prezesa i sekretarza. Każdy prezes komitetu narodowego jest zarazem jednym z wiceprezesów K. L. Sł. Czas trwania mandatów i sposób wyboru delegatów komitetów narodowych oznacza każdy z komitetów narodowych wedle własnego uznania, zawiadamiając Kom. lek. słowiański niezwłocznie o każdej zmianie co do osób delegatów.

K. L. Sł. wybiera ze swego grona, uwzględniając kolejno wszystkie istniejące komitety narodowe, prezydyum, złożone z prezesa i sekretarza, będącego zarazem skarbnikiem, — obu z tej samej miejscowości. Mandat prezydyum trwa od jednego do drugiego zebrania Komitetu L. Sł., przynajmniej jednak przez rok. K. L. Sł. wybiera nadto ze swego grona archiwaryusza i oznacza każdorazowo trwanie jego mandatu.

Siedzibą K. L. Sł. jest siedziba każdorazowego prezydyum.

§ 3. Zebrania K. L. Sł.

K. L. Sł. odbywa zebrania:

a) zwyczajne w miejscu i czasie zjazdów lekarskich międzynarodowych oraz zjazdów lekarsko-przyrodniczych któregokolwiek z narodów słowiańskich, w ten jednak sposób, by posiedzenia K. L. Sł. nie kolidowały z samym zjazdem;

b) nadzwyczajne w innem miejscu i czasie na zasadzie uchwały K. L. Sł. lub na żądanie większości komitetów narodowych.

Zebrania K. L. Sł. zwołuje prezydyum zapomocą zaproszeń, rozesłanych do prezydyów komitetów narodowych; tylko wyjątkowo w razach niecierpiących zwłoki może być zebranie w czasie zjazdu lekarskiego zwołane zapomocą ogłoszenia w urzędowym organie tego zjazdu.

Zebranie K. L. Sł. składa się z tylu posiedzeń, ile okaże się potrzebne. Na pierwszem posiedzeniu, jeżeli od poprzedniego zebrania upłynął najmniej rok, ma być dokonany wybór prezydyum K. L. Sł. na następną kadencyę.

Zebranie jest ważne tylko wtedy, jeżeli większość istniejących komitetów narodowych przysłała swych delegatów lub ich zastępców. W głosowaniach ma każdy komitet narodowy 4 głosy bez względu na to, ilu delegatów przybyło. Uchwały zapadają prostą większością głosów; w razie równości głosów rozstrzyga prezes. Tylko uchwała o rozwiązaniu K. L. Sł. wymaga większości $^2/_3$ głosów obecnych. Na zebraniach K. L. Sł. posługiwać się może każdy swym językiem ojczystym; gdyby ktoś języka przemawiającego nie rozumiał, wówczas prezes postara się o przedstawienie sprawy w języku dla wszystkich obecnych dostępnym.

§ 4. Zakres działania prezesa, wiceprezesów, sekretarza i archiwaryusza K. L. Sł.

Prezydyum K. L. Sł. reprezentuje K. L. Sł. na zewnątrz (zwłaszcza w zakresie § l. a. b. f. h.), podpisuje wszelkie pisma wychodzące od K. L. Sł., zwołuje jego zebrania, przygotowuje ich porządek dzienny, stara się o wykonanie uchwał K. L. Sł. i czuwa nad ciągłością prac komitetów narodowych.

Wiceprezesi zastępują w razie potrzeby prezesa według ustanowionej kolei, zwołują zebrania komitetów narodowych i kierują bezpośrednio ich pracami.

Sekretarz prowadzi korespondencyę, protokół zebrań, wypracowuje sprawozdania z działalności prezydyum K. L. Sł. i komitetów narodowych na zasadzie dostarczonych przez nie danych, zawiaduje funduszami K. L. Sł. pod kontrolą wybranej przez K. L. Sł. komisyi rewizyjnej; nawiązuje rokowania z komitetami organizacyjnymi międzynarodowych zjazdów lekarskich w sprawie zebrań K. Sł. w czasie takich zjazdów, starając się o objęcie tych zebrań w miarę możności programem zjazdu i o dogodny dla nich lokal.

Archiwaryusz prowadzi ewidencyę prac i czynności od samego początku. Prowadzi on w ewidencyi wszystkie wydarzenia, ważne dla lekarzy słowiańskich, przygotowuje i przedstawia prezesowi do rozpatrzenia i odpowiedniego zużytkowania wnioski

dla miejscowych (narodowych) komitetów słowiańskich i dla głównych zebrań. Archiwaryusz prowadzi i uzupełnia spisy: a) 1. słuchaczy medycyny na uniwersytetach słowiańskich, 2. na uniwersytetach obcych, b) 1. wykładających na uniwersytetach słowiańskich, 2. profesorów Słowian na obcych uniwersytetach, c) 1. akademii, towarzystw i instytucyi naukowych słowiańskich, 2. wszystkich stowarzyszeń zawodowych i organizacyi lekarzy słowiańskich, d) stypendyów na studya i badania naukowe, e) 1. zdrojowisk słowiańskich, 2. lekarzy Słowian, praktykujących w obcych zdrojowiskach, f) słowiańskich czasopism lekarskich i lekarskich wydawnictw peryodycznych. Wszystkie te dane zbiera archiwaryusz od komitetów narodowych, które powinny je same zestawić, o ile ich narodu dotyczą i mieć je w ewidencyi. Prezes ma prawo w razie potrzeby powierzyć archiwaryuszowi czasowo niektóre czynności sekretarza generalnego.

§. 5. Fundusze K. L. Sł.

Na potrzeby K. L. Sł. składają komitety narodowe kwoty, których wysokość K. L. Sł. w porozumieniu z komitetami narodowymi oznaczy. W razie rozwiązania K. L. Sł. przechodzą pozostałe fundusze w równych częściach na rzecz istniejących w tym czasie słowiańskich Akademii umiejętności lub równe znaczenie z niemi mających Towarzystw naukowych.

§ 6. Wiece lekarzy słowiańskich.

K. L. Sł. może zwołać ogólne zgromadzenie (wiec) lekarzy słowiańskich w miejscu i czasie, jakie za stosowne uzna. Obrady wiecu mają znaczenie tylko informacyjne, a rezolucye wiecu mają znaczenie jedynie tylko wniosków, przekazanych Komitetowi L. Sł. do rozważenia.

B. Komitety narodowe.

§ 7. Skład komitetów narodowych.

Komitety narodowe same ustanawiają liczbę swych członków i sposób, w jaki się uzupełniają. Komitet narodowy może się uzupełniać albo przez zaproszenie delegatów instytucyi i towarzystw lekarskich swego narodu, albo przez kooptacyę członków z pośród lekarzy, życzliwych sprawie stosunków naukowych słowiańskich.

Komitety narodowe wybierają sobie same odpowiednich funkcyonaryuszy. W każdym jednak razie mają obowiązek wybrać do K. L. Sł. 4 delegatów i 4 zastępców; jednym z delegatów musi być prezes komitetu narodowego (będący zarazem jednym z wiceprezesów K. L. Sł.), drugim zaś sekretarz komitetu narodowego. Okres urzędowania delegatów i zastępców oznacza każdy komitet narodowy dla siebie. W razie ustąpienia lub śmierci delegata, przeprowadza komitet narodowy na najbliższem posiedzeniu wybór uzupełniający na jego miejsce. O każdej zmianie co do osób delegatów donosi komitet narodowy niezwłocznie prezesowi komitetu lek. słowiańskiego. Gdyby komitet narodowy nie wybrał na czas delegata, ma prezydyum K. L. Sł. prawo powołać na najbliższe zebranie K. L. Sł. według swego uznania członka danego komitetu narodowego — jako delegata na to jedno zebranie.

§ 8. Zakres i sposób działania komitetów narodowych.

Komitety narodowe mają wśród lekarzy swego narodu zmierzać do wypełnienia ogólnych celów K. L. Sł.; zarazem są one stałymi komitetami dla zjazdów międzynarodowych.

Komitety narodowe posługują się do tego celu następującymi środkami:

a) pośredniczą w stosunkach towarzystw, instytucyi i czasopism lekarskich własnego narodu z K. L. Sł.;

b) dostarczają K. L. Sł. funduszów na jego cele, przedewszystkiem na wydawnictwo »Revue médicale slave«;

c) dostarczają K. L. Sł. wszelkich potrzebnych wiadomości i danych, ewentualnie także materyału do wydawnictwa wspomnianej »Revue médicale slave«;

d) organizują sprawozdania z piśmiennictwa lekarskiego własnego narodu i dostarczają ich innym komitetom narodowym, naodwrót zaś sprawozdania, nadsyłane z innych komitetów narodowych, starają się umieszczać w czasopismach własnego narodu;

e) organizują sprawozdania z piśmiennictwa lek. ojczystego do czasopism niesłowiańskich;

f) utrzymują w ewidencyi i dostarczają w miarę potrzeby Komitetowi L. Sł. i innym komitetom narodowym wszelkich danych o stosunkach lekarskich własnego narodu;

g) starają się, aby lekarze-rodacy uczestniczyli w zjazdach lekarskich innych narodów słowiańskich;

h) starają się, aby przy tworzeniu lub uzupełnianiu terminologii lekarskiej korzystano z materyału terminologicznego innych narodów słowiańskich;

i) przypominają autorom lekarskim swego narodu, aby prace swoje ogłaszali zawsze w języku ojczystym, a ogłaszając prace także w języku niesłowiańskim, zaznaczali, o ile to możebne, swą narodowość;

j) starają się o kierowanie młodzieży, wyjeżdżającej na studya, także do uniwersytetów słowiańskich;

k) popierają słowiańskie zdrojowiska, lekarzy Słowian w zdrojowiskach niesłowiańskich i słowiański przemysł lekarski.

Czynności swe mogą komitety narodowe rozdzielić według swego uznania między odpowiednich swych funkcyonaryuszy, w każdym jednak razie mają stosunki z K. L. Sł. i innymi komitetami narodowymi spoczywać w ręku sekretarzy komitetów narodowych.

§ 9. Komitety narodowe odbywają swe posiedzenia przynajmniej raz do roku. Przed każdem zebraniem Komitetu L. Sł. powinny dostarczyć mu ważniejszych danych o swej działalności.

Przed każdym zjazdem międzynarodowym lub słowiańskim obejmują komitety narodowe rolę miejscowych komitetów organizacyjnych dla danego zjazdu, — natychmiast, skoro tylko zjazd zostanie zapowiedziany, — i znoszą się z komitetem gospodarczym.

§ 10. Na pokrycie wszelkich wydatków komitetów narodowych składają towarzystwa lekarskie względnie korporacye, których delegaci wchodzą w skład tychże komitetów, kwoty przez poszczególne komitety narodowe uznane za wystarczające. Nadwyżki przelewa się do funduszu rezerwowego.

Korespondencya.

Sv. Jáchymov, w sierpniu 1911 r.

(Dokończenie).

Próby kąpania chorych w tutejszej wodzie radowej rozpoczął w r. 1906 tutejszy lekarz powiatowy Dr Leopold Gottlieb w prywatnym domu kąpielowym na 7 kabin i prowadzi badania na ludziach do dnia dzisiejszego. Wyniki swoje ogłosił w trzech rozprawach (Die Wirkung und Verwendung der Joachimsthaler radioaktiver Grubenwässer. Zentrbl. f. d. ges. Therapie 1907, Nr 4. Drugą pracę w Deutsche med. Wochenschr. 1908, p. 1376, a trzecią: Die Joachimsthaler radioaktiven Wässer in der Therapie. Wien. med. Wochs. 1910, Nr 18). Według prób i spostrzeżeń L. Gottlieba, można się spodziewać dodatniego wyniku z tutejszego leczenia w następujących sprawach chorobowych: Arthritis rheumatica, arthritis deformans, arthritis et diathesis uratica; myalgia, lumbago; neuralgia (ischias), neuritis arthritica; crises gastrointestinales; bole w bliznach i po złamaniach kości; arterio-sclerosis incipiens; exsudatum chronicum arthriticum, pleuriticum, para- et perimetriticum; lymphomatosis. Jako przeciwwskazania do używania tutejszych kąpieli radowych zauważono: białkomocz i choroby nerek, ostre wysięki, charłactwo, nawały krwi do głowy i skłonność do krwotoków, neurastenia. Zresztą materyał obserwacyjny dotąd za mały, aby coś wywnioskować. Przyszłość musi rozstrzygnąć, czy kąpiele radowe, jak twierdzi v. Noorden, mają działanie sugestywne, czy też materyalne.

Podczas stosowania tutejszych kąpieli radowych zauważono dotąd pojawianie się niektórych objawów bądź przedmiotowych, bądź podmiotowych. W kąpieli ilość uderzeń tętna się zmniejsza (n. p. od 80 spada na 62) i mięknie znacznie z powodu obniżenia parcia krwi, a po kilkunastu kąpielach u niektórych chorych pojawia się ogólne znużenie; inni skarżą się na bezsenność lub ból głowy (zwłaszcza neura-

stenicy), to znów na zwiększoną libido sexualis; u wielu chorych kąpiel działa przez następną noc moczopędnie, co wskazuje na podniecenie czynności nerek i przemiany materyi azotowej, jak niektórzy twierdzą. Mają pojawiać się w niektórych przypadkach przewlekłej dny i w nerwobolach po kilku kąpielach pogorszenia (kryzy), poczem ma stale następować poprawa lub wyleczenie choroby.

Lista kuracyjna tegoroczna wykazuje od 1. maja do połowy sierpnia 433 partyi, a 587 osób. Widuje się tu przeważnie kuracyuszów starszych lub zażywnych, zwolna się poruszających, przy pomocy laski lub wożonych do kąpieli we wózkach.

Umieszczenie chorych obecnie jest jeszcze bardzo liche, bo tylko w gospodach, posiadających po 4—6 pokoików, bardzo pojedyńczo umeblowanych po cenie 24 do 34 koron za tydzień. Takich gospod jest w miasteczku kilkanaście, przeważnie znacznie odległych od zakładu kąpielowego, a przytem stromo położonych. Pewna część kuracyuszów musi się mieścić w okolicznych domkach prywatnych, gdzie pokoiki są małe, wadliwie urządzone i niedostatecznie umeblowane.

Żywienie znajdują kuracyusze również w gospodach. Jest ono bardzo proste, małomiasteczkowe na modłę niemiecką.

Dróg i ścieżek spacerowych, jakoteż ogrodów, gdzieby chorzy mogli używać świeżego powietrza i spoczywać, dotąd jeszcze niema. Teren bowiem stromy wymaga plantowania i zadrzewienia, to też i wielkich nakładów; a na to ani oszczędny rząd, ani niezdarna gmina nie zaraz się zdobędą.

Porządek uliczny jeszcze tu pierwotny, małomiasteczkowy; śmiecie i kurz uliczny uprzątuje wiatr, a błoto ulewny deszcz.

Urządzenia sanitarne są zapoczątkowane. Gmina ma szpital o 4 łóżkach, który jednak wielokrotnie jest przepełniony chorymi, z powodu obecnie panującej endemii durowej. W przyszłym dopiero roku wybudowane będą wodociągi.

Wysyłanie chorych, zwłaszcza poważniej cierpiących na tutejsze leczenie jest dziś jeszcze przedwczesne. Narażeni są jeszcze na największe niewygody, a lekko chorzy nie mają tu żadnych przyjemności. Może po trzech latach, rozpoczęte lub projektowane udogodnienia przyjdą do skutku i powstaną lepsze warunki bytu dla chorych. Zawiązało się bowiem Towarzystwo (Radiumkurhausaktiengesellschaft) z kapitałem kilkumilionowym, którego akcyonaryusze są członkami wysokiej arystokracyi czeskiej, a na którego czele stoją hr. Ledebour i hr. Silva-Taroucci. Konsorcium to buduje ogromny Kurhaus, wrzekomo na 400 osób, ze salami i przyrządami ortopedycznymi, gimnastycznymi i z 80 łazienkami na kąpiele radowe, »wybawiając państwo z potrzeby budowania wielkiego domu kąpielowego«, a równocześnie zyskując na tem, że Panowie będą mogli żyć między sobą w swojem kółku, nie ocierając się o innych. Gmach jest trójpiętrowy, pokryty już dachem, przedstawia się z wejrzenia, jak wielki klasztor. Brak mu jeszcze zupełnie urządzenia wewnętrznego. To samo Towarzystwo wybudowało już zupełnie oddzielnie w odległości przeszło 600 kroków od głównego budynku, drugi trójpiętrowy dom, szumnie i u nas już reklamowany jako »Dependance« na 70 osób, który od kilku tygodni już funkcyonuje; posiada pokoje średniej wielkości w cenie od 6 do 16 koron dziennie bez opału. Tu się zaczyna gromadzić plutokracya, która będzie znów stanowić dla siebie odrębne kółko. Dziś już powiewają na gmachu chorągiewki gwiaździste (amerykańskie).

Dla sfer mieszczańskich pozostaną jeszcze do użytku przez długie lata gospody i okoliczne domki, nim gmina urzeczywistni swój projekt wybudowania odpowiedniego hotelu, na który wyznaczyła już kawał urwiska.

Inne ogólne dotąd jeszcze nie istniejące urządzenia zdrojowe, zostaną zapewne z czasem wykonane, albowiem spodziewać się należy, że Panowie z Kurhauzu dadzą sobie łatwo radę i we Wiedniu i w opornej gminie, dla której obmyślono już komisarza rządowego. Potrzeba pospiesznego działania rzeczywiście zachodzi, z powodu możliwości konkurencyi zagranicznej. W pogranicznej Saksonii w miejscowości Brambach (obwód Zwickau), odległej o jedną stacyę od Bad Elster, odnaleziono źródło, którego radyoczynność jest trzy i pół razy większą, niż wody radowej w Sv. Jáchymowie. Według rozbioru wykonanego przez Frezeniusa i Czapelskiego we Wiesbadenie, a ogłoszonego w tegorocznym Chemikerzeitung, posiada ta woda 2270 jednostek radyoczynnych Machego i wolny kwas węglowy.

W. Jaworski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Pierwsze po feryach posiedzenie Towarzystwa lekarskiego odbędzie się we środę, dn. 11. października.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 10. IX. do 16. IX. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 12 † — (w tem obcych 6 † —), krztuśca 7 † 2 (— † —), płonicy 20 † 6 (4 † 2), odry 5, duru brzusznego 10 † 3 (5 † 2), czerwonki 1, róży 1, jaglicy 26. Dr Janiszewski.

Lwów. Z powodu cholery grasującei ciągle we Włoszech, nie może się odbyć w roku bieżącym trzecia naukowa wycieczka lekarzy do Hiszpanii i północnej Afryki. Prawdopodobnie może na wiosnę lub w jesieni roku przyszłego ponętna ta wycieczka przyjdzie do skutku. Bliższe szczegóły ogłoszę we właściwym czasie. Dr Obtułowicz.

Z różnych stron. Międzynarodowe biuro prasy lekarskiej prosi nas o wydrukowanie następującego zawiadomienia: Kongres międzynarodowy ginekologów, odbyty w 1910 r. w Petersburgu, wybrał jako miejsce następnego zjazdu w r. 1912 Berlin, a prezesem wybrał Prof. Bumma. Utworzony Komitet organizacyjny składa się z Döderleina, Mangiagalliego, A. Martina i W. Otta (jako wiceprezesa). Sekretarzem jeneralnym jest Dr E. Martin (Berlin, Artilleriestrasse 18). Towarzystwo ginekologów niemieckich na ostatniem swem posiedzeniu przyjęło udział w Kongresie. Termin Kongresu oznaczono na d. 29—31 maja 1912 roku. Do tej pory zgłosiły się towarzystwa ginekologiczne nieomal wszystkich narodowości. Komitet odwołuje się do wszystkich specyalistów o liczny udział w Zjeździe.

Mianowani: Doc. Dr Rybakow profesorem neurologii i psychiatryi w Moskwie; doc. Dr Nejolow z Kijowa, profesorem ginekologii na uniwersytecie warszawskim; Dr Buchanan profesorem chirurgii w Glasgowie; Prof. nadzw. W. Wiechowski z Wiednia profesorem zwycz. farmakologii i farmakognozyi na niemieckim uniwersytecie w Pradze.

Zmarli: Dr Franciszek Cholewicz, lekarz miejskiej kasy chorych, zmarł w Krakowie dn. 27. b. m., przeżywszy lat 69; Prof. Leopold, dyrektor kliniki położniczej w Dreznie; F. W. Page, b. prof. neurologii i psychiatryi w Burlington; A. Hubbel, b. prof. okulistyki i otryatryi w Buffalo.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften. Monachium, nakład J. F. Lehmann. 1911. Zeszyt 9. Cena 2·— Mk. (Cały rocznik 16 Mk.).

Wrześniowy zeszyt poświęcony jest ortopedyi i patologii stawów i kości i zawiera artykuł prof. Langego z Monachium »O przewlekłym reumatyzmie stawowym«, (cz. I. Monoarthritis deformans, cz. II. Polyarthritis rheumatica chronica) i artykuł prof. Ludloffa z Wrocławia »O leczeniu zapalenia gruźliczego stawu biodrowego«. (Ogólne zasady leczenia Coxitis tuberculosa, leczenie operacyjne i leczenie zachowawcze).

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w wrześniu 1911.

Gazeta lekarska Nr 35—38. Leon Karwacki: O przeciwciałach swoistych w ropie gruźliczej (35). — Bolesław Motz: Leczenie zapaleń gonokokowych cewki (35—37). — Mieczysław Gliński: O teoryach białaczki w świetle najnowszych badań, oraz spostrzeżenia kliniczne nad materyałem własnym i zebranym z piśmiennictwa polskiego (35—36). — Zdzisław Sławiński:

Barwienie żywych tkanek w celach topograficznych (36). — Władysław Osmolski: Przyczynek do anatomii patologicznej moru (37—38). — Mutermilch: Z biochemii lipoidów i hormonów (37). — L. Popielski: Teorya hormonów w oświetleniu faktów (37). — Jaworski J.: Projekt organizacyi walki z rakiem macicy (38).

Medycyna i Kronika lek. Nr 35—38. Mieczysław Halpern: Współczesne poglądy na dnę i cierpienia t. zw. artrytyczne, ich symptomatologia, rozpoznawanie i leczenie (35—36). — Bolesław Jakimiak: Rany przepony (dok. 35). — Michał Rappel: Patologia i terapia zatrucia pokarmowego u niemowląt (dok. 35). — J. Maliniarz: Przypadek nabytego zwężenia ujścia tętnicy płucnej (36—37). — E. Wiszniewski: O gruźlicy chirurgicznej w szpitalu N. M. P. w Siedlcach w ubiegłem dziesięcioleciu (37). — A. Landau: Kwas moczowy, dna i artrytyzm (38). — S. Gurbski: Dalsze doświadczenia nad stosowaniem azoderminy (38). Chodecki: Zasady współczesnego zapobiegania i zwalczania duru brzusznego (38).

Tygodnik lek. Nr 35—38. Dr L. Feuerstein: »O leczeniu szczepionkami niektórych chorób skórnych i powikłań rzeżączki (35—36). — Dr Roman Leszczyński: Dwa przypadki mięczaka zakaźnego, jako przykład przenoszenia się tegoż (35). — Prof. Dr Antoni Mars: Cięcie cesarskie klasyczne w oświetleniu nowszych sposobów operacyjnych (dok. 35). — Doc. Dr J. Hornowski: O kamicy żółciowej na podstawie nowszych badań i własnych spostrzeżeń (36—38). — Dr Z. Tomaszewski: W sprawie zachowania się cukru we krwi przy zapaleniach nerek wraz z uwagami nad wpływem nerki na wydzielanie się cukru (37—38).

Nowiny lekarskie Nr 9. Fr. Krzyształowicz: O ropnych zapaleniach skóry. — Panieński: O leczeniu naparstnicą. — R. Rosenfeld: O chorobie posurowiczej. — M. Blassberg: Cukrzyca a uraz. — Zanietowski: O dyagnostycznem i leczniczem zastowaniu mojej metody rozładowań w świetle uchwał międzynarodowych Zjazdów.

Zdrowie Nr 9. Ksawery Makowski: Projekty i plany wzorowej wsi, zagrody, chaty i dworka. — G. A. Rosner: Unieszkodliwienie ścieków fabrycznych. — Dr Wł. Palmirski: O znaczeniu kąpieli dla zdrowia. — Dr A. Puławski: Działalność w VI. roku istnienia kąpieli tanich im. Bolesława Prusa w Nałęczowie.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr 9—10. Dr Stanisław Radzikowski: O Zakopanem (dok. 9). — Potrzeby krynickie (10).

Nasze Zdroje Nr 18—20. Dr Kalikst Krzyżanowski: Uwagi o eksporcie krajowych wód mineralnych i przetworów zdrojowych (18). — Nowosielcę szlacheckie (dok. 18). — W sprawie propagandy i reklamy naszych zdrojowisk i uzdrowisk (19). — Zapomniane zdrojowisko (Szkło) (19). — Luhaczowice-Zdrój (na Morawach) (20).

Postęp okulistyczny Nr 7. Dr Tadeusz Kleczkowski: Obecność adrenaliny w surowicy krwi chorych na jaskrę. Przyczynek do etyologii jaskry.

Przegląd chirurgiczny i ginekol. Tom V., Zesz. 2—3.: H. Goldberg: 300 przypadków znieczulenia rdzeniowego zapomocą tropakokainy. — A. Edelstein: W sprawie wytwarzania przetoki żołądkowej. — S. Dobrucki: Przyczynek do chirurgii przewodu wątrobnego. — J. Drac: W sprawie nowoczesnego leczenia tężca.

Przegląd higieniczny Nr 9. Dr Bronisław Kaczorowski: Stan higieny i stan zdrowotny dzieci szkół miejskich we Lwowie.

Kronika dentystyczna Nr 9. A. Cenżar: W sprawie wstrzykiwań śróddziąsłowych przy wyjmowaniu zębów.

Słowo lekarskie Nr 17. Dr E. Stahr: O projekcie ordynacyi wyborczej. — Ubezpieczenie społeczne w nowym parlamencie. — Dr A. Jarosiński: Stanowisko i byt wiejskiego lekarza u nas.

Głos lekarzy Nr 17—18. Uregulowanie stosunków prawnych stanu lekarskiego w Austryi (17). — Wynik wyborów do Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej. — Dr B. Kaczorowski: Stan higieny i stan zdrowotny dzieci szkół miejskich we Lwowie (17—18). — Dr Sz. Mikołajski: Opinia Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej o rządowym projekcie ustawy regulującym stosunki stanu lekarskiego (18). — Wyzysk lekarzy w sądach (18). — Dr J. Polak: O łączności zadań higieny polskiej.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr K. W. Majewski.

Rok L. Kraków, dnia 7. października 1911. Nr 40.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O wzniecaniu poronienia ze wskazań lekarskich.

Podał

W. Bylicki.

(Referat w sekcyi ginekologicznej XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w dniu 20. lipca 1911).

(Dokończenie).

Zanim jednak wydamy stanowczy nasz sąd o konieczności przerwania ciąży z tego wskazania, musimy najprzód udowodnić, że przyczyną nieuleczalnych wymiotów jest wyłącznie ciąża, a nie choroby żołądkowe (nieżyt, wrzód okrągły, rak) i stwierdzić przedmiotowo ich zgubny wpływ na ustrój.

Musimy zatem stwierdzić niemożebność zatrzymania spożytych pokarmów, szybką utratę wagi, zmizernienie znaczne, często znacznie przyspieszone tętno i niekiedy stan podgorączkowy. Jeżeli w dodatku rozbiór moczu wykaże obecność acetonu lub co gorzej i kwasu aceto-octowego, wówczas już za dużośmy czasu stracili a sprawa gwałtownie domaga się przerwania ciąży. Zbyt długie próby uleczenia innymi sposobami mogą mieć najzgubniejsze skutki, mianowicie śmierć pomimo wzniecenia poronienia.

II. W s k a z a n i a w z g l ę d n e wypływają z chorób poza sferą części płciowych występujących, od ciąży niezależnych, najczęściej już przed ciążą istniejących, w których niebezpieczeństwo wikłającej je ciąży na razie nie istnieje, lecz może być wywołane albo dalszem trwaniem ciąży lub porodem lub po porodzie, przez znaczne pogorszenie choroby. Tu zatem mamy do czynienia już z pojęciem bardzo szerokiem wskazań względnych, dających najszersze pole do dyskusyi. Z góry bowiem podnieść należy, że żadna z chorób, które wymienimy, przez to jedynie, że jej ciąża towarzyszy, sama przez się nie stanowi wskazania do wzniecenia poronienia. Każdy zatem przypadek z osobna musi być oceniony według wyników ścisłego badania przedmiotowego. Tu zatem istnieje szerokie pole do zapatrywań indywidualnych. A ogólnikowo możemy powiedzieć, że lepszym jest ten lekarz, który się rzadziej decyduje na wzniecenie poronienia. Indywidualnym bowiem sposobom patrzenia takie tu pole zostawiono, że niekiedy granica pomiędzy lecznicze a karygodnem wznieceniem poronienia może się nieznacznie zacierać, tem bardziej, że tu nie mamy do czynienia z jasno określonemi sytuacyami, lecz z ewentualnościami.

Ostre choroby gorączkowe tu nie wchodzą w grę, gdyż w chorobach zakaźnych często poronienie samo następuje, a wzniecenie go nie wpływa na ich przebieg.

1. Gruźlica płuc należy do najczęstszych wskazań ze wszystkich, gdyż należy do najczęstszych chorób. Kto poczynił w swej praktyce tego rodzaju doświadczenia, że wobec braku wszelkich zmian gruźliczych, bezpośrednio po połogu rozwinęły się suchoty galopujące albo się do zmian już istniejących przyłączyły lub wystąpiło zapalenie opon mózgowych lub, w przypadku wyleczonej względnie gruźlicy płuc, w połogu wystąpiła gruźlica jelit, ten może dojść co do gruźlicy, jako wskazania do wzniecenia poronienia do krańcowych zapatrywań.

Najogólniej jednak sprawę tę traktując, musimy tu podnieść, że chudnięcie osób gruźliczych w ciąży jeszcze nie jest samo przez się rozstrzygającem, gdy tak często widzimy kobiety, szczególnie bardzo młode ze zdrowemi zupełnie płucami, bardzo znacznie chudnące aż do dnia ciąży.

Same zmiany gruźlicze nie postępujące w płucach nie stanowią wskazania do przerwania ciąży. Ale gorączkowanie, czyli codzienne wzniesienia ciepłoty, uważane jest za najwybitniejszy objaw, domagający się poronienia.

Kobiety, które przebyły kiedyś jakąkolwiek sprawę gruźliczą płuc, pragną bardzo często na to konto pozbyć się ciąży i chcą wmówić w lekarza konieczność tego. Od działania też pod takim wpływem lekarz strzedz się powinien przez gruntowne, przedmiotowe badanie, mierzenie przez kilka lub kilkanaście dni ciepłoty ciała i ważenie. Za wskazanie bezwzględne do przerwania ciąży uchodzi gruźlica krtani.

2. Choroby serca, mianowicie wady zastawkowe, o wiele rzadziej dają powód do wzniecenia poronienia, albowiem wiemy, że wobec wad zastawkowych wyrównanych, ciąża i poród przebiegają najczęściej pomyślnie. Wskazanie zaś do wzniecenia poronienia może nastąpić w braku wyrównania, objawiającym się dusznością, sinicą, znacznymi obrzękami kończyn dolnych, puchliną brzuszną, a szczególnie, gdy istnieje powikłanie z chorobą nerek.

3. Choroby nerek w okresach późniejszych z wielką ilością białka w moczu, wysiękami surowiczymi i zapaleniem siatkówki stanowią wskazanie prawie bezwzględne. Że i w cięższych przypadkach, przez bardzo troskliwe leczenie kliniczne ciężarnych, stale leżących, można nieraz doprowadzić ciążę do końca 8-go miesiąca, o tem mamy wiadomości szczególnie z kliniki w Tybindze.

4. Psychozy samorodne, występujące dopiero w ciąży

pod postacią melancholii, mają to do siebie, że chora czuje, z powodu oczekiwanego porodu tak chorobliwie przesadny lęk, że bardzo często gotowa jest pozbawić się życia, aby uciec od tego lęku, dominującego nad całą sferą myślową. Bardzo to przychodzi łatwo powiedzieć, że taka chora powinna ciążę przebyć w zakładzie dla chorób umysłowych, gdzie ją od samobójstwa ochronią. Ale czy to nie jest, jak słusznie Friedmann podnosi, okrucieństwem pozostawienie takiej chorej z jej okropnemi myślami przez jakie 6 miesięey, a ja dodam, czy to nie jest również okrucieństwem i ze względu na rodzinę?

Czyżby tu odrazu wszystkiego nie zakończyło pomyślnie wzniecenie poronienia?

Jaką w takich przypadkach trzeba zachowywać ostrożność, miałem dowód w swej praktyce temu lat kilkanaście. Wojskowy wysokiej rangi, D., przyszedł do mnie z listem od kolegi z tej samej miejscowości, aby u jego żony wzniecić poronienie z powodu psychozy w ciąży. Bez widzenia chorej zaproponowałem panu D. naradę z kolegą psychiatrą nazajutrz, którą naznaczyliśmy na godzinę 12 w południe. Tymczasem już o 8 rano zgłosił się do mnie pan D. i pierwsze słowa jakiemi mię przywitał, były: »już się stało«. Co się stało, pytam i otrzymuję odpowiedź, że chora wyskoczyła z drugiego piętra na trotuar i, że w łóżku oczekuje mojego przybycia. Przybywszy na miejsce zastałem ją zupełnie przytomną, zapewniającą męża, że się to już nigdy nie powtórzy, a najdokładniejsze badanie oprócz ranki broczącej na prawej skroni nie wykazało żadnego obrażenia. Po kilkunastudniowem leżeniu pani D. powróciła do Przemyśla i urodziła, we właściwym terminie, zdrowe dziecko.

5. Pląsawicę uważają niektórzy autorowie także za wskazanie, jeżeli zaburzenia w kojarzeniu ruchów są tak gwałtowne, że przeszkadzają przyjmowaniu pokarmów.

6. Niedokrwistość złośliwa, postępująca może dopuszczać próbę uleczenia przez przerwanie ciąży (Gusserow).

Wyjątkowo mogą tworzyć wskazania: 1. Ślinotok w ciąży bardzo znaczny w połączeniu z wymiotami (Döderlein). 2. Wole naczyniowe, ostro występujące, zagrażające życiu przez wzrastanie szybkie (W. A. Freund). 3. Kiła (lues florida) wobec choroby Basedowa (Fritsch). 4. Żółtaczka ciężka, zapalenie nerwów (polyneuritis) białaczka i cukrzyca. 5. Ostry przerost sutków (hypertrophia mammarum), które mogą przybrać ogromne rozmiary (Porro).

III. Znacznego stopnia ścieśnienie miednicy było przed 30 jeszcze laty jednem z ważnych wskazań do wzniecenia poronienia. Chodziło tu o miednice ze sprzężną wchodu od 6 cm począwszy, a wykonywano przerwanie ciąży z tego powodu, aby nie stawiać matki wobec konieczności cięcia cesarskiego, którego śmiertelność wynosiła 90%.

Ale na tem samem stanowisku musimy stać i dzisiaj, jeżeli kobieta ciężarna, pomimo naszego wpływu na nią, aby z końcem ciąży poddała się cięciu cesarskiemu, w żaden sposób na to zgodzić się nie chce. Nie mamy bowiem prawa domagać się, aby chora wybrała koniecznie bądź co bądź dla niej bardzo ciężką operacyę, zamiast zupełnie łatwego, na żadne niebezpieczeństwo nie narażającego sposobu przerwania ciąży.

W końcu podnieść należy, że wobec każdego z wymienionych wskazań względnych, veto ze strony kobiety ciężarnej jest w ostatniej instancyi rozstrzygające. Bywają bowiem kobiety, i to na ich korzyść podnieść należy, które dla potomstwa są gotowe życie swoje w wysokim stopniu narazić.

W końcu niepodobna mi tu pominąć pewnego ruchu, który objawił się ostatniemi laty w celu rozszerzenia wskazań do wywołania poronienia i w przypadkach, w których domagają się tego względy społeczne. Zwolennicy bowiem tego podnoszą tę okoliczność, że w przypadkach ciąż, z nielegalnego stosunku wynikających, utrata czci, chęć utrzymania tajemnicy, często niemożebność zwierzenia się komukolwiek i wszystkie względy towarzyskie są tak silnymi czynnikami, że kobiety pozostające pod ich ciężarem, znajdują się pod działaniem »urazu psychicznego«, który je nieraz popycha do samobójstwa. Aby zatem uleczyć je z tego stanu i uniknąć jego skutków zwolennicy rozszerzenia wskazań, doradzają w tych przypadkach wzniecenie poronienia.

Wobec tych prądów zdaje mi się, że dopóki nasze poglądy etyczne nie zmienią się, nie podobna nam stać na innem stanowisku, jak na czysto lekarskiem i powiedzieć sobie, że na poronienie ze względów społecznych w nauce miejsca niema.

Technika wzniecenia poronienia.

Dawniej bywały w użyciu rozmaite środki wewnętrzne, z których wiele dotychczas jeszcze same ciężarne używają, np. sporysz, pilocarpina, sawina, (fr. sabinae), chinina, olejek terpentynowy, kantarydy, jodek potasowy, fosfor, aloes. Są to środki zupełnie nieskuteczne i niebezpieczne nawet z powodu zatruć, pochodzących z przesadnie dużych dawek.

Podobnie najczęściej nieskuteczne są kąpiele gorące, pełne i nasiadowe i gorące wstrzykiwania.

Środka zatem poronnego pewnego i nieszkodliwego, nie posiadamy. A gdyby środek taki się znalazł, byłby on iście darem Danaów.

Sposoby, których my używamy są dwojakie. Albo rozszerzenie szyi macicznej i usunięcie jaja płodowego przez opróżnienie macicy, wyskrobanie jej treści, co najlepiej wykonać w ciąży 1—2 miesięcznej, lub też rozszerzenie szyi i tamponowanie jamy i szyi macicy gazą w celu wywołania bólów, poczem pozostawienie poronienia siłom macicy. Tak postępujemy, gdy ciąża jest późniejszą niż 8 tygodniową.

A teraz pozostaje nam jeszcze omówić stronę etyczną tej sprawy. Gdy stoimy wobec wskazań bezwzględnych, mamy do wyboru albo śmierć obu istot, matki i dziecka, lub tylko dziecka. Tu też nasze działanie żadnej nam wątpliwości nie pozostawia i pomijamy z czystem sumieniem względy prawne i zakazy Kościoła, które nie są zgodne z naszemi uczuciami ludzkiemi, powiedziałbym wręcz z etyką. Inna rzecz wobec wskazań względnych. Tu nam drogę właściwą wskaże najlepiej czujne, nie znieczulone sumienie, któremu z pomocą przyjdzie czysto przedmiotowe patrzenie na sprawę tak, abyśmy sobie zawsze powiedzieć mogli, że to, co mamy przedsięwziąć, czynimy w celu ratowania życia chorej, a nie z jakichkolwiek innych pobudek.

»Est lex non scripta sed nata lex, quam non dedicimus, accepimus, legimus, sed ex natura ipsa arripuimus«. (Cicero pro Milone).

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego.
Dyrektor: Prof. Dr W. L. Jaworski.

Odczyn Calmettea z jadem okularnika (kobry), oraz jego wartość rozpoznawcza dla gruźlicy na podstawie własnych badań.

Podał

Dr Jan Nowaczyński,
demonstrator kliniki.

(Ciąg dalszy).

Część II.

Opierając się na wyżej przytoczonych pracach, oraz wyżej opisanej technice, poddałem badaniu surowice krwi 60 chorych, którzy pozostawali w leczeniu w klinice lekarskiej Uniw. Jagiell. w półroczu zimowem i letniem r. 1910/11. Wyniki tych badań podaję poniżej w zestawieniu tablicowem oraz grupowem (zob. tabl. III).

U chorych, których surowice służyły za materyał do badania, badałem odczyny: skórny w postaci intradermoreakcyi, oraz spojówkowy dla kontroli wyników odczynu aktywowania; czynił to też i Calmette w badaniach swych na materyale ludzkim i wynikiem tych odczynów kierował się, przyjmując za chorych gruźliczych tych, którzy oddziaływali czy to na odczyn skórny, czy spojówkowy. Zaznaczyć tu muszę, iż wnosić z wyników dodatnich owych odczynów, a zwłaszcza skórnego, o obecności schorzenia gruźliczego czynnego nie można, gdyż wiadomo, jak znaczny jest odsetek ludzi, pozornie zdrowych, u których klinicznie nie można wykryć żadnego ogniska gruźliczego, a którzy oddziałują na szczepienie skórne. To też nie przypisuję wielkiej wartości dodatnim wynikom odczynu skórnego u badanych chorych, klinicznie niegruźliczych, chyba w tych razach, kiedy występuje bardzo silnie i razem z dodatnim odczynem spojówkowym.

Na 60 chorych badanych nie robiono odczynów u 12; odliczywszy zaś z tej liczby 6 przypadków gruźlicy klinicznie pewnej, pozostaje 6 chorych bez odczynów kontrolnych.

Z 60 surowic badanych znalazłem lecytynę w 30 przypadkach, co stanowi 50%; że tak znaczny odsetek wyników dodatnich otrzymałem, to dlatego, iż przypadki były dobierane, a w niektórych z reguły znajdowałem lecytynę (choroby zakaźne, choroby nerek).

Chorych badanych dzielę na 5 grup, jak to zresztą widać na wyżej podanej tablicy:

pierwsza obejmuje	13	chorych	gruźliczych;
druga	» 8	»	kiłowych;
trzecia	» 10	»	zakaźnych;
czwarta	» 10	»	na zapalenie nerek.
piąta	» 19	»	na różne inne choroby,

Ad 1) Odczyny rozpoznawcze kontrolne w tych przypadkach nie mają znaczenia, gdyż były to przypadki gruźlicy klinicznie pewnej.

Lecytynę w surowicach tych chorych znalazłem na 13 przypadków w 7 przypadkach; u 6 chorych lecytyny nie znaleziono.

Wniosków na podstawie tych wyników czynić nie można, gdyż materyał badany jest bardzo mały; przyznać w każdym razie trzeba, iż u chorych gruźliczych pojawia się lecytyna, dająca się wykryć jadem kobry. Wykazał to zresztą Calmette, który, badając 103 przypadków, wykrył obecność lecytyny u chorych w I. okresie gruźlicy płuc w 76% przyp. w II. okresie w 57% przyp. w III. okresie w 70% przyp.

W niniejszej też pracy nie miałem na celu poszukiwania lecytyny w przypadkach gruźlicy, przyjmując za fakt, iż pojawia się ona w przebiegu tej choroby, ile raczej poszukiwanie lecytyny w przypadkach innych chorób.

Ad 2) Druga grupa obejmuje 8 chorych kiłowych, t. j. takich, u których odczyn Wassermanna był dodatni, z wyjątkiem jednego, gdzie odczyn był ujemny, mimo, iż chory przedstawiał wszystkie objawy kliniczne wiądu rdzenia; w żadnym z tych przypadków kiłowych lecytyny w surowicy nie znalazłem — fakt w każdym razie ciekawy; przemawiałby on za tem, że niweczniki (anticorps) kiłowe, a raczej reaginy kiłowe, jak je nazywa Citron, nie są przyrody lipoidalnej, jak to przypuszcza Levaditi i Yamanouchi, którzy mieli owe niweczniki wyciągnąć alkoholem z płynu mózgowo-rdzeniowego chorych na porażenie postępowe, a odczyn Wassermanna uważają za odczyn lipoidów surowicy z lipoidami narządów, użytych jako antygenu.

Calmette w pracy swej, mówiącej o odchyleniu lecytyny przez tuberkulinę, wspomina, że surowice ludzi kiłowych mają również zawierać lecytynę, lecz w innym stanie, gdyż bakterye gruźlicze nie mogą jej odchylić. Wobec tego, że w żadnej z badanych surowic kiłowych nie znalazłem lecytyny, o odchyleniu jej czy przez bakterye gruźlicze, czy może inne substancye — mam na myśli wyciągi z wątroby kiłowej (antygen) — mowy niema.

Ad 3) Do trzeciej grupy zaliczyłem przypadki zakaźne w liczbie 10; u wszystkich tych chorych robiono kontrolne odczyny rozpoznawcze, wszystkie prawie wypadły ujemnie, mimo, iż, jak stwierdził Arloing, w chorobach zakaźnych ustrój, nawet wolny od gruźlicy, oddziaływa na tuberkulinę. Natomiast, co ciekawsze, u wszystkich chorych, z wyjątkiem chorej na tężec, znalazłem w surowicach lecytynę, która uczynniała jad kobry. Wobec ujemnych wyników odczynów rozpoznawczych, oraz braku nawet przypadkowych objawów klinicznych gruźlicy u tych chorych — z wyjątkiem jednego, u którego stwierdzono zołzy — obecność lecytyny, i to tak stałą, w surowicach chorych w przebiegu chorób zakaźnych odnieść należy chyba nie do gruźlicy, lecz do zmian, jakie zachodzą w ustroju w toku chorób gorączkowych, zwłaszcza zakaźnych. Jak wiadomo, lecytyna jest w ustroju bardzo rozpowszechniona i występuje głównie w związku z białkiem ustroju; trwałość tego związku jest zmienna, jak to stwierdziły zresztą doświadczenia z hemolizą ciałek czerwonych różnych gatunków zapomocą jadu kobry, lub n. p. badania działania hemolizującego wodnych rozczynów hemoglobiny z lecytyną, oraz wpływu ciepłoty na połączenia białka z lecytyną.

TABLICA III.

Imię, nazwisko, wiek. L. dz. klin.	Rozpoznanie kliniczne	Objawy kliniczne gruźlicy przypadkowe	Odczyny		Odczyn Calmettea; obecność lecytyny lub brak (ilość)	Odchylenie lecytyny przez TR	Uwagi
			skórny	spojówkowy			
A. F. l. 38 l. dz. 3	Tuberculosis intestinorum	Induratio apicis dextri	+	—	odczyn ujemny lecytyny brak		
P. C. l. 19 l. dz. 191	Infiltratio apicum synech. pleur. dextrae	prątki w plwocinie	+	+	odczyn ujemny brak lecytyny		
I. Tr. l. 18 l. dz. 194	Peritonitis tuberculosa Infiltratio apicum	—	+	—	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·5 dos. minim. akt. 0·0001	nie odchyla	
J. W. l. 15 l. dz. 109	Peritonitis tuberculosa	—	+	+	odczyn ujemny lecytyny brak		
S. K. l. 18 l. dz. 146	Infiltratio apicum	prątki w plwocinie	nie robiono		odczyn ujemny lecytyny brak		
J. St. l. 24 l. dz. paw. izol.	Infiltratio apicum in ind. scoliotico	prątki w plwocinie	nie robiono		odczyn ujemny lecytyny brak		
A. P. l. 18 l. dz. paw. izol. 47	Infiltratio apicum in ind. scrophul.	prątki w plwocinie	+	+	odczyn dodatni lecytyna obecna hemoliza od 1·0—0·05 dos. minim. akt. 0·00001	nie odchyla	
K. Fl. l. 21 szp. św. Łaz.	Infiltratio apicum	prątki w plwocinie	nie robiono		odczyn dodatni lecytyna obecna hemoliza od 1·0—0·2 dos. minim. akt. 0·00004	nie odchyla	przypadki gruźlicy klinicznej pewnej
A. M. l. 27 szp. św. Łaz.	Tuberculosis pulmon. destructiva	prątki w plwocinie	nie robiono		odczyn dodatni lecytyna obecna hemoliza od 1·0—02 dos. minim. akt. 0·00002	odchyla ostatnią ilość 0·1	
Z. L. l. 24 l. dz. paw. izol. 36.	Pleuritis exsudativa dextr.	Condensatio apicis dextr.	nie robiono		odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·2 dos. minim. akt. 0·00004	odchyla od 0·3—0·2	
D. S. l. 18 l. dz. 312	Pleuritis exsudativa sinistr.	Condensatio apicis dextr.	+	+	odczyn dodatni lecytyna obecna hemoliza od 1·0—0·1 dos. minim. akt. 0·00002	odchyla od 0·25—0·1	
Fr. K. l. 21 l. dz. 281	Pleuritis exsudativa dextr.	Condensatio apicis dextr.	+	+	odczyn ujemny lecytyny brak		
A. B. l. 38 l. dz. 338	Infiltratio apicum	Prątki w plwocinie; albumen 0·5%	nie robiono		odczyn dodatni lecytyna obecna hemoliza od 1·0—0·10 dos. minim. akt. 0·00002	odchyla od 0·2—0·1	

TABLICA III. (ciąg dalszy).

Imię, nazwisko, wiek, L. dz. klin.	Rozpoznanie kliniczne	Objawy kliniczne gruźlicy przypadkowe	Odczyny		Odczyn Calmettea; obecność lecytyny lub brak (ilość)	Odchylenie lecytyny przez TR	Uwagi
			skórny	spojówkowy			
A. E. l. 29	Lues	brak	nie robiono		odczyn ujemny lecytyny brak		WNB +
J. K. l. 41 l. dz. 227	Aneurysma aortae in ind. c. lue peracta	brak	nie robiono		odczyn ujemny lecytyny brak		WNB +
J. W. l. 35 l. dz. 225	Gastritis acida lues peracta	brak	nie robiono		odczyn ujemny lecytyny brak		WNB +
St. W. l. 37 l. dz. 233	Tabes dors.	brak	nie robiono		odczyn ujemny lecytyny brak		WNB —
I. P. l. 38 l. dz. 246	Tabes incip.	brak	+	—	odczyn ujemny lecytyny brak		WNB +
W. R. l. 42 l. dz. 250	Tabo-paralysis	brak	+	—	odczyn ujemny lecytyny brak		WNB +
L. Br. l. 35 l. dz. 261	Crises gastricae	brak	+	—	odczyn ujemny lecytyny brak		WNB +
H. B. l. 34 l. dz. 263	Anaemia in ind. luet.	brak	nie robiono		odczyn ujemny lecytyny brak		WNB +
A. Sz. l. 33 l. dz. paw. izol. 38	Sepsis puerperalis diplococcica	brak	—	—	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·05 dos. minim. akt. 0·00001	TR odchyla od 0·1; zawiesina diplokoków ostatnią ilość 0·05	
J. K. l. 18 l. dz. paw. izol. 41	Typhus abdominal.	brak	—	—	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·05 dos. minim. akt. 0·00002	TR odchyla od 0·2 zawiesina bakt. tyfus. od 0·4	
K. Sz. l. 27 l. dz. paw. izol. 48	Typhus abdominal.	brak	—	—	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1.0—0.05 des. minim. akt. 0.00001	TR odchyla ostatnią ilość 0·05 zawiesina bakt.	przypadki zakaźne
I. S. l. 12 l. dz. paw. izol. 42	Scarlatina	Scrophulosis	Moro ujemny		odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·3 des. minim. akt. 0·00006	TR nie odchyla	
A. M. l. 18 l. dz. paw. izol. 50	Scarlatina	brak	—	—	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·1 des. minim. akt. 0·00002	TR odchyla od 0·4	
M. F. l. 19 l. dz. 329	Pneumonia crouposa sinistra	brak	—	nie robiono	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—03 des. minim. akt. 0·00006	TR nie odchyla	

TABLICA III. (ciąg dalszy).

Imię, nazwisko, wiek, L. dz. klin.	Rozpoznanie kliniczne	Objawy kliniczne gruźlicy przypadkowe	Odczyny		Odczyn Calmettea; obecność lecytyny lub brak (ilość)	Odchylenie lecytyny przez TR	Uwagi
			skórny	spojówkowy			
J. T. l. dz. 351	Typhus abdominalis	brak	—	—	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·3 dos. minim. akt. 0·00006	TR nie odchyla	
K. C. l. 14 l. dz. paw. izol.	Scarlatina	brak	+	—	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·2 dos. minim. akt. 0·00004	TR odchyla ostatnią ilość 0·2	przypadki zakaźne
F. W. l. dz. paw. izol. 59	Status febrilis e suppuratione ad vulnus post nephrectomiam propter calcul.	brak	—	—	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·1 dos. minim. akt. 0·00002	TR nie odchyla	
M. I. l. 40 l. dz. paw. izol. 60	Tetanus traumaticus		—	—	odczyn ujemny lecytyny brak		
A. Z. l. 44 l. dz. 56	Nephritis chronica Pericarditis exsudat. Hydrops univers. albumen 12‰	brak	+	—	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·05 dos. minim. akt. 0·00001	TR nie odchyla	na sekcyi zmian gruźliczych nie znaleziono
A. L. l. 25 l. dz. 308	Nephritis chron. Pericarditis exsudat. Hydraemia Anaemia albumen 10‰	brak	—	—	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·25 dos. minim. akt. 0·00005	TR nie odchyla	
M. J. l. 44 l. dz. 242	Nephritis chronica albumen 2–3‰	brak	nie robiono		odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·05 dos. minim. akt. 0·00001	TR odchyla od 0·2–0·05	
Kl. K. l. 24 l. dz. 256	Nephritis chronica albumen 0·5‰	brak	—	—	odczyn dodatni lecytyna obecna, hemoliza od 1·0—0·1 dos. minim. akt. 0·00002	TR odchyla od 0·2—0·1	przypadki zapalenia nerek przewlekłego
Fr. P. l. 20 l. dz. 264	Nephritis subacuta albumen 3·5‰	brak	+	+	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·3 dos. minim. akt. 0·00006	TR odchyla od 0·5—0·3	
J. Th. l. 40 l. dz. 149	Chorea minor in ind. c. nephritide chron. et insuff. mitral. albumen 2·5‰	brak	+	—	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·1 dos. minim. akt. 0·00002	?	
W. Kr. l. 52 l. dz. 316	Nephritis chronica albumen 4‰	brak	+	—	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·1 dos. minim. akt. 0·00002	TR odchyla ostatnią ilość 0·1	

TABLICA III. (ciąg dalszy).

Imię, nazwisko, wiek, l. dz. klin.	Rozpoznanie kliniczne	Objawy kliniczne gruźlicy przypadkowe	Odczyny		Odczyn Calmettea; obecność lecytyny lub brak (ilość)	Odchylenie lecytyny przez TR	Uwagi
			skórny	spojówkowy			
T. Str. l. 51 l. dz. 279	Morb. Banti in ind. c. insuff. valv. aortae et albuminuria Hydrops univers. min. grad. alb. 0 5‰	brak	—	—	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·1 dos. min. akt. 0·00002	TR odchyla ostatnią ilość 0·1	WNB + + przypadki zapalenia nerek przewlekłego
A. S. l. 44 l. dz. 326	Nephritis chron. s. s. hypertrophia cordis albumen 0·05‰	brak	—	—	odczyn ujemny lecytyny brak		
I. I. l. 22 l. dz. 415	Nephritis parenchymatosa subacuta albumen 15‰	brak	—	—	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·01 dos. minim. akt. 0·000002	TR nie odchyla	
J. P. l. 50 l. dz. 169	Leucaemia lymphatica	brak	+	—	odczyn ujemny lecytyny brak		Za drugim pobytem w klinice albumen. 1‰
T. B. l. 65 l. dz. 181	Leucaemia lymphatica	brak	+	—	odczyn ujemny lecytyny brak		
J. W. l. 30 l. dz. 267	Lymphosarcoma colli	brak	—	—	odczyn ujemny lecytyny brak		
J. L. l. 23 l. dz. 152	Diabetes mellitus 6% cukru	Zmiany opukowe w szczytach płuc	+	+	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·025 dos. minim. akt. 0·000005	TR odchyla od 0·05—0·025	
J. D. l. 44 l. dz. 289	Acromegalia	brak	+	+	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0.1 dos. minim. akt. 0.00002	TR nie odchyla	
L. K. l. 46 l. dz. 301	Helmintiasis (Taenia solium)	brak	+	—	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·1 dos. minim. akt. 0·00002	TR nie odchyla	
Wł. D. l. 54 l. dz. 297	Ischias	brak	+	+	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·01 dos. minim. akt. 0·000002	TR odchyla od 0·1—0·01	
M. Tw. l. 23 l. dz. 311	Arthritis gonorrhoica	Condensatio apicum	+	nie robiono	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·3 dos. minim. akt. 0·00006	TR odchyla od 0·5—0·3	
Br. K. l. 47 l. dz. 190	Anaemia gravis	brak	+	—	odczyn ujemny lecytyny brak		
J. Cz. l. 61 l. dz. 170	Carcinoma ventriculi c. metastas.	brak	+	+	odczyn ujemny lecytyny brak		

TABLICA III. (dokończenie).

Imię, nazwisko, wiek, l. dz. klin.	Rozpoznanie kliniczne	Objawy kliniczne gruźlicy przypadkowe	Odczyny		Odczyn Calmettea; obecność lecytyny lub brak (ilość)	Odchylenie lecytyny przez TR	Uwagi
			skórny	spojówkowy			
J. F. l. 36 l. dz. 290	Stenosis intestin. crassi	brak	+	—	odczyn ujemny lecytyny brak		
A. M. l. 39 l. dz. 230	Cystitis	brak	+	—	odczyn ujemny lecytyny brak		
T. C. l. 50 l. dz. 276	Neurasthenia	brak	+	—	odczyn ujemny lecytyny brak		
J. Ch. l. 35 l. dz. 321	Tumor cerebri	brak	+	—	odczyn ujemny lecytyny brak		
W. O. l. 53 l. dz. 346	Paralysis agitans	brak	+	+	odczyn ujemny lecytyny brak		
Z. Kw. l. 55 l. dz. 377	Hysteria	brak	+	—	odczyn ujemny lecytyny brak		
K. K. l. 46 l. dz. 340	Lipomata multiplicia disseminata	brak	+	—	odczyn ujemny lecytyny brak		
W. B. l. 54 l. dz. 382	Hemiplegia in ind. c. arteriosclerosi universali	brak	+	—	odczyn ujemny lecytyny brak		
K. K. l. 45 l. dz. 368	Sclerosis disseminata	brak	+	—	odczyn ujemny lecytyny brak		

Doświadczenia te nasuwają przypuszczenie, że w ustroju żywym zachodzić muszą różne wahania tak w fizycznych, jakoteż i chemicznych własnościach tkanek, które wpływają na całą przemianę materyi lecytynowej, tak ważnej dla spraw życiowych ustroju. Możliwem też jest, jak przypuszcza Kyes i Sachs, że białka, z któremi lecytyna jest związana, już w ciepłocie niższej, niż ciepłota krzepnięcia, zostają rozszczepione; znając zaś ścisłą zależność lecytyny i białka, można wnosić, iż, gdy zmieni się tak istotnie białko, jak to w wysokim stopniu zachodzi w sprawach chorobowych przebiegających z gorączką, zmienić się też musi i cała przemiana lecytynowa. Stąd też nie będzie może wydawać się nieprawdopodobnem przypuszczenie, iż pojawienie się lecytyny w surowicy krwi w chorobach gorączkowych, a zwłaszcza zakaźnych, w których i z działaniem bakteryi trzeba się liczyć, odnieść należy do tego, iż ciepłota podwyższona w przebiegu tych chorób — owa »Denaturierungstemperatur« Kyesa i Sachsa — jest przyczyną, która rozrywa związek lecytyny z białkiem ustroju i ułatwia pojawienie się jej w surowicy krwi. Stwierdzenie, obecności lecytyny u chorych na choroby zakaźne zdaje się stawać w sprzeczności z wynikami badań Calmettea, który wykazał, iż u ludzi, oraz zwierząt gruźliczych lecytyna występuje w surowicy w przypadkach bez gorączki, każde zaś podwyższenie ciepłoty ma wywoływać znikanie lecytyny; tymczasem w chorobach zakaźnych u ludzi gorączkujących wysoko (do 40^0 i wyżej niekiedy) napotyka się ją stale. Widocznie wpływ gorączki odbija się na lecytynie raczej w sposób wyżej podany, ułatwia raczej rozszczepienie lecytyny, związanej z białkiem, niż jej silniejsze połączenie.

Fakt, że w surowicy chorej na tężec lecytyny nie znaleziono, znając biologię zarazka tężcowego, łatwo wytłomaczyć; w sprawie tej jednakże, która w dalszym ciągu jest przedmiotem badań, ostatecznego zdania wypowiadać jeszcze nie można.

Nasuwa się jeszcze jedna możliwość, zresztą mało prawdopodobna, t. j., czy lecytyna, pojawiająca się w surowicach chorych zakaźnych, a tem samem i gruźliczych, nie jest pochodzenia bakteryjnego, t. zn., czy nie jest produktem życia, czy rozpadu bakteryi zakażających ustrój w danej chorobie. Sprawa ta nie jest wyjaśniona; śmiem jednakże wątpić, czy ta możliwość zachodzi, tembardziej, iż sprawa odchylenia lecytyny, która, jak się zdawało, da nam pewne wyjaśnienie, o czem będzie jeszcze mowa, zawodzi nas w tym względzie.

Ciekawem byłoby jeszcze zbadanie, czy lecytyna, pojawiająca się w toku spraw zakaźnych, stale się utrzymuje, czy tylko jest przejściową, t. j. czy znika po przebyciu choroby.

(Dokończenie nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Pedyatrya.

M. Biehlerowa. **Plamki Koplika.** (Med. i Kron. lek., oraz Arch. de méd. des enf. XIV. 15. 1911). W 946 przypadkach odry tylko 3 razy nie wystąpiły plamki Koplika; poza odrą nie widziała ich autorka nigdy. Co do czasu pojawiania się plamek przed wysypką, to w 864 przypadkach wystąpiły 1 dzień przed wysypką; w 42—2 dni przed wysypką; w 18 — 3 dni; w 12—4 dni; w 4 — 5 dni; w 2—6 dni i 1 raz 10 dni przed ukazaniem się wysypki. Autorka sądzi, że przy systematycznem badaniu w kierunku plamek uda się ograniczyć zakażenia odrą.
Bujak.

H. Nothmann. **W sprawie gorączki solnej u osesków.** (Zeitschr. f. Kinderheilk. I. 1., 1910). Odczyn solny po podaniu 100 gr 3% NaCl przez usta (gorączka, zaburzenia trawienia, względnie objawy tężyczki) występuje najczęściej u osesków w pierwszym kwartale życia, jednakże spotyka się go wprawdzie rzadziej, nawet u dzieci liczących ponad rok życia. Czynnikami usposobiającymi do odczynu są wiek, zaburzenia trawienia pokarmowego i osłabiony układ nerwowy, przyczem jednakże wchodzą jeszcze w grę nie dające się bliżej określić, właściwości osobnicze. Odczyn nie występuje stale u tego samego dziecka, lecz zależy od chwilowego stanu ustroju. Zamiast wzniesienia ciepłoty, spostrzegał N. obniżenie w 7·5% badanych przypadków.
Bujak.

G. Schreiber. **Półpasiec u ozdrowieńca po gruźliczem surowiczem zapaleniu opłucnej.** (Archives de méd. des enfants XIV., 40. 1911). Półpasiec występuje najczęściej u osobników gruźliczych, lub przynajmniej usposobionych do gruźlicy. Autor opisuje przypadek u 14-letniej dziewczyny, która w 6 miesięcy po wystąpieniu surowiczego wysięku opłucnej zapadła na półpasiec klatki piersiowej po stronie chorej. Powstanie tej zmiany tłómaczy S. wpływami trofoneurotycznymi i zwraca uwagę, aby w każdym przypadku półpaśca u dziecka śledzić za rozpoczynającemi się zmianami gruźliczemi
Bujak.

Ostrowski. **Anaemia splenica infantum.** (Jahrbuch für Kinderheilk. T. 73, 1911). Na podstawie 10 własnych spostrzeżeń i zestawienia piśmiennictwa autor uważa nazwę anaemia pseudoleukaemica infantum za nieodpowiednią i dającą się zastąpić nazwą kliniczną A. splenica. Przyczyną choroby w przeważnej liczbie przypadków jest nieżyt przewodu pokarmowego i upośledzone odżywienie, a przyczyniają się też do jej powstawania: krzywica, gruźlica i kiła. Charakterystycznym w obrazie anatomicznym jest zanik mieszków Malpighiego, pomnożenie tkanki łącznej i ciałka eozynochłonne i erytroblasty w miąższu śledziony.
Dr J. Ld.

Comby. **Niedomoga nadnerczynowa w chorobach zakaźnych.** (Arch. de méd. des enf. XIV. 46., 1911). W ostrych chorobach zakaźnych wieku dziecięcego mogą występować nagle ciężkie objawy, zależne od niedomogi nadnerczynowej, w postaci: zapadu, wymiotów, bolów brzucha, obniżenia ciśnienia krwi, oziębienia kończyn, biegunek. W przypadkach takich stwierdza się na sekcyi zmiany w nadnerczach, najczęściej krwotoki. Leczniczo i zapobiegawczo należy w złośliwych przypadkach ostrych chorób zakaźnych stosować 0,5—2 mg adrenaliny przez usta.
Bujak.

Döblin. **Leczenie osesków salwarsanem.** (Berliner klin. Wochenschr. Nr 12, 1911). D. leczył 6 przypadków kiły dziedzicznej wstrzykiwaniem salwarsanu podskórnem lub wśródmiąższowem w dawkach 0,025—0,03—0,06 g. Z sześciorga czworo zmarło. Korzystnem było działanie na objawy skórne, podczas gdy obrzmienie gruczołów i rhinitis żadnej nie ulegały zmianie. U jednego dobrze rozwiniętego oseska dawka 0,03 g. spowodowała śmiertelne zatrucie. U dwóch pozostałych przy życiu oseskach po dwóch miesiącach pojawił się nawrót choroby. Autor zaleca wykluczenie słabowitych osesków od leczenia salwarsanem; do 3. miesiąca życia nie należy przekraczać dawki 0,01 do 0,02 g.
Dr J. Ld.

R. Neurath. **O znaczeniu soli wapniowych dla ustroju dziecka w stosunkach fizyologicznych i chorobowych.** (Zeitschr. f. Kinderheilk. I. 1., 1910). Autor omawiał zawartość wapnia w krwi dzieci sposobem Wrighta, przyczem doszedł do wniosków następujących: U młodszych osesków ilość wapnia jest wyższa, niż u starszych, przyczem znowu jest wyższa u dzieci karmionych piersią, niż u osesków żywionych sztucznie; sztuczne wzbogacanie pożywienia w wapno wywołuje niekiedy chwilowe zwiększenie wapnia we krwi, częściej jednakże zmniejszenie. U dzieci, dotkniętych tężyczką, spotyka się zubożenie krwi w połączenia wapniowe. Ten sam objaw daje się zauważyć u zwierząt, pozbawionych gruczołów przytarczyczych, stąd przypuszczenie, że ciałka te mają znaczenie jako narząd odtwarzający (Escherich) i regulujący przemianę wapna w ustroju.
Bujak.

M. Karasawa i B. Schick. **Ilościowe oznaczanie sposobem śródskórnym przebiegu chłonienia surowicy przeciwbłoniczej, wprowadzonej podskórnie.** (Zeitschr. f. Kinderheilk. I. 1. 1910). Surowica przeciwbłonicza ulega powoli chłonieniu tak, że w kilka godzin po podskórnem wstrzyknięciu zaledwie ślad jej można w surowicy krwi wykazać. Najwyższa zawartość ciał ochronnych w surowicy chorego przypada na 3. i 4. dobę po wstrzyknięciu, poczem stopniowo zmniejsza się i ginie około 30. dnia po wstrzyknięciu. Przy wstrzykiwaniu tej samej ilości surowicy dzieciom równej wagi ilość ciał ochronnych w ich surowicy może być różna. Jeśli zależy na szybkiem dostarczeniu ustrojowi większych ilości ciał ochronnych w krótkim czasie, należy surowicę stosować śródmięśniowo lub śródżylnie (bez fenolu!), unikając objawów anafilaksyi sposobem Besredki, t. j. przez wstrzyknięcie podskórne 1 cm³ surowicy, poprzedzające 1—1½ godz. wstrzyknięcie śródżylne lub śródmięśniowe.
Bujak.

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Becker. **O dostawaniu się powietrza do układu żylnego.** (Zeitschrift f. Medizinalbeamte 1911, Nr 5). Między chirurgami, lekarzami sądowymi i patologami niema dotąd zgody ani co do warunków, wśród których powietrze może się dostać do układu żylnego, ani co do przyczyny śmierci w tych przypadkach. Także i w przypadku, przez autora opisanym, nie da się w sposób zadawalniający wyjaśnić przyczyna śmierci. 33-letnią kobietę, znaleziono z raną na szyi, leżącą w łazience szpitalnej w kałuży krwi. Przy sekcyi stwierdzono przecięte do połowy oba mięśnie mostkowo-sutkowo-obojczykowe, mięśnie leżące między mostkiem a krtanią, wreszcie tchawicę aż do jej tylnej ściany. W tchawicy tylko bardzo mała ilość skrzepów krwi. Nerw błędny i przeponowy były nienaruszone. Po stronie lewej tętnica i żyła tarczowa górna (art. et vena thyreoidea sup.) przecięte, po stronie prawej tętnica nieuszkodzona, w żyle otwór wielkości ziarna soczewicy. Tętnice szyjne i żyły szyjne wewnętrzne nie były uszkodzone. Przez ściany obu żył przeświecały liczne pęcherzyki powietrza. W prawym przedsionku i komórce serca bańki powietrza, dochodzące do wielkości orzecha, w lewym przedsionku kilka mniejszych pęcherzyków powietrza. Zresztą brak jakichkolwiek zmian chorobowych. Zawartość krwi w poszczególnych narządach była wprawdzie mniejsza od prawidłowej, lecz nie taka, jaką się spotyka w przypadkach śmierci z krwotoku. Śmierć zatem wobec braku innych przyczyn śmierci należało uznać w tym przypadku za wywołaną zatorem powietrznym, napewno stwierdzonym. Jednak doświadczenie poucza, że wprawdzie jednorazowe

dostanie się wielkiej ilości powietrza do żył, łączy się z wielkiem niebezpieczeństwem dla życia, że jednak dostawanie się powietrza do żył w małych ilościach bywa względnie dobrze znoszone, ponieważ powietrze w tym przypadku ma czas potrzebny do dokładnego zmieszania się z krwią i przejścia bez przeszkody przez prawe serce. Ale rzeczywiście trudno jest objaśnić możność dostania się nagle wielkiej ilości powietrza do żyły tarczowej (V. thyreoidea) z powodu małego jej kalibru. To dałoby się wytłómaczyć wówczas, jeżeliby się przyjęło szybkość aspiracyi powietrza jako ważny czynnik, bo wówczas zachodziłoby tylko jeszcze pytanie: wśród jakich okoliczności tak mała żyła, jak tarczowa górna nie zapada się. Odpowiedź na to pytanie brzmi: Utrata krwi utrzymuje otwór w żyle otwartym. Z powodu obniżenia się tętniczego ciśnienia krwi w następstwie utraty znaczniejszej ilości krwi, z powodu trwale działającej aspiracyi klatki piersiowej i prawego serca na krew żylną obniża się także ciśnienie żylne, przyczem z niskiego dodatniego może się zamienić w ujemne. Może więc potem wśród odpowiednich warunków z całkiem małej żyły nastąpić zator powietrzny. J. Olbrycht.

Roloff. **Śmiertelne zranienie z powodu masturbacyi przez odbytnicę.** (Münch. med. Wochenschrift 1911, Nr 1). 50-letni mężczyzna, pobierający całkowitą rentę z powodu urazowej nerwicy serca, wsunął sobie — jak to sam zeznał — w celach masturbacyi kawałek drzewa do kiszki stolcowej, którego jednak po wyśliźnięciu się z ręki nie mógł wydobyć. Przywołany lekarz, badając przez odbytnicę, nie mógł nic wyczuć; z powodu wystąpienia objawów otrzewnowych wykonano następnego dnia laparatomię, przy której znaleziono w jamie brzusznej wolno leżący kawałek drzewa, 20 cm długi. Na przedniej ścianie kiszki stolcowej na przejściu w pętlę esowatą znajdowało się owalne kilka centymetrów długie przedziurawienie. Śmierć następnego dnia z następstw zapalenia otrzewnej.

J. Olbrycht.

Rieger. **Zamach samobójczy zapomocą bromuralu.** (Münch. med. Wochenschr. 1911, Nr 5). Braku trujących własności bromuralu dowodzi przypadek, w którym 54-letnia kobieta, cierpiąca na nerwową bezsenność, zażyła w zamiarze samobójczym 12 tabletek bromuralu. Przez dziewięć godzin spała snem twardym, ale nie narkotycznym, tak, że można ją było obudzić do spożywania pokarmu przez samo wołanie. Po 9 godzinach obudziła się, nie skarżąc się na żadne dolegliwości i nie okazywała żadnych objawów zatrucia. J. Olbrycht.

Maier. **Przypadek zatrucia paraldehydem.** (Berliner klin. Wochenschrift 1911, Nr 4). Dwudziestoletni słabowity robotnik fabryczny, który z powodu silnego zapalenia migdałków leżał w szpitalu, otrzymał rano od siostry szpitalnej przez pomyłkę zamiast przepisanego mu leku łyżkę stołową paraldehydu (t. j. 10 do 12 gramów), a więc przynajmniej podwójną dawkę maksymalną. Pomyłkę spostrzeżono dopiero po upływie godziny, gdy chory rano spał snem nadzwyczaj twardym. Natychmiastowe obfite przepłukiwanie żołądka usunęło śpiączkę. Woda użyta do przepłukiwania, miała wybitny charakterystyczny zapach paraldehydu jako dowód, że tylko mała ilość środka została wessana; w przeciwnym razie mogły być skutki o wiele poważniejsze. J. Olbrycht.

Prof. Schultze i Stursberg. **Ropień móżdżku nieuznany za następstwo wypadku.** (Medizin. Klinik 1911, Nr 6). Robotnik K. uległ w d. 11. lutego 1902 wypadkowi, a mianowicie odpryskujące bryły węgla, uderzając go w głowę, spowodowały ranę nad górnym zewnętrznym brzegiem oczodołu lewego, $2^1/_1$ cm długą, drążącą aż do kości i drugą, mniejszą, nieco niżej. W dniu 26. czerwca 1902 rany były zagojone, pod większą z nich kość »wyraźnie zgrubiała i bolesna za uciskiem«. Jeszcze przed wypadkiem był K. leczony z powodu przewlekłego ropienia ucha środkowego lewego, a wielokrotne badania w ciągu lat wykazywały zawsze ten sam obraz: mały otwór w błonie bębenkowej, z którego sączyło się nieco cuchnącej ropy. We wrześniu 1907 operacya z powodu zapalenia ucha środkowego, połączonego z bardzo silnymi bólami; 12. września 1907 śmierć. Sekcya wykazała wielki ropień w lewej półkuli móżdżku Przeciwko temu, jakoby wypadek stał w związku z ropniem, przemawiało wielkie oddalenie od miejsca zadziałania urazu i długi okres czasu, jaki upłynął od wypadku. Nadto najczęstszą przyczynę ropni móżdżka stanowią zapalenia ucha środkowego, nawet z małem przedziurawieniem. Z wszelkiem prawdopodobieństwem można było w danym przypadku wyłączyć możliwość związku przyczynowego między urazem, a zejściem śmiertelnem.

J. Olbrycht.

Patry. **Kilka spostrzeżeń nad postrzałem (lumbago) ze stanowiska ubezpieczenia od wypadków.** (Kor. f. Schw. Aerzte 1911, Nr 22). Urazowe postrzały występują nieraz, ale w porównaniu z częstością postrzałów gośćcowych rzadko znamionuje je nagłe powstanie, zwłaszcza po dźwiganiu bardzo dużego ciężaru, sprawa ściśle jednostronna, a przy badaniu miejscowem ograniczona i nie zmieniająca siedliska z czasem. Także brak skuteczności salicylu przemawia przeciw sprawie gośćcowej. — Są jednak przypadki, gdzie sprawy etyologicznie odróżnić nie można. A.

Graessner. **O dyagnostyce roentgenowskiej i orzekaniu przy badaniu uszkodzonych.** (Pos lek. Kolonia, 28. V. 1911). Na mocy dużego materyału przychodzi G. do przekonania, że obecnie promienie Roentgena stały się już niezbędnym czynnikiem rozpoznawczym przy ocenie uszkodzeń. Zwłaszcza odnosi się to do złamań trudno dających się wykryć, n. p. kręgosłupa. Dawniej często podobnych uszkodzonych uważano za udających, a dopiero Roentgen wyjaśnił sprawę, wykazując nieraz złamania tam, gdzie o nich nawet nie myślano, n. p. po małych urazach, działaniach mięśni samych przy nagłym ruchu i t. p. Także Roentgen objaśnia nam nieraz przyczynę sztywności kręgosłupa właśnie jako następstwo nierzadkich uszkodzeń i złamań.

Nie należy też zaniedbywać tego cennego sposobu badania, trzeba jednak do tego znać i odpowiednią technikę badania i odczytywania roentgenogramów. A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie z dnia 30. VI. 1911 r.

1) Kol. Pomorski przedstawił przypadek **gruźlicy stawu nadgarstkowego** u młodego człowieka, która roz-

winęła się po kopnięciu przez konia. Roentgenoskopia nie wykazała zrazu zmiany. Wykonano resekcyę, przy której usunięto kawałki kości łokciowej i promieniowej, a także os hamatum i capitatum. Po trzech tygodniach ruchomość ręki powróciła. Przypadek jest o tyle ciekawy, że wobec doznanego urazu trzeba rozstrzygnąć, czy choremu należy się odszkodowanie. W 40–60% spraw gruźliczych uraz przyczynił się do pogorszenia.

W dyskusyi zaznacza kol. Łazarewicz, że odszkodowanie powinno być udzielone, ponieważ zachodzi możliwość, że uraz stworzył miejsce mniejszej odporności, gdzie usadowiły się potem zarazki. Towarzystwa ubezpieczeń w przypadkach przepuklin i wypadnięcia macicy nie uznają wpływu urazu. — Kol. Nowakowski: Gruźlica w obrazie Roentgenowskim nie zawsze się uwydatnia, mianowicie u młodych. Porównanie obu rąk na fotografii pozwoliłoby może rozpoznać pewne różnice. N. sądzi, że gruźlica utajona już istniała w tym przypadku w stawie przed wypadkiem. — Kol. Pomorski: Z każdego utajonego ogniska może powstać zakażenie. Ponieważ w formularzach ubezpieczeń jest zapytanie, o ile sprawa ma związek z dawniejszemi, nie można tu pominąć poprzedniego niedomagania. — Kol. Schultz: Jeśli mimo gruźlicy była przed urazem zdolność do pracy, a po urazie nie, to chory musi dostać rentę. — Kol. Szulczewski wspomina o chorym, u którego po nadużyciu fechtunku rozwinęła się gruźlica w stawie, jakoteż o chorym ze szczytami zajętymi, który zachorował na gruźlicę kolana wskutek wytężającej jazdy na kole; są to przykłady utworzenia się miejsca mniejszej odporności. — Kol. Jarnatowski: Analogicznie powstaje miąższowe zapalenie rogówki pod wpływem urazu.

2) Kol. Łazarewicz zawiadamia, że na jubileusz Prof. Nussbauma wysłał depeszę od Wydziału i odczytuje zaproszenie na 50-letni jubileusz »Przeglądu lekarskiego« na 17. lipca b. r.

3) Kol. Karwowski wygłasza referat o: **roentgenoterapii w ginekologii.**

W r. 1903 Albers-Schönberg zrobił doniosłe odkrycie, że promienie Roentgena wpływają ujemnie na płodność królików i świnek morskich, nie zmniejszając popędu płciowego. Systematyczne badanie drobnowidowe, które wykonali Frieben, później Seldin, Scholtz, Buschke i Schmidt, Krause i Ziegler, Hoffmann, Villemin, Regaud i Blanc itd. wykazały, że w pierwszej linii cierpią komórki plemnikowe, atoli komórki Sertoliego, żywe plemniki, tkanka łączna i naczynia nie. Philipp stwierdził zmniejszenie płodności u dwóch mężczyzn, Brown i Osgood zauważyli to samo u osób zajmujących się promieniami Roentgena.

Zmiany w jądrach męzkich naprowadziły na zbadanie wpływu promieni także na jajniki. Pierwszy Halberstaedter w r. 1905 stwierdził ogromny ubytek pęcherzyków jajkowych, często zupełny ich zanik, wyniki jego potwierdzili Bergonié i Tribondeau, Specht, Okinczyc, Sarecki, Angel i Bouin i inni. Najdokładniej zbadał stan rzeczy Reifferscheid u zwierząt i u ludzi. Gdy u zwierząt stwierdzono wpływ bardzo znaczny także na ciążę, to u kobiet tylko Fraenkel (1907) i Gauss zdołali wywołać poronienie, natomiast nie udało się to Krausemu, Schmidtowi, Pinardowi, Friedrichowi i Reifferscheidowi. Żadnych zmian w jajnikach psów nie znalazł tylko Roulier.

Badania powyższe dały podstawę do zastosowania promieni w ginekologii. Pierwszy Deutsch w r. 1904 stwierdził wybitny wpływ na mięśniaki macicy, które się znacznie zmniejszały. Równocześnie we Francyi Foveau de Courmelles ogłosił podobne wyniki i później na większym szeregu przypadków przekonał się o zbawiennem działaniu promieni. Później Laquerrière na 30 przypadkach wykazał, że wyniki są tem lepsze, im późniejszy wiek chorej. Także Görl nawet w przypadkach powikłanych sprawami nerkowemi i sercowemi miał dobre wyniki. Mimo jednak tak oczywistych korzyści promieni ginekolodzy w Niemczech aż do Zjazdu w r. 1909 okazywali zupełną obojętność. Dopiero, gdy na tym Zjeździe M. Fraenkel referował o 80 przypadkach, a Albers-Schönberg przedstawił wydoskonaloną technikę i ścisłe wskazania, zwrócono ogólną uwagę na nową metodę. Od tego też czasu mnożą się prace na ten temat. Schindler opisuje 15 przypadków, z których 10 wyleczył, Mathaei z 11 przypadków mięśniaków wyleczył 6, Faber widział wielką poprawę stanu ogólnego, Gauss i Krönig we Fryburgu uzyskali (na podstawie 63 przypadków) w 60% ustanie miesiączkowania, w 30% osłabienie krwotoków, 10% pozostało bez skutku. Abel i Mathaei przestrzegają przed stosowaniem promieni, gdy przydatki są zmienione, Foveau radzi naświetlanie właśnie wtedy, gdy zachodziły poprzednio kilkakrotne zapalenia otrzewnej. Haenisch 8 przypadków wyleczył w 4—13 miesięcy, podobnie Wichmann. Bardachzi nawet u bardzo osłabionych radzi stosować promienie, Bordier mianowicie u starszych kobiet. Prócz tego Bergonié i Spéder, Imbert, Kocher, Eskluse i Marquès i inni opisują dobre wyniki.

Na jedno trzeba zwrócić uwagę. Albers-Schönberg widział zwiększenie się krwotoków u kobiet bardzo wycieńczonych, a w dwóch przypadkach przez to zejście śmiertelne. Tłomaczy się to jednak tem, że dawka była za mała, doszła dopiero do wysokości t. zw. »Reizdose«, która właśnie wywołuje większe krwawienie. W ostatniej pracy podaje Reifferscheid takie wskazania: 1) krwotoki przekwitowe i bolesność, o ile nie wywołane przez nowotwory złośliwe; 2) przewlekłe zapalenie macicy, gdzie nieraz tylko wyjęcie byłoby wskazane; 3) u młodszych kobiet przy zbyt silnem miesiączkowaniu; 4) mięśniaki.

Referent podaje wreszcie technikę, wydoskonaloną przez Schönberga i Fraenkla, a umożliwiającą stosowanie wielkich dawek wewnątrz bez podrażnienia skóry.

W dyskusyi zaznacza kol. Pomorski, że na Zjeździe ginekologów nie był zachwycony nową metodą. Wyniki jednak, zestawione przez kol. Karwowskiego, zachęcają go do zajęcia się tą sprawą. — Kol. Jezierski podaje jako dobrą ochronę skóry posmarowanie smalcem lub wazeliną. — Kol. Łazarewicz wątpi, czy roentgenizacya wyruguje operacye mięśniaków. Przyznaje jednak, że może działać przy upławach. Zapalenia błony śluzowej macicy są tylko współrzędne, zależą od jajników i tu ogólne leczenie jest wskazane. Wartość może mieć roentgenizacya w przypadkach bardzo wielkich włókniaków, gdzie operacya utrudniona. — W końcu kol. Karwowski odpowiada, że roentgenizacya niema wyrugować operacyi, ale w przypadkach, gdzie operacya jest z innych względów przeciwwskazana, może oddać nadzwyczajne usługi.

Adam Karwowski.

Wiadomości bieżące.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 17. IX. do 23. IX. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 7 † 3 (w tem obcych 1 † —), krztuśca 4, płonicy 18 † 3 (2 † 1), odry 7 † 1, duru brzusznego 9 † 2 (4 † 1), czerwonki 3 † 2 (2 † 1), gorączki połogowej 1 † 1, róży 1, tężca 1 † 1 (1 † 1), jaglicy 5.
Dr Janiszewski.

Z różnych stron. Chorobę lotników opisują typowo Cruchet i Moulimer z okazyi specyalnej ankiety z lotnikami i badania uczestników mityngu w Bordeaux. Przy wznoszeniu się w górę występuje mniej więcej przy 1500 m. wysokości krótkość oddechu, przyspieszenie akcyi serca, przytłumienie słuchu i szum w uszach. Przy wyższych wznoszeniach się występuje ból w skroniach (u nowicyuszów wcześniej) i silne parcie na mocz. Przy opadaniu przypady są (wskutek wielkiej szybkości) jeszcze gorsze, bo zjawia się bicie serca, uczucie duszności, parcie coraz silniejsze na mocz, ból głowy, zaczerwienienie i nastrzykanie spojówek, a co najgorsze senność, która nieraz była już powodem katastrof wskutek uśnięcia. Po wylądowaniu głównie występuje na plan pierwszy szum w uszach, zawroty, sinica palców, podniesienie parcia krwi i potrzeba snu. Nieraz też muszą lotnicy spać potem dość długo. (Pres. méd. 1911. Nr 50). A.

— W Ameryce lekarze celem podniesienia zdrowotności i walki z chorobami zakaźnemi odbywają po miastach odpowiednie odczyty, a w Nowym Yorku wydano w tym celu broszurkę popularną we wszystkich językach i rozrzucono między wychodźców. X.

Mianowani: Prof. nadzw. Dr Kugera zwyczajnym profesorem higieny we Lwowie; minister wyznań i oświaty zatwierdził Doc. Dr Janowi Mazurkiewiczowi przeniesienie *veniam legendi* ze Lwowa do Krakowa; Doc. Dr H. Haberer von Kremshohenstein z Wiednia zwyczajnym profesorem chirurgii w Insbruku.

Zmarli: Dr Jan Kanty Nowicki w 81 roku życia w Warszawie; Dr Henryk Robowski w Czerniejewie (Poznańskie); Dr Rodzajewski został 16. września b. r. zamordowany w ambulatoryum przy fabryce putiłowskiej w Petersburgu; Prof. Juliusz Michel, dyrektor kliniki okulistycznej w Berlinie zmarł nagle 29. września na udar sercowy.

Redakcya otrzymała: Prof. Bednarski: »Les causes ed cécité chez les enfants. (Archives d'Ophtalmologie 1911 Nr 6. — Dr E. Ehrenpreis: Nieco o zaburzeniach ze strony narządu moczowego w połogu. (Odb. z Nowin lekarskich, 1911, Nr 7). — Dr H. Goldberg: 300 przypadków znieczulenia rdzeniowego zapomocą tropakokainy. (Odb. z Przeglądu chirurgicznego i ginekologicznego. Warszawa 1911). — Marie Hübner: a) Mütterheime. (Schriften des Deutschen Bundes f. Mutterschutz. Wrocław 1911). b) Jahresbericht der schlesischen Gruppe des Deutschen Bundes für Mutterschutz zu Breslau für das Jahr 1910. — X. Sprawozdanie Zarządu Stowarzyszenia »Schronienie Nauczycielek i Nauczycieli w Zakopanem za rok administracyjny 1909/10 i 1910/11. — Dr K. Helbich: Zusatz- u. Abänderungs-anträge zur Sozialversicherung. (»Ústřední Jednota českých Lékařů«. Praga).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr K. W. Majewski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 11. października 1911 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Demonstracye. 2) Prof. Cybulski: Bioelektryczne zjawiska i ich znaczenie. 3) Prof. Krzyształowicz i Dr Weber: O wlewaniach śródżylnych salwarsanu.

Rok L. Kraków, dnia 14. października 1911. Nr 41.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Uraz w stosunku do niektórych chorób wewnętrznych i chirurgicznych.

Podali

J. Luxenburg (Warszawa) i **L. Zembrzuski** (Warszawa).

(Wykład na I. Zjeździe lekarzy prowinc. Król. Pol. w Łodzi).

Wprowadzenie w życie postulatów polityki społecznej za pomocą ustaw o ubezpieczeniu powołało do współpracy w niej lekarzy, których udział, bardzo odpowiedzialny, szedł na początku w parze z nieodpowiednio małem przygotowaniem do nowej roli. Istotnie bowiem patologia dawniej bodaj najmniej zastanawiała się nad znaczeniem etyologicznem urazu. Dopiero prawo o ubezpieczeniu, mianowicie od nieszczęśliwych wypadków, oparte na ocenianiu skutków urazu, wysunęło znaczenie tego czynnika na plan pierwszy. Stąd zrodziła się potrzeba gorliwych badań, nowych poszukiwań i rewizyi dawnych wiadomości. Powstała nowa gałąź medycyny, której znajomość obowiązuje właściwie każdego lekarza, gdyż żaden nie może uniknąć obowiązku wydania zdania o związku choroby z wypadkiem i skutku tegoż.

Czynność ta w tym rozmiarze i z tą ścisłością, jaka konieczna jest w praktyce ubezpieczeniowej, jest czemś dawniej zupełnie nieznanem. W urzeczywistnieniu nowych praw rola lekarza ma znaczenie pierwszorzędne; bez lekarza byłoby urzeczywistnienie to niemożliwe. O ile jednak mamy prawo być dumni z tego, o tyle winniśmy być świadomi poważnych obowiązków, jakie na się bierzemy. Jak przy łóżku chorego czynimy rozpoznanie po dokładnem badaniu i zważeniu wszystkich objawów, oraz uwzględnieniu wywiadów, tak samo powinniśmy postąpić i przy rozpoznawaniu związku urazu z danym stanem patologicznym. Należy poznać warunki, w jakich uraz nastąpił, poznać bezpośrednie skutki tegoż i te, które rozwinęły się później, czyli dokładnie zbadać chorego tuż po wypadku, oraz w czasie późniejszym, wreszcie porównać z tem, co wiemy o nim przed wypadkiem. Dopiero na tej podstawie oparci możemy wyrobić sobie sąd o etyologii cierpienia. Łatwo zrozumieć, że pole działania ogarnia najróżniejsze specyalności lekarskie. Rosnąca z dnia na dzień literatura wnosi coraz więcej światła w tę nową dla nas dziedzinę.

Tutaj ze względu na ramy krótkiego referatu przedstawimy treściwie obecny stan interesującej nas sprawy w stosunku do tych tylko stanów patologicznych, z którymi najczęściej się spotykamy, a w których do pewnego stopnia zgodność poglądów ustaloną została.

Do rzędu pytań, stawianych nam nader często, a jednocześnie bardzo niełatwych do rozstrzygnięcia,[1] należy sprawa związku urazu z gruźlicą. W tym punkcie, stanąwszy na gruncie pojęć bakteryologicznych, powiemy odrazu, że uraz sam przez się nie zdoła sprowadzić zakażenia gruźliczego, może natomiast mieć wpływ sprzyjający zakażeniu, lub też wpływ na jego usadowienie się, wreszcie może sprzyjać pogorszeniu poprzednio już istniejącej sprawy gruźliczej.

Jeżeli weźmiemy najczęściej spostrzegane przypadki gruźlicy — mianowicie — kości i stawów, to droga, po której postępuje zakażenie, wiedzie przez śluzówki przeważnie dróg oddechowych i pokarmowych; możliwa jest i droga przez powłoki ciała — ale przy uszkodzeniach naskórka bądź urazowych, bądź chorobowych (n. p. wyprysk).

Dziedziczność, usposobienie wrodzone ma tu wielkie znaczenie; również i nie wszystkie części ciała jednakowo często ulegają chorobie. Naogół jednak uraz ma znaczenie niewątpliwe w rozwoju i usadowieniu się gruźlicy, co potwierdzają statystyki dużych klinik. Czas między urazem, a pierwszymi dostrzegalnymi objawami waha się od tygodni do miesięcy. Częstość zachorowania zmniejsza się od stawu skokowego ku górze.

Rzecz szczególna, że mniejsze urazy częściej pozostawiają po sobie gruźlicę, aniżeli znaczne, jak złamania, zwichnienia. To samo zjawisko stwierdza się i doświadczalnie na zwierzętach. Z drugiej strony, pomimo braku danych doświadczalnych, musimy uraz uznać jako czynnik jedynie ujawniający ognisko gruźlicze, w ukryciu będące.

Inna rzecz, i przytem praktycznie trudniejsza, do rozstrzygnięcia, gdy pod wpływem urazu ożyje, że tak powiemy, ognisko dotychczas ukryte, zacznie się szybciej rozpadać, uogólniać i t. d. Rodzaj urazu, mechanizm, ciężkość, przebieg mogą przyczynić się do wyjaśnienia roli urazu. Związek w czasie bezpośredni przemawia na korzyść wpływu pogarszającego na już istniejącą chorobę.

W stosunku do płuc należy jednak pamiętać, że uszkodzenie ich może nastąpić przez przygniecenie, uderzenie przy braku zmian w częściach miękkich lub w kościach, a nawet przy braku krwioplucia natychmiast lub w kilka dni później. Dalej, miejsce uszkodzone płuc nie zawsze od-

powiada miejscu urazu klatki piersiowej; bliższa urazowi zdrowa tkanka płuca okaże się odporną, oddziała zaś pogorszeniem jakieś ognisko gruźlicze dalej leżące. Stwierdzenie urazu płuca, istnienia starych ognisk lub zaostrzenia starej sprawy — okoliczności bardzo ważnych dla wyjaśnienia istoty rzeczy — da się przeprowadzić jedynie za pomocą dokładnego badania całej klatki piersiowej natychmiast po urazie i wielokrotnie później. W ten sposób uniknie się rozpoznawania gruźlicy po zwykłem zawodowem nadwerężeniu, po którem nastąpiło krwioplucie: zdrowe płuco w tych razach nie krwawi.

Tak więc dla związania urazu z następczą gruźlicą płuc trzeba, aby uraz dotknął bezpośrednio klatki piersiowej, aby pierwsze objawy gruźlicy wystąpiły niezbyt późno, ani niezbyt wcześnie, gdyż w takim razie należałoby myśleć o pogorszeniu starej sprawy; czas ten waha się między kilku tygodniami i miesiącami; wreszcie — przy braku ciągłości objawów płucnych po urazie, po którym bezpośrednio było krwioplucie, należy uważać rok za ostateczny termin, poza którym urazu z gruźlicą przyczynowo związać nie można.

Urazowe pochodzenie chorób serca, oraz pogorszenie już istniejącej choroby nie ulega obecnie najmniejszej wątpliwości. Uraz może stanowić uderzenie wprost w okolicę serca, upadek z wysokości, nadmierny jednokrotny wysiłek, albo nawet i wstrząśnienie psychiczne. I tu, jak przy uszkodzeniach płuc, może brakować zewnętrznych znaków urazu na klatce piersiowej.

O ile ostre zapalenie wsierdzia raczej doświadczalnie, niż klinicznie po urazie spostrzegać się daje, o tyle powstanie wad zastawkowych po urazach zdaje się być zupełnie pewnem. Są to przypadki o przebiegu przewlekłym jako zejście początkowego ostrego rozwoju. Z biegiem czasu dopiero chory dowiaduje się o swojem cierpieniu, gdy wskutek jakiejś okoliczności wywołującej zacznie doznawać objawów niepokojących pod wpływem wysiłku, podniecenia psychicznego i t. p. Jednak orzeczenie co do związku z wypadkiem jest o tyle pewne, o ile stan serca był sprawdzony przed wypadkiem. Zwykle wiemy jedynie, że chory przedtem nie uskarżał się na serce i nie przebył chorób, wiodących do wady serca. Pamiętać przytem należy, że w ostrym okresie, poprzedzającym rozwój wady serca, może być brak najważniejszych objawów poczynającej się sprawy — mianowicie — wahań ciepłoty i szmerów w sercu. Te ostatnie mogą się ukazać dopiero po kilku miesiącach.

Nadmierny wysiłek, jako czynnik szkodliwie na serce działający, powszechnie jest znany. Wywołuje on ostre rozszerzenie serca, a dalszy przebieg bywa nader różny. U ludzi zdrowych serce po usunięciu przyczyny najczęściej wraca do poprzedniego stanu; natomiast serce, poprzednio zmienione, oddziaływa szeregiem objawów wyczerpania mięśniowego, których przedtem w warunkach prawidłowych nie ujawniało.

Sprawa przepuklin urazowych jest przedmiotem, żywo obchodzącym ogół lekarski, znajdując swój odgłos zarówno w piśmiennictwie, jak i na zjazdach naukowych. Aczkolwiek sprawy tej ostatecznie rozstrzygniętą nazwać nie można, jednakże stan jej obecny upoważnia, zdaje się, do wysnucia pewnych wniosków konkretnych:

1. Przepukliny urazowe, t. j. powstające nagle wskutek działania przyczyn zewnętrznych u osobników z prawidłowemi powłokami brzusznemi (t. j. normalnymi kanałami i otworami fizyologicznymi, oraz prawidłowo rozwiniętym układem mięśniowym ściany brzucha), należą do niezmiernych rzadkości: podług statystycznych danych — około 1 : 1000 wszystkich przepuklin.

2. Przepukliny ściśle urazowe powstają albo wskutek bezpośredniego urazu, albo też nadmiernego wysiłku fizycznego przy pracy, połączonego z wzmożonem w znacznym stopniu ciśnieniem brzusznem.

Uraz bezpośredni dotknąć może różnych miejsc ściany brzusznej, i wówczas, jeżeli jest on dość silny, powstaje właściwie t. zw. wypuklenie (protrusio) przy całości skóry, a pęknięcie lub rozerwanie głębiej położonych tkanek ściany brzusznej.

Przepukliny wskutek nadmiernego wysiłku fizycznego powstają w miejscach wogóle typowych dla przepuklin (pachwinowych, udowych, pępkowych i t. p.), lub też wypełniają nagle część górną niezupełnie zamkniętego wyrostka pochwowego (process. vaginalis) w przypadkach typu przepuklin pachwinowych wrodzonych.

3. Przy przepuklinach ściśle urazowych obu kategoryi możemy spostrzegać dość często zmiany miejscowe w postaci wybroczyn, podbiegnięć krwawych, co, jeśli występuje, stanowi bardzo ważny i cenny objaw. Powtóre nagłe rozciągnięcie lub rozerwanie tkanek, przepuszczających przepuklinę, sprawia nader silne bole oraz mdłości, wymioty, niekiedy zemdlenie, — co zależy też od nagłego wypuklenia i rozszerzenia otrzewnej, a co za tem idzie, jej podrażnienia. Z drugiej strony, nagle rozciągnięte prawidłowe tkanki, wchodzące w skład pierścienia i szyi przepukliny, niepodatne i mało rozciągliwe, wywołują uwięźnienie przepukliny, która, powstając w tych warunkach, jest bardzo mała, najwyżej wielkości orzecha włoskiego lub jaja kurzego. A zatem takie objawy, jak bole bardzo silne, uwięźnienie przepukliny, mdłości, bardzo niewielkie rozmiary przepukliny przy prawidłowych poza tem ścianach brzusznych, — przemawiają na korzyść przepukliny w samej rzeczy urazowej. Osobnik, dotknięty przepukliną, oczywiście zmuszony jest natychmiast przerwać swe zajęcie i bezzwłocznie uciec się do pomocy lekarskiej. Z tego powodu oględziny pierwotne, bezpośrednio po powstaniu przepukliny urazowej, posiadają nader ważne, wprost rozstrzygające znaczenie.

4. Wszystkie inne przepukliny, pozbawione objawów powyższych, tak często uznawane za przepukliny urazowego pochodzenia, — ściśle urazowemi nie są. Powstanie ich objaśniamy sobie w sposób następujący: u danego osobnika istnieje przepuklina w początkowym okresie rozwoju (Bruchkegel, pointe de hernie), o czem wielu chorych nie wie (podł. statystyki około 60% wszystkich, dotkniętych poczynającą się przepukliną). Wskutek wysiłku fizycznego, jak to najczęściej bywa, przepuklina powiększa się nagle, t. j. istniejący już worek wypełnia się większą ilością treści, niż to bywało dotychczas, na co pozwala rozciągliwość pierścienia i szyi przepukliny. Stąd pewne dolegliwości, lecz bez objawów wyżej przytoczonych, stąd jeden krok

niejako dalej w rozwoju tworzącej się przepukliny, lecz nie powstanie jej nagłe w całości ze wszystkiemi właściwemi jej częściami składowemi. W takich przepuklinach kanał znajdujemy rozszerzony, prosty, pierścień szeroki [1]), a co najważniejsze, brak objawów uwięźnięcia.

Jeżeli przytem znajdziemy u danego osobnika po stronie przeciwległej przepuklinę lub początkowy jej okres, lub liczne przepukliny brzuszne, wreszcie przepuklinę większą od jaja kurzego, to utwierdzać nas to może w przekonaniu, że dana przepuklina nie jest pochodzenia urazowego, lecz raczej należy ją odnieść do kategoryi stopniowo powstających t. zw. chorób zawodowych.

Chcąc choćby w najogólniejszym zarysie dotknąć stosunku urazu do nerwic, musimy sobie uprzytomnić, że obok ogromnych trudności, jakie napotyka czysto naukowe badanie sprawy tej, jest ona z drugiej strony praktycznie niezmiernej wagi, a ujemne skutki obecnego jej stanu pod względem naukowym, etycznym i ekonomicznym są wprost nieobliczalne.

Rzecz polega na tem, że pomimo ogromnej literatury, jaką przedmiot ten posiada, panują jeszcze bardzo niejasne pojęcia o patogenezie urazowego pochodzenia nerwic, o naturze obrazu chorobowego, o znaczeniu oddzielnych objawów i t. p. Trudności są tu tem większe i oczywistsze, że wchodzi w grę czynnik tak rozciągliwy, jak moment psychiczny.

Dwie kategorye urazów spostrzegamy jako czynniki etyologiczne nerwic, mianowicie — uraz psychiczny i uraz fizyczny. Samo się przez się rozumie, że w całym szeregu przypadków oba te rodzaje urazów wzajemnie się wikłają i że raczej częściej widzimy urazy o takim charakterze złożonym, aniżeli o czysto psychicznym, lub czysto fizycznym.

Uraz psychiczny — jako to przestrach, obawa, przerażenie, — może bezpośrednio wywołać nerwicę (Schreckneurose). Wogóle jednak należy zwrócić uwagę, że u człowieka zupełnie zdrowego, nie usposobionego, jedynie niezwykle mocny przestrach może wywołać histeryę. Uraz tego rodzaju zdarza się nawet wtedy, gdy niema nieszczęśliwego wypadku, a dochodzi jedynie do przestrachu przed zbliżającą się katastrofą. Podobne okoliczności, sprowadzające w następstwie histeryę, histeroepilepsyę i t. p., znane są jeszcze z czasów przed ustanowieniem prawa o ubezpieczeniu. Przytaczamy dla przykładu katastrofy kolejowe. Dowodzą one nietylko znaczenia samego urazu, ale i stopnia wpływu tegoż w zależności od jego siły, jego napięcia. Łatwo zrozumieć, że napięcie psychonerwowe służby pociągowej, oceniającej zbliżające się niebezpieczeństwo, jest o wiele większe, aniżeli wśród podróżnych, którzy dowiadują się w ostatniej chwili, co im grozi lub groziło po przejściu niebezpieczeństwa. To też wiadomo, że nerwice wśród służby ruchu o wiele są częstsze, aniżeli wśród podróżnych. Zresztą działają tu również i inne wpływy, o których jeszcze wspomnimy.

W działaniu urazu fizycznego występuje na pierwszy plan zmiana materyalna miejscowa. Jeżeli więc będziemy mieli do czynienia z urazem, przy którym mogły być uszkodzone ośrodki nerwowe, to następcze objawy mogą być tylko pozornie nerwicowemi, albowiem mogą zależeć od mnóstwa nader drobnych zmian materyalnych w ośrodkach, lub też wprost poprzedzać rozwijające się objawy cierpienia organicznego ośrodków. Mogą też w równym stopniu nabrać impulsu do szybszego rozwoju stany patologiczne, powiedzmy, w uśpieniu będące — jako to: stwardnienie tętnic, zmiany kiłowe, czy opilcze, czy też związane z nadmierną, wyczerpującą, długotrwałą pracą. Nie będą to jednak nerwice pourazowe »sensu stricto«, czyli zmiany czynnościowe o nieznanem nam podłożu anatomicznem, powstałe wskutek wstrząśnienia czysto psychicznego. I z tego punktu widzenia możemy twierdzić, że uszkodzenie ośrodków nerwowych bezpośrednio nerwicy nie wywołuje, oraz możemy zrozumieć, dlaczego między wielkością urazu i jego skutkami niema prostego stosunku, a jest najczęściej odwrotny: po drobnych uszkodzeniach poważne zaburzenia, po dużych — nieraz żadne.

Otóż uraz fizyczny działa na drodze pośredniej, jeżeli wywołuje nerwicę. Fakt, że po uszkodzeniach większych części ciała rozwijają się nieraz ciężkie postacie nerwicy, dowodzi, że bezpośrednie uszkodzenie układu nerwowego nie stanowi warunku koniecznego dla powstania nerwicy. Uszkodzenie większych części ciała, połączone z wielkim bólem, dłuższem leżeniem w łóżku, gorączką, utratą krwi i t. d. może w końcu dać nerwicę — jednak pod warunkiem, że uszkodzenie było o tyle znaczne, że można mu przypisać znaczenie przyczyny, ale — w takim razie — przyczyny pośredniej.

Niezaprzeczony jest jednak fakt, że i po uszkodzeniach nieznacznych tak co do siły urazu, jak i co do miejscowych zmian widocznych lub przypuszczalnych, rozwija się nerwica, nie ulegająca żadnej wątpliwości. I tu spostrzeganie większej liczby przypadków niechybnie doprowadza do wniosku, że istotną przyczyną nerwicy jest indywidualne usposobienie. Ono to nadaje charakter nerwicy, nakłada piętno na jej rozwój. Składają się na nie przyczyny natury ogólnej i osobniczej.

Wzmożona walka o byt, złe odżywianie, nadużycia tytoniu, alkoholu, przymiot — oto wpływy powszechnie znane. Na szczególną jednak uwagę zasługuje stan zmęczenia, wyczerpania, jako skutek nieustającej, nieprzerywanej żadnemi wakacyami pracy. Potrzeba peryodycznego odsunięcia się od codziennej pracy, wyrównania nagromadzających się zwolna braków, zmiany monotonnych, a wyczerpujących wrażeń — stanowią zasadnicze postulaty higieny ludzi pracy, tak jednak dalekie od urzeczywistnienia wśród ludności robotniczej. Jasnem jest, że uraz w takich warunkach jest jedynie okolicznością, ujawniającą wyraźnie zaczątki nerwicy, dawniej już istniejącej.

Wiadomo, że u przedstawicieli najróżniejszych warstw społecznych stwierdzić można szereg objawów nerwowych podrażnienia — wrodzonych lub nabytych — zupełnie bez związku z jakimkolwiek urazem. Jedni z nich nie mają żadnych dolegliwości, inni pracują pomimo dolegliwości, gdyż od pracy zależy ich utrzymanie.

Masowe badania robotników zdrowych i chorych, ale nie uległych wypadkom nieszczęśliwym, stwierdziły takie zmiany czuciowe — bólowe i dotykowe, — że mogłyby dać zupełne prawo do odszkodowania, gdyby wypadek nieszczęśliwy był się zdarzył.

---

[1]) Przepuszczający palec.

I jedynie u tych ludzi, w których tkwi zarodek nerwicy, albo nawet mających już niektóre objawy kiełkującej nerwicy, — u tych właśnie uraz może dać pełny obraz tak zwanej nerwicy urazowej.

Rozpoznanie nerwicy pourazowej — najczęściej histeryi lub neurastenii — musi być oparte na trwałych podstawach. Że tak jednak jest nie zawsze, to zdaje się nie ulegać wątpliwości. Musimy sobie to powiedzieć, że wielu z nas poczyna sobie z poważnem rozpoznaniem histeryi lub neurastenii bardzo lekko. Nieraz zdaje się wystarczać, aby dotknięty urazem skarżył się na bole głowy, nie pracował, miał dermografię i wzmożone odruchy kolanowe. A jednak widzieliśmy, że bardzo wielu ludzi zdrowych i czynnych ma jeden lub drugi objaw wyczerpania nerwowego lub nawet kilka objawów jednocześnie.

Rozpoznanie nerwicy w takim jej stopniu, że odbiera ona zdolność do pracy, wtedy jedynie jest uzasadnione, jeżeli liczba i napięcie objawów nerwowych przekracza pewną granicę. A chociaż tej granicy między zdrowiem i chorobą, między zdolnością do pracy i osłabieniem jej ściśle nakreślić niepodobna, niemniej w większości przypadków zdołamy orzec, gdzie się kończy zdrowie, a zaczyna choroba i związana z nią bezczynność.

Z przytoczonego pobieżnego przeglądu widać, że rozpoznanie związku przyczynowego między urazem, a stanem patologicznym bynajmniej do łatwych zadań nie należy. Jedno da się powiedzieć, że uraz jest najczęściej jedną tylko z szeregu innych współdziałających przyczyn. Ważnym brakiem jest mało jeszcze uwzględniona strona eksperymentalna danej sprawy.

Naogół jednak należy pamiętać o kilku warunkach, jako podstawie rozpoznania. Mianowicie:

1) należy starać się o poznanie stanu chorego przed wypadkiem;

2) uwzględnić ewentualny brak innych czynników etyologicznych;

3) uwzględnić związek w czasie między urazem, a początkiem choroby;

4) uraz najczęściej musi być dość silny, aby bezpośrednio wywołać cierpienie organiczne;

5) uwzględnić należy wszelkie warunki, świadczące o szczególnem usposobieniu do danej choroby, jak n. p. alkoholizm lub kiłę, usposabiające do nerwicy, przebyty gościec, usposabiający do wady serca i t. p.;

6) uwzględnić bezpośrednie skutki urazu, czyli mieć nader dokładne dane o stanie całego ustroju, włącznie z psychiką bezpośrednio po wypadku, choćby pozornie nieznacznym.

Jeżeli pomimo to wszystko, stosując się do wymagań czystej nauki, będziemy mieli wątpliwość, czy zachodzi związek przyczynowy między urazem, a cierpieniem, to w ostatecznem orzeczeniu kierujemy się zasadą, która „stanowi humanitarny przywilej naszej wiedzy: »in dubiis — pro aegroto«.

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego.
Dyrektor: Prof. Dr W. L. Jaworski.

Odczyn Calmettea z jadem okularnika (kobry), oraz jego wartość rozpoznawcza dla gruźlicy na podstawie własnych badań.

Podał

Dr Jan Nowaczyński,
demonstrator kliniki.

(Dokończenie).

Ad 4). Przystępuję do grupy czwartej, obejmującej przypadki zapaleń nerek; badałem surowic 10. Podobnie, jak u chorych zakaźnych, tak i u chorych na zapalenie nerek, znalazłem lecytynę we krwi, i to u wszystkich, z wyjątkiem jednego; fakt również bardzo ciekawy. Że obecności lecytyny w tych surowicach nie można odnieść do gruźlicy, potwierdza, (pominąwszy owe trzy przypadki, które na odczyny kontrolne nie oddziaływały), ten przedewszystkiem fakt, że u dwu z tych chorych sekcya nie wykazała wcale zmian gruźliczych w ustroju; przy tej sposobności zaznaczyć muszę, iż jedna z tych chorych za życia oddziaływała na odczyn skórny — fakt, który jeszcze bardziej zmniejsza wartość rozpoznawczą odczynu Pirqueta.

Dowód, jaki dała nam sekcya wyżej wymienionych przypadków, jest bardzo ważny, pozwala nam bowiem na twierdzenie, iż lecytyna pojawiać się może w surowicach niezależnie od gruźlicy; fakt ten zmniejsza znacznie wartość rozpoznawczą metody Calmettowskiej dla gruźlicy.

Lecytyna, ujawniająca się w surowicach chorych na zapalenie nerek, nie jest zależna od ilości białka w moczu, podobnie, jak nie da się wykryć związek ściślejszy między rodzajem zmian zapalnych nerek, a obecnością, czy też ilością lecytyny. To jedno tylko zauważyć mogłem, że lecytyna daje się wykazać tylko u tych chorych, u których białkomocz pojawia się na tle zmian organicznych nerek; czynię zaś to przypuszczenie na tej podstawie, iż w jednym przypadku u chorego na białaczkę limfatyczną, u którego w czasie pobytu w klinice wystąpił białkomocz w następstwie leczenie salwarsanem, lecytyny mimo dwukrotnego badania surowicy wykryć nie zdołałem.

Wyjątek od ogólnej reguły stałej obecności lecytyny w surowicy chorych na zapalenie nerek stanowi jeden przypadek, w którym nie znalazłem lecytyny; lecz w przypadku tym — podnieść muszę ten szczegół — surowica badanego chorego dawała bardzo wyraźny odczyn Wassermanna. Dziwnym byłby zatem, gdyby się okazał prawdziwym związek, zachodzący między obecnością lecytyny w surowicach chorych na nerki, a brakiem jej w tych samych surowicach, zawierających reaginy kiłowe.

W jaki sposób wytłomaczyć obecność lecytyny w przebiegu chorób nerkowych, podać nie mogę; czy zależy to od zmian surowicy krwi w toku chorób nerek, czy od zmian stosunków soli, czy wreszcie od mocznicowego zatrucia ustroju, na razie pozostaje niewyjaśnione; może badania dalsze związek jakiś wykryć zdołają.

Ad 5). Do ostatniej grupy zaliczam 19 przypadków

różnych innych schorzeń, u 5 na 19 tych chorych znalazłem lecytynę w surowicach (zob. tablicę); zaznaczyć muszę, iż 3 z nich (diabetes, acromegalia, ischias) oddziaływało silnie na oba odczyny kontrolne, u dwu zaś (diabetes, arthritis gonorrh.) znaleziono zmiany gruźlicze w szczytach płuc, jako objaw przypadkowy tak, że w tych przypadkach obecność lecytyny odniósłbym do gruźlicy.

Co się tyczy cukrzycy, to wspomnieć muszę, że w surowicy dotkniętego cukrzycą bez względu na gruźlicę ustroju można wykryć substancyę uczynniającą jad, gdyż, jak nas uczy chemia fizyologiczna, znajduje się zawsze w surowicach tych chorych substancya, zw. jekoryną, określona bliżej przez Manassego [11]), jako związek cukru gronowego z lecytyną, zawierający jeszcze prócz tego siarkę: według Binga [12]) ma znów cukier znajdować się we krwi pod postacią związku lecytyny z globuliną (Lecithinzuckerglobulin). Z drugiej znów strony Asher i Rosenfeld [13]), oraz Mayer [14]) oświadczają się przeciw obecności cukru we krwi pod postacią jekoryny tak, że sprawa cukru we krwi zdaje się być niewyjaśnioną; wobec jednakże faktu uczynniania jadu przez surowicę chorego na cukrzycę, sądzę, że, o ile uczynnienie to odnieść należy do lecytyny, a nie do innych lipoidów, cukier we krwi znajdowałby się raczej jako związek jekorynowy. Wiadomo bowiem także, że w cukrzycy nagromadzają się obficie w surowicy krwi tłuszcze, stanowiąc stan, zw. tłuszczycą (lipaemia diabetica); Fischer znalazł nawet do 18% tłuszczów w takiej surowicy; możliwem więc jest, że tłuszcze przyczyniają się w pewnym stopniu do uczynniania jadu, choć z drugiej strony surowica chorego na cukrzycę uczynniała także jad kobry po dodaniu chlorku wapnia, który, jak podaje Noguchi, ma znosić działanie uczynniające innych lipoidów prócz lecytyny; w każdym razie lecytynie w surowicy cukrzyczej przypisać należy działanie jej uczynniające. W ostatnich czasach Williams i Wilson [15]), oraz Klemperer i Umber [16]) wykazali, że we krwi chorych na cukrzycę, bardzo obfitującej w tłuszcze, przychodzi do wzmożenia lecytyny i cholesteryny; w ostatniej zaś pracy wykazuje Klemperer [17]), że w tłuszczycy cukrzyczej właściwego tłuszczu jest niewiele, że krew zawiera głównie lipoidy, t. j. lecytynę i cholesterynę, że tłuszczyca, to raczej »lipoidaemia«, niż »lipaemia«.

Niewyjaśnioną pozostaje obecność lecytyny w surowicy chorego na czerwie (helmintiasis); czy w tym przypadku ma jakie znaczenie pasorzyt, znajdujący się w przewodzie pokarmowym chorego, trudno orzec.

Wspomnieć muszę jeszcze, iż poddałem badaniu płyny patologiczne, mianowicie: płyn z jamy brzusznej z przypadku zapalenia gruźliczego otrzewnej, dwa płyny z przypadku zapalenia wysiękowego opłucnej, oraz płyn przesiękowy z tkanki podskórnej chorej na zapalenie nerek; w żadnym z tych płynów substancyi uczynniającej nie znalazłem; płyn z puchliny podskórnej pochodził z chorej, której surowica zawierała wielką ilość lecytyny; świadczyłoby to o tem, że lecytyna, krążąca we krwi, nie przechodzi poza naczynia.

W końcu podać muszę jeszcze wyniki badań doświadczalnych, jakie wykonałem na chorych klinicznych. Dla przekonania się mianowicie, czy lecytyna sztuczna, wprowadzona do ustroju przez wstrzyknięcie, ujawni się następnie w surowicy, wstrzykiwałem lecytynę pod postacią rozczynu w oliwie (fabr. Clin w Paryżu) trzem chorym neurastenikom, dla których wstrzykiwania te były zarazem leczeniem. Przed rozpoczęciem wstrzykiwań badałem ich surowice: u wszystkich brak lecytyny; następnie po ukończeniu pewnej seryi wstrzykiwań, więc u jednego po pięciu, u drugiego po dziesięciu, u trzeciego wreszcie po dwudziestu wstrzyknięciach badałem znów krew; jako kontrolnej użyłem tej samej lecytyny Clina, którą strąciłem acetonem z rozczynu oliwnego; kontrolna w zawiesinie 1:5000 hemolizowała z jadem bardzo dobrze. I udało mi się wykryć lecytynę w surowicy ostatniego chorego po dwudziestu wstrzyknięciach, a więc po wprowadzeniu 1 grama lecytyny do ustroju: lecytyna zatem pojawiła się we krwi. Czy fakt ten będzie miał znaczenie lecznicze, na razie jeszcze niewiadomo.

Odchylenie lecytyny.

Gdy Calmette stwierdził, iż bakterye gruźlicze oraz tuberkulina chciwie łączą się z lecytyną, oraz że wiążą się też i z lecytyną, znajdującą się w surowicach zwierząt gruźliczych tak, że lecytyna taka już nie uczynniała jadu kobry, nasuwała się myśl, że w sprawie tej chodzi o rzecz jakąś istotną, swoistą do tego stopnia, iż, by módz czynić wnioski o istnieniu gruźlicy w ustroju, niedość jest znaleźć lecytynę w surowicy badanego chorego, lecz, co ważniejsze, trzeba odchylić ją lub związać z bakteryami gruźliczemi, jako tym zarazkiem, który w danym przypadku jest przyczyną sprawy chorobowej. Tymczasem w badaniach swych, przeprowadzonych na surowicach chorych gruźliczych, nie wspomina Calmette wcale, czy lecytynę, którą znajdował, odchylał bakteryami gruźliczemi lub tuberkuliną, z czego chyba przypuszczać wypada, iż nie uważa sprawy odchylenia lecytyny za istotną część odczynu aktywowania, którą podał jako metodę rozpoznawczą dla gruźlicy.

Sprawa wiązania lecytyny przez tuberkulinę — nie mówię o bakteryach gruźliczych, gdyż tych w badaniach moich nie miałem do rozporządzenia — przedstawia się nieco inaczej. Nie trudno jest przekonać się, że tuberkulina łączy się chciwie z lecytyną, użytą jako kontrolną do odczynu, lecz trudniej jest uzyskać związanie lecytyny ustrojowej, t. j. tej, którą się wykrywa w surowicy krwi ustroju żywego w takich rozmiarach, jak to się dzieje co do lecytyny kontrolnej; stwierdziłem bowiem, poddając działaniu tuberkuliny każdą surowicę, w której tylko znalazłem lecytynę, iż związanie tej lecytyny jest bardzo słabe, gdyż albo tuberkulina nie odchyla jej zupełnie nawet u osób napewno gruźliczych, lub, jeśli odchyla, to zaledwie jedną lub dwie ostatnie ilości hemolizujące; chcąc zaś dopatrywać się w odchyleniu lecytyny sprawy swoistej, należy wymagać, by odchylenie to występowało w szerszych rozmiarach, przynajmniej takich, jak w kontroli. Wniosek stąd, iż lecytyna ustroju, to lecytyna inna, bardziej kapryśna, niż martwa lecytyna kontrolna.

Dalej udało mi się stwierdzić, iż nietylko bakterye gruźlicze, jak to wykazał Calmette, odznaczają się chciwością wiązania się z lecytyną, lecz że i inne bakterye posiadają tę samą własność; stwierdziłem zaś ją mianowicie u bakteryi durowych, oraz u dwoinki, którą wyhodowałem z przypadku zakażenia połogowego; bakterye te jednakże

w stosunku do lecytyny zachowują się podobnie, jak tuberkulina; znalazłszy bowiem lecytynę w surowicach chorych zakaźnych (typhus, sepsis), próbowałem związać ją zawiesiną bakteryi ustroju zakażonego i zauważyłem to samo, t. j., że, o ile bakterye te łączyły się z lecytyną kontrolną na całej linii eksperymentu, o tyle odchylały tylko ilości ostatnie lecytyny surowicy badanej; to samo czyniła też w tych samych przypadkach i tuberkulina. Wobec więc stwierdzenia powyższego faktu, swoistość odchylenia lecytyny przez bakterye gruźlicze upada, podobnie, jak również nie da się jej dopatrzeć w odchyleniu przez inne bakterye. Zresztą już Calmette, o czem wspominałem, przytaczając jego prace, stwierdził, że lecytyna, znajdująca się normalnie w surowicach niektórych zwierząt zdrowych, bywa wiązana przez tuberkulinę.

Na podstawie wyżej przytoczonych badań, oraz ich wyników, dochodzę do następujących wniosków:

1. Substancya uczynniająca jad kobry, jaką okazuje się lecytyna, pojawia się w surowicach nietylko chorych gruźliczych, lecz także w toku spraw innych, przedewszystkiem zakaźnych, oraz w przebiegu zapaleń nerek, i to stalej, niż w gruźlicy, a co najważniejsza u ludzi, u których zmiany gruźlicze zostały wyłączone; wobec tego odczyn Calmettea z wielkiemi zastrzeżeniami można stosować do rozpoznania gruźlicy.

2. Surowice kiłowe, t. zn. dające odczyn dodatni Wassermanna, nie zawierają lecytyny, dającej się wykryć jadem kobry.

3. Odchylenie lecytyny przez tuberkulinę lub bakterye gruźlicze nie może być uważane za swoiste dla gruźlicy, tembardziej, że własność łączenia się z lecytyną posiadają też i inne bakterye.

4. Lecytyna, znajdująca się w surowicy krwi, prawdopodobnie nie przechodzi do przesięków chorobowych.

5. Lecytyna, wprowadzona do ustroju przez wstrzyknięcie, pojawia się w surowicy krwi i daje się wykryć jadem kobry.

W piśmiennictwie napotyka się dwie wzmianki o odczynie Calmettea, zastosowanym do celów rozpoznawczych, mianowicie Szaboky [18]), porównując odczyn aktywowania z metodą odchylenia dopełniacza w gruźlicy, przypisuje na podstawie badań przeprowadzonych u 22 chorych, z tego 13 gruźliczych, większą wartość odczynowi Calmettea, niż metodzie odchylenia.

Pechanovitsch [19]), badając 62 ludzi gruźliczych, znalazł u 54 odczyn dodatni; zaznacza jednakże, że i u zdrowych odczyn ten dał wynik dodatni w 27·8%.

W końcu kilka słów o istocie odczynu aktywowania. Jak już wspomniałem, Flexner i Noguchi [1]) przypuszczali jeszcze wtedy, gdy nie znano aktywatora jadu kobry, iż działanie hemolityczne jadu zależy od dwu substancyi: jedna, zawarta w samym jadzie, ma być wytrzymałą na ogrzanie nawet do ciepłoty 90°, druga, znajdująca się w surowicy, uczynnia jad; w myśl ich wywodów jad ma składać się z szeregu substancyi, działających na sposób niweczników (amboceptorów), które zostają uczynnione przez pewne dopełniacze (komplementy) surowicy. Kyes [3]), opierając się na fakcie że niektóre gatunki ciałek zostają samoistnie rozpuszczone przez jad, tłomaczy to działanie t. zw. endokomplementami, które mają być zawarte w zrębach (stroma) ciałek krwi; to przypuszczenie jego potwierdza ten eksperyment, iż rozczyny wodne tych ciałek działają również uczynniająco.

Calmette [2]) stwierdziwszy następnie, iż ciepłota 62°, w której dopełniacze giną, nietylko nie znosi działania uczynniającego surowic, lecz przeciwnie niejako potęguje ich działanie, przyjmuje, że w surowicach znajdują się dwie substancye: jedna, to naturalna antyhemolizyna, skierowana przeciw jadowi, która ma być ciepłochwiejną (termolabil), druga zaś, to substancya uczynniająca, wytrzymująca ogrzanie nawet do ciepłoty 80°: przez ogrzanie więc surowicy do 62° znosi się działanie pierwszej (antyhemolizyny), a ujawnia działanie drugiej (uczynniającej).

Kyes i Sachs [4]), [5]) wreszcie, jak wiadomo, wykryli, iż substancyą uczynniającą jest lecytyna. Co do sposobu działania jej przypuszczają, że lecytyna działa, jak dopełniacz, łącząc się z niwecznikiem (amboceptorem) jadu, przyczem powstaje trujący związek podwójny (lecithid), w którym z początku reszcie cholinowej, później zaś reszcie kwasów tłuszczowych (Fettsäurerest) w drobinie lecytyny przypisują działanie toksyczne: to przypuszczenie uzasadniają tem, że same kwasy tłuszczowe, jakoteż tłuszcze, oraz zobojętniony kwas stearylo-gliceryno-fosforowy hemolizują ciałka. Że substancyę uczynniającą jad, w surowicach zawartą, należy zaliczyć do dopełniaczy, za tem przemawiają pewne analogie z własnościami dopełniaczy, oraz różnice między lecytyną kontrolną, a lecytyną w surowicach zawartą, mianowicie:

1. Surowice po dodaniu papainy tracą własności uczynniające, natomiast rozczyny lecytyny nie tracą tej własności; podobnie rzecz się ma z kwasem solnym i ługiem;

2. cholesteryna hamuje działanie lecytyny kontrolnej, nie wpływa zaś wcale na działanie uczynniające surowic;

3. związek ilościowy między jadem a lecytyną bardzo przypomina ten sam związek amboceptorów i dopełniaczy; im bowiem więcej daje się jadu, tem mniej lecytyny trzeba, by wywołać hemolizę i naodwrót, nadmiar jadu w pewnych warunkach może wywołać zahamowanie hemolizy, objaw, który Kyes tłomaczy rodzajem odchylenia komplementu (Komplementablenkung), Noguchi [20]) zaś tem, że część jadu, użytego w nadmiarze, daje nierozpuszczalne połączenie z białkiem ciałek (rodzaj globinu).

Ten sam autor na podstawie swych badań dochodzi do przekonania, że substancyą uczynniającą w surowicy ogrzanej nie jest lecytyna sama, lecz połączenie lecytyny z białkiem, które to połączenie daje się wyciągnąć gorącym alkoholem, a nie eterem. W końcu Bang [21]) [22]) [23]) dochodzi w swych badaniach do wyników bardzo odrębnych, twierdzi bowiem, że lecytyna czysta (chemiczna) nie jest wcale aktywatorem jadu kobry, raczej inne substancye, głównie rozłożone fosfatydy, zawarte w fabrycznej lecytynie; produkt zaś, nierozpuszczalny w eterze, ów »Kobralecithid«, znajduje się już jako taki w lecytynie kupnej. Bang, wychodząc z założenia, że krew w zawiesinie cukru trzcinowego staje się łatwiej rozpuszczalna, i że nawet ciałka niewrażliwe na jad w rozczynie cukru mogą uledz hemolizie przez jad kobry i że tę hemolizę można zahamować przez dodatek różnych soli, nawet przez sól kuchenną, przypuszcza, iż lipoidy działają uczynniająco przez to tylko, iż wywołując pewne zmiany we krwi, zobojętniają hamujący wpływ soli.

W ostatnich czasach Manwaring [24]), zajmując się sprawą hemolizy przez jad kobry, dochodzi do przekonania, że jad kobry zawiera ferment, lecytynazę, mający własność zaszczepiania lecytyny, mianowicie na wolny kwas tłuszczowy, oraz związek zw. tłuszczan lecytyny (Monofettsäurelecithin), który sprowadza hemolizę; działanie więc jadu polega na przekształceniu drogą fermentacyjną nieczynnej lecytyny w produkt czynny, wywołujący hemolizę.

Przyznać w każdym razie trzeba, iż sprawa hemolizy jadu kobry, oraz związku jadu z lecytyną — (Kobralecithid) — dotąd nie jest jeszcze zupełnie wyświetlona, wymaga zatem dalszych badań. Może spór naukowy, jaki się w ostatnich czasach wywiązał między Bangem a Sachsem, oraz szkołą Ehrlicha, przyczyni się do wyświetlenia sprawy, dotąd niczupełnie jasnej.

Piśmiennictwo. 1) Flexner i Noguchi (Journal of exper. med. vol. VI. Nr 3, 1902). — 2) Calmette (Compt. rend. de l'Acad. des Sciences 1902, Nr 34). — 3) Kyes (Berl. klin. Wochs. 1902, Nr 38—39). — 4) Kyes i Sachs (Berl. klin. Wochs. 1903, Nr 2—4). — 5) Ciżsami. Tamże. Nr 42—43). 6) Noguchi (Journ. of. exp. med. IX. 1907, 436. — 7) Calmette (Compt. rend. de l'Acad. des Sciences 1908, 30. marca). — 8) Tenże. Tamże. 1908, 25. maja. — 9) Tenże. Soc. Biolog. 1908, 19. grudnia. — 10) Kostrzewski (Centralbl. f. Bakt. 1911, Heft 3). — 11) Manasse (Z. J. physiol. Chem. XX. 478). — 12) Bing (C. Phys. XII. 1898, 209). — 13) Asher i Rosenfeld (Bioch. Zeit. III. 1907, 335). — 14) Mayer (Bioch. Zeit. I. 1906, 81). — 15) Williams i Wilson (Bioch. Zeit. II. 1907, 20). — 16) Klemperer i Umber (Z. f. klin. Med. 1907, 61. 145). — 17) Klemperer (Deut. med. Wochs. 1910, Nr 51). — 18) v. Szaboky (Zeit. f. Tuberk. 1909, Bd. XIV.). — 19) Pechanovitsch (Deut. med. Wochs. 1910, Nr 4). — 20) Noguchi (Journ. of. exp. med. VIII. 1906. — 21) Bang (Bioch. Zeit. II. 1908, 251). — 22) Tenże (Erg. d. Physiol. VIII. 1909, 463). — 23) Manwaring (Z. f. Inn. u. exp. Ther. Bd. VI. 1910). — 24) Bang. Ibidem.

Oceny i sprawozdania.

H. Bosma. **Dzieci nerwowe.** (Uwagi lekarskie, wychowawcze i ogólne). Warszawa, tłom. Dr K. Niedzielski. Książka niniejsza, przyswojona naszej literaturze, zająć musi tak lekarza, jak i pedagoga, podając różne szczegóły, tyczące się nerwowości dzieci w wieku, zwłaszcza szkolnym. Celem książki, jak pisze autor, jest zachęta do głębszego zastanowienia się nad duszą dziecka, omówienie błędów w wychowaniu rodzinnem, opisanie typów dzieci nerwowych, a wreszcie wskazówki i rady higieniczno-pedagogiczne i środki, zapomocą których najpewniej ustrzedz się, by dzieci nie popadały w nerwowość. Przytem omawia autor i inne ważne rzeczy, jak n. p. dziedziczność, alkoholizm sen dziecka, naukę w domu, odżywianie i t. p. Klęsk.

Piśmiennictwo bieżące.

Położnictwo i ginekologia.

S. Chołmogorow. **Sztuczne porody przedwczesne.** (Żurnał akuszer. i żenskich bol. 1911. kwiecień — sierpień). W ces. zakładzie położniczym w latach 1889 do 1908 włącznie wywoływano porody sztuczne w 183 przypadkach u 25 pierwiastek i 158 wieloródek w wieku od lat 19 do 42. W 177 przypadkach powodem do przerwania ciąży była miednica zwężona, w 3 przyp. miednica zwężona i jednocześnie choroba nerek i w 3 przyp. wyłącznie choroba nerek. W 55 przyp. była miednica spłaszczona, w 107 ogólnie zwężona. Wskazaniem do zabiegu u wieloródek były nietylko zmniejszone wymiary miednicy, lecz także brano na uwagę wyniki niepomyślne przy porodach poprzednich. Z pomiędzy 55 przyp. miednicy spłaszczonej sprzężna prawdziwa wynosiła w 14 przyp. 9·5—8·5 cm, w 41 przyp. 8·4—7·0 cm. Ze 107 przyp. miednicy ogólnie zwężonej w 16 przyp. sprzężna prawdziwa wynosiła 10·0 — 9·0 cm, w 86 przyp. 8·5—7·5 cm i w 5 przyp. 7·4—5·5 cm. W reszcie przypadków zanotowano 9 razy miednicę lejkowatą, 5 razy miednicę garbatych i 4 razy ukośnie zwężoną.

W 29. tygodniu ciąży wywołano poród sztuczny w 7 przyp.; pozostało przy życiu 1 dziecię.
W 30. tygodniu ciąży wywołano poród sztuczny w 7 przyp.; pozostało przy życiu 4 dzieci.
W 31. tygodniu ciąży wywołano poród sztuczny w 1 przyp.; pozostało przy życiu 1 dziecię.
W 32. tygodniu ciąży wywołano poród sztuczny w 6 przyp.; pozostało przy życiu 5 dzieci.
W 33. tygodniu ciąży wywołano poród sztuczny w 21 przyp.; pozostało przy życiu 13 dzieci.
W 34. tygodniu ciąży wywołano poród sztuczny w 40 przyp.; pozostało przy życiu 27 dzieci.
W 35. tygodniu ciąży wywołano poród sztuczny w 38 przyp.; pozostało przy życiu 29 dzieci.
W 36. tygodniu ciąży wywołano poród sztuczny w 17 przyp.; pozostało przy życiu 11 dzieci.
W 37. tygodniu ciąży wywołano poród sztuczny w 13 przyp.; pozostało przy życiu 10 dzieci.
W 38. tygodniu ciąży wywołano poród sztuczny w 30 przyp.; pozostało przy życiu 21 dzieci.

Bóle porodowe występowały w niektórych przypadkach nader opieszale. W 1 przyp. poród nastąpił dopiero po 12 dobach i 9 godz. Zabiegi rozpoczynano zwykle od gorących natrysków (32—35° R.) co $^1/_2$—1 godz. W 9 przyp. były one skuteczne. Jeśli zaś nie skutkowały, wprowadzano do macicy pręt elastyczny według sposobu Krauzego. W ten sposób osiągnięto dobre wyniki w 164 przypadkach. Krwawienia znacznego nie zanotowano ani razu. W 1 przyp. pręt pozostawał w macicy 4 doby bez skutku; musiano przerwać pęcherz płodowy. W 1 przyp., w którym pręt leżał 9 dni, nie wywołując bolów porodowych, dokonano tamponowania szyjki macicznej zapomocą gazy jodoformowej, pozostawiając ją na 2 doby również bezskutecznie; wówczas wprowadzono powtórnie pręt, który po 4 dobach spowodował bóle porodowe. 8 razy stosowano metreurysę. W 162 przypadkach (88·5%) położnice nie gorączkowały wcale; w 12 przyp. nastąpiło zapalenie błony śluzowej macicy. w 1 przyp. zapalenie pochwy, w 2 przyp. zapalenie okołomaciczne, w 1 przyp. ropnica, w 2 przyp. zapalenie otrzewnej posocznicowe, 1 przyp. posocznicoropnica, w 2 przyp. przyszło do pęknięcia macicy, w 1 przyp. do pęknięcia szyjki macicznej, pępowina wypadła 11 razy, rączka 1 raz. Rzucawkę zanotowano raz 1. Zmarło 6 położnic (3·2%), w tej liczbie 4 z powodu zakażenia (2·2%).

Ch. dochodzi do następujących wniosków: 1) Wbrew opinii niektórych autorów, którzy są przeciwnikami sztucznego porodu przedwczesnego, zabieg ten powinien być sosowany przy pewnych wskazaniach przy miednicy zwężonej. 2) Bynajmniej nie wszystkie dzieci pozostają wskutek omawianego zabiegu przy życiu; prócz tego pewna ilość rodzących się żywych dzieci umiera w pierwszym okresie poporodowym wskutek nienależytego rozwoju, jednakże ilość żywych dzieci, opuszczających zakłady położnicze, przewyższa 60% wszystkich rodzących się. U Ch. ilość ich wynosiła 66·67%. 3) Najwyraźniej zarysowuje się korzystna strona tego zabiegu, jeśli się porówna u jednych i tych samych kobiet ilość żywych dzieci urodzonych we właściwym czasie i zapomocą operacyi przedwczesnej. W ten sposób udaje się uratować 30% do 36·4% niemowląt; według statystyki Ch. nawet 43·4%. 4) Śmiertelność niemo-

wląt, które przyszły na świat przedwcześnie, nie przekracza w ciągu pierwszego roku, jak wskazują duże statystyki, zwykłej śmiertelności dzieci w tym okresie ich życia. 5) Przerwanie ciąży przed 33. tygodniem powinno być zaniechane ze względu na płód. 6) Sztuczny poród przedwczesny nie powinien być wykonywany, jeśli sprzężna prawdziwa wynosi przy miednicy spłaszczonej mniej niż 7·5 cm, a przy miednicy ogólnie zwężonej mniej niż 8 cm.

M. Pietkiewicz.

K. Ulesko-Stroganowa. **W sprawie wczesnego zabiegu operacyjnego przy leczeniu raka macicy.** (Żurnał akusz. i żenskich bol. 1911. Lipiec i sierpień). Ze względu na doniosłe znaczenie wczesnego rozpoznania raka macicy i ogólne dążenie do możliwie wczesnej operacyi doszczętnej zastanawia się U. S. nad pytaniem, co właściwie rozumieć należy przez nazwę początkowego okresu raka. Ponieważ rozpoznanie raka czyni się na zasadzie całego szeregu objawów, znamionujących przeważnie obraz drobnowidowy nowotworu, oraz pewnych danych klinicznych, to, ściśle mówiąc, pojęcia nasze o początkowym okresie raka wiązać się muszą z pojęciem tylko pewnego ograniczenia sprawy pod względem jej rozmiarów. Co się tyczy objawów znamionujących obraz drobnowidowy początkowego okresu raka, takowych wcale nie posiadamy; rozpoznanie drobnowidowe raka czyni się wogóle na zasadzie zbioru objawów, właściwych dla sprawy zupełnie rozwiniętej. Taki stan rzeczy tłómaczy, dlaczego w niektórych przypadkach, pomimo wcześnie dokonanej operacyi doszczętnej, gdy na szyjce macicznej było zaledwie niewielkie owrzodzenie, choroba ponawiała się w krótkim czasie i następowało zejście śmiertelne. Ostatnimi czasy rozpowszechnia się coraz więcej pogląd, wypowiedziany najpierw przez Virchowa, a następnie potwierdzony przez klinicystów i statystykę, iż pochodzenie raka jest często w związku z jakiemś podrażnieniem. Z drugiej strony wiadomo, iż nabłonek podlegać może rozmaitym zmianom i uzyskać własność nadmiernego bujania pod wpływem czynników drażniących. Napotkawszy więc przy badaniu drobnowidowem owrzodzenia podejrzanego szereg zmian nabłonka, nadmierny rozrost i nietypowe bujanie komórek, trudno nieraz określić, z czem się ma do czynienia, czy z obrazem rozwijającego się raka, czy też z wynikiem zmian, spowodowanych przez jakieś podrażnienie. Na zasadzie powyższych rozumowań oraz szeregu opisów zbadanych przez się i operowanych przypadków dochodzi U. S. do następujących wniosków: Nietypowy rozrost nabłonka w najszerszym nawet zakresie, jaki się napotyka w przypadkach złośliwych, nie daje jeszcze prawa rozpoznania raka, a więc nie może być uważany jako podstawa naukowa do usunięcia doszczętnego macicy, jeśli obok rozrostu nabłonka napotyka się jakąś sprawę wyraźnie określoną np. wiewiór, nadżerkę (erosio), przymiot, gruźlicę i t. d., które same przez się moga wywołać i podtrzymywać nietypowe bujanie nabłonka. Takie chore należy przedewszystkiem leczyć w sposób odpowiedni, starając się usunąć cierpienie podstawowe, a po pewnym czasie zbadać powtórnie sprawę miejscową zapomocą drobnowidu w celu wyjaśnienia istoty choroby. M, Pietkiewicz.

K. Skutuł. **Przypadek pierwotnego stwardnienia kiłowego części pochwowej macicy.** (Żurnał akuszer. i żeńskich bol. 1911. Lipiec i sierpień). Włościanka 44 lat, wieloródka, zachorowała $1\frac{1}{2}$—2 miesięcy temu przy objawach dreszczów, gorączki i bolu głowy; nieco później przyłączyły się bóle krzyżów i okolicy podbrzuszej. Miesiączka, dotychczas prawidłowa, od chwili zasłabnięcia trwała bezustannie w ciągu 5—6 tygodni dosyć obficie; ustała 6 dni temu; natomiast zjawiły się upławy, brunatnego koloru, w znacznej ilości. Chora uskarża się przedewszystkiem na bóle głowy, dokuczające przeważnie w nocy. Skóra chorej pokryta wysypką grudkowatą. Grudki ściśle ograniczone o błyszczącej powierzchni. Duże i małe wargi również pokryte takąż wysypką. W jamie ustnej i w gardle zmian nie ma. Gruczoły nie powiększone. Część pochwowa macicy twarda i znacznie powiększona (6 cm średnicy). Ujście zewnętrzne kształtu szczeliny, otoczone jaskrawo czerwoną nadżerką, pokrywającą przednią i tylną wargę oraz ścianki szyi macicznej. Obwodowe brzegi nadżerki otoczone nieco ciemniejszym pasem. Powierzchnia nadżerki gładka, matowa, łatwo krwawiąca, pokryta miejscami ciemnoczerwonemi kropkami. Z kanału szyi macicznej wydzielał się płyn śluzowy koloru brunatno-krwawego. Ciepłota i tętno prawidłowe. Rozpoznanie: Wtórne objawy kiły. Wobec znacznych zmian na części pochwowej macicy S. jest zdania, iż właśnie w tem miejscu nastąpiło pierwotne zarażenie. Pod wpływem leczenia swoistego (codzienne wstrzykiwania sol. hydrarg. benz. 1% po 2·0) ustały dosyć rychło wszystkie objawy chorobowe.

M. Pietkiewicz.

A. Raab. **W sprawie niedokładnego zwinięcia się macicy.** (Żurnał akuszer. i żeńsk. bol. 1911. Lipiec i sierpień). W klinice położniczej przy żeńskim instytucie medycznym w Petersburgu podlegają wszystkie położnice bez wyjątku badaniu oburęcznemu przed opuszczeniem kliniki, wieloródki na 8., a pierwiastki na 9. dzień po porodzie. Na 1122 porody spostrzegał R. niedokładne zwinięcie się macicy w 224 przypadkach. W tej liczbie było 25 pierwiastek w wieku od 18—38 lat i 199 wieloródek od 17—45 lat. W większości przypadków miednica była prawidłowa i porody odbywały się bez pomocy lekarskiej. Operacyę wykonano 11 razy: kleszcze w 2 przyp., obrót w 6 przyp., przebicie czaszki w 3 przyp. Prócz tego notowano w 5 przyp. nadmiar wód płodowych, w 1 przyp. włókiakomięśniaka macicy i w 14 przyp. krwotoki w okresie poporodowym. Żywych donoszonych dzieci urodziło się 213. Prawidłową ciepłotę zanotowano u 110 położnic, wahania do 37·8° u 34, znaczne, ale krótko trwające podwyższenie ciepłoty u 66 i stałą gorączkę u 14. Wydzieliny krwawe, trwające do 7. lub 8. dnia spostrzegano w 61 przyp., zabarwione w ciągu dłuższego czasu niżby należało w 163 przyp., cuchnące w 29 przyp. Położenie macicy było najczęściej prawidłowe, rzadko spostrzegano znaczne zgięcie ku przodowi lub tyłowi. W przeważającej liczbie przypadków jama macicy zawierała większą lub mniejszą ilość skrzepów krwi; płynną zawartość znajdowano prawie wyłącznie w przypadkach nadmiernego zgięcia macicy ku przodowi. Jeśli na 8. lub 9. dzień po porodzie kanał macicy przepuszczał palec i w jamie macicy znajdowano skrzepy krwi, to niezwłocznie usuwano je zapomocą palca, macicę miesiono energicznie i dawano zwiększoną dawkę ergotyny; dalsze postępowanie zależało od okoliczności. Przy nieznacznem zwiotczeniu ścian macicy zabiegi powyższe były zupełnie wystarczające, by w ciągu doby osiągnąć dostateczne zwinięcie się macicy. Jeśli jama macicy była duża i ściany znacznie zwiotczałe, stosowano gorące natryski pochwowe (37—38° R.) 2 razy dziennie lub w razie podwyższenia ciepłoty, pęcherz z lodem na brzuch. W lekkich formach poprawa następowała w ciągu 1—2 dni. Z 224 przypadków niedokładnego zwinięcia się macicy 206 opuściło klinikę w dobrym stanie, co dowiedzione zostało zapomocą powtórnego badania. U 18 położnic, które nie chciały pozostawać nadal w klinice, spostrzegano polepszenie, ale niedostateczne. M. Pietkiewicz.

A. Timofiejew. **Śródbłoniak macicy w związku z włókniakomięśniakiem** (gruczolakomięśniakiem). (Żurnał akuszer. i żensk. bol. 1911. Lipiec i sierpień). T. podaje dokładny opis przypadku śródbłoniaka powikłanego gruczolakomięśniakiem. Chora 45 l. uskarża się oddawna na bole w podbrzuszu. W ciąży była raz jeden, poroniła w 3. miesiącu; krwotoków i upławów nie było. Rozpoznano: włókniakomięśniak wielkości jabłka (średniej wielkości). W czasie operacyi znaleziono prócz niego jeszcze kilka małych guzów macicy i zwyrodnienie torbielowate jajników. Z tego powodu wykonano wycięcie doszczętne macicy i przydatków. Badanie guzów macicy wykazało sporą ilość jam, wyścielonych po części typowym śródbłonkiem, po części za komórkami różnego kształtu i wielkości, pomiędzy któremi

były wyraźne formy przejściowe. W tkance mięśniaków znaleziono w niektórych miejscach całkiem odosobnione twory gruczołowate, pochodzenia, jak sądzić należy, zarodkowego (według Recklingshausena pozostałości przewodów Wolffa). T. sądzi, iż te właśnie gruczolakomięśniaki dały początek pochodzeniu śródbłoniaka. M. Pietkiewicz.

J. Brok. **W sprawie zabezpieczenia krocza.** (Żurnał akuszer. i żensk. bol. 1911. Lipiec i sierpień). Ogólnie zalecane w podręcznikach sposoby podtrzymywania krocza uważa B. nietylko za bezcelowe, ale wprost za szkodliwe. Przy porodzie prawidłowym, w okresie przerzynania się główki płodu, ręce i palce położnej lub położnika nie powinny wcale dotykać krocza rodzącej. W celu zabezpieczenia krocza poleca B. następujące zabiegi. Rodząca powinna leżeć na wznak lub na boku na dosyć twardem posłaniu z miednicą nieco ku górze uniesioną, by krocze było stale dokładnie widzialne. Cała uwaga powinna być zwrócona na to, by główka niezbyt prędko się przerzynała. W tym celu powstrzymuje się napór główki w czasie bólu końcami palców jednej ręki (prawej), opierających się delikatnie o część widzialną główki, wychodzącej ze sromu. W miarę ukazywania się większego jej obwodu, obejmuje się część przodującą palcami a następnie dłonią. Uciskając w ten sposób na główkę, zapobiega się łatwo zbyt prędkiemu przerzynaniu się. Jeśli bole porodowe są zbyt gwałtowne, należy się starać wyprowadzić główkę w czasie przerwy między bolami. B. jest bardzo zadowolony z wyników takiego postępowania. (Poglądy autora są zbyt jednostronne, by można było bezwzględnie na nie się zgodzić, przyznać wszakże należy, iż zalecane w podręcznikach przepisy podtrzymywania krocza grzeszą szablonowością i wymagają bardziej celowego i krytycznego opracowania; przyciskanie krocza do przerzynającej się główki, tembardziej brutalnie wykonywane, przynosi rodzącej bezwarunkowo więcej szkody niż korzyści. Sprawozdawca).

M. Pietkiewicz.

Higiena.

Rimpau. **Lekarz praktyczny, a zakład bakteryologiczny w służbie zwalczania chorób zakaźnych.** (Tow. lek. Monachium 1911, V.). Z okazyi otwarcia nowego zakładu do badań bakteryologicznych w Monachium R. miał odczyt, którego treścią było wykazanie, jak wiele przy zwalczaniu chorób zakaźnych wskórać mogą lekarze praktyczni, będący w kontakcie z zakładami bakteryologicznymi. Przedewszystkiem lekarze powinni bezwarunkowo donosić o chorobach zakaźnych i to nie czekać, aż obraz kliniczny będzie jasny, lecz w wątpliwych przypadkach posługiwać się właśnie zakładem bakteryologicznym. Badania takie oddają też cenne usługi przy wczesnem rozpoznawaniu gruźlicy płuc i nerek, przy wyszukiwaniu roznosicieli prątków przy durze, cholerze, zapaleniu opon, czerwonce i t. p. Należy materyał do badania posyłać, jednak świeży i odpowiednio zapakowany i to ewentualnie kilka razy w razie ujemnego wyniku.

Badania takie odbywać się powinny za darmo, względnie nie na koszt osób, n. p. biednych, a podejrzanych o daną chorobę, lub o roznoszenie drobnoustrojów. K.

Harnack. **O szczególnych właściwościach kawy jako napoju i o postępowaniu Thuma, celem odczyszczania i poprawy kawy.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 35). Kawa u wielu osób powoduje przypadłości żołądkowe, a pośrednio sercowe, ale nie pochodzą one wcale od kofeiny, albowiem nie występują one po spożyciu herbaty lub kakao, chociaż ilość kofeiny w tych napojach jest nieraz większa, niż w kawie. Natomiast głównie drażnią żołądek zanieczyszczenia ziarn kawy, tłuszcze, jakoteż inne połączenia lotne, tworzące się przy paleniu kawy. Zapobiega temu sposób Thuma, który polega na odczyszczaniu surowej kawy szczotkami we wodzie o 65—70°. Potem podsusza się kawę i zaraz pali. Woda z popłuczyn wygląda zupełnie zielono-czarna i zawiera masami proch, włókna roślinne, cząstki organiczne i dużo tłuszczu w rodzaju wosku. Ten ostatni zwłaszcza występuje wybitnie przy paleniu i z czasem rozkłada się w kawie, podczas gdy kawa odczyszczona sposobem Thuma jest nie tłusta, matowa, znakomicie się konserwuje, ma aromat ładny i nie szkodzi tak na żołądek, jak kawa zanieczyszczona. Natomiast zawartość kofeiny dla żołądka jest obojętną. — Przy paleniu kawy z owych zanieczyszczeń tworzą się różne szkodliwe produkta, jak akroleina, enol, pyrogallol i t. p. Kawa szkodzi na żołądek znacznie mniej, jeżeli nie pije się jej w gorącym stanie, albowiem przy oziębianiu ulatnia się dużo szkodliwych domieszek, tak samo szkodzą bardziej żołądkowi wina stare, pite na gorąco. Kawa jest silnie hypertoniczną, i z tego powodu powoduje silny napływ do żołądka treści, kwasy, jakoteż dłuższe przebywanie tamże pokarmów.

Natomiast herbata jest płynem mimo wielkiej zawartości kofeiny dla żołądka zupełnie obojętnym. A.

Schepilewski. **Proces samoistnego oczyszczania się wód naturalnych po sztucznem ich zakażeniu bakteryami.** (Arch. f. Hygiene, T. 72). Wynik swej pracy doświadczalnej streszcza autor w sposób następujący: Woda w przyrodzie posiada swoiste własności bakteryobójcze, pozwalające pozbywać się szybko bakteryi sztucznie do niej wprowadzonych; niektóre tylko wody źródlane własności tej nie posiadają. Własność ta związana jest w wodzie z obecnością i rozwojem pierwotniaków. Oczyszczanie się wody z bakteryi objawia się w sposób nagły, po upływie pewnego czasu, w ciągu którego przygotowują się własności bakteryobójcze, względnie odbywa się rozmnażanie się pierwotniaków. Na rozwój pierwotniaków w wodzie wpływa i wywołuje go autoliza bakteryi — powstałe z niej produkta; — najprawdopodobniej oddziałują produkta, wytworzone przez życie bakteryi, na formy życiowe i otorbione pierwotniaków. L. Bier.

Dold. **Badania porównawcze nad wartością praktyczną metody strącania przy poszukiwaniu bakteryi okrężnicowych w wodzie.** (Zeitschr. f. Hygiene Tom 66, 1910). Autor porównywał metody Fickera i Federolfa, polegające na wywoływaniu w badanej co do bakteryi okrężnicowych wodzie strątów przez dodatek siarkanu żelazawego z metodą angielską Mac Conkeya. Ostatni miesza stopniowe — od 0,01—100 cm — ilości wody z pożywką, zawierającą taurocholan sodowy i czerwień obojętną (Neutralrot), — trzyma mieszaninę przy ciepłocie 42° C. w kolbkach fermentacyjnych przez 2 dni, a wykazujące gaz i kwasotę kolbki bada dalej szeregiem kultur i reakcyi biologicznych. Zastosowując metody strącania, używał D. 25 cm wody, zaprawiał je 0,01 cm 10% rozczynu sody i 0,1 cm siarkanu żelazawego, centryfugował przez kwadrans, a płyn czysty badał sposobem Mac Conkeya, zaś osad rozpuszczał w winianie potasowym i rozpościerał na wielkich płytach, zawierających agar Endo. Metodą stosowaną nie udawało się wprawdzie zawsze wydzielić wszystkich bakteryi okrężnicowych, zawartych w wodzie i osadzić ich na dnie, gdyż na 51 prób 39 razy, mimo to wynik nie był gorszy, niż przy zastosowaniu samej metody Mac Conkeya, a nawet od niej nieco lepszy. Wobec tego uważa D. metody, polegające na strąceniu bakteryi, za lepsze od metody angielskiej, tem zaś więcej, że podają o wiele lepiej ilościowy obraz bakteryi w wodzie, są prostsze i już po 1—2 dniach dają wyniki, gdy zaś metodą Mac Conkeya osiąga się je dopiero po 4 do 7. — Zdaniem autora należy przy badaniach bakteryologicznych wody poszukiwać nietylko typowej bakteryi okrężnicowej, lecz również zwracać pilną uwagę na nietypowe, gdyż dla oceny, czy woda jest do picia przydatną, te drugie posiadają najprawdopodobniej znaczenie ważniejsze, aniżeli pierwsze. L. Bier.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Posiedzenie lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie z dnia 20. VI. 1911 r.

1) Lustgarten przedstawia 3-letniego chłopca, który nie przechodził żadnej choroby gorączkowej, dotychczas nie mówi, nie chodzi o własnych siłach, miewa, jak się zdaje, drgawki. Badanie stwierdza brak wszelkich zmian w kończynach. Chory jednak pozostawiony sobie pada w tył, podtrzymywany stoi niepewnie na rozstawionych nogach, chodzi tylko prowadzony za obie ręce, lub z pewnym trudem za rękę prawą. Uwzględniając przytem stan psychiczny rozpoznaje L. **porencefalię i idyotyzm**, charakterystyczne jednak zaburzenia statyki i chodu przemawiałyby za zajęciem móżdżku.

W dyskusyi Rydel nie jest za rozpoznawaniem siedziby zmian ku tyłowi, ze względu, że należałoby przyjąć duże ognisko chorobowe, aby wytłomaczyć idyotyzm, drgawki, bezład. Wszystkie te objawy może tłomaczyć zajęcie płatu czołowego.

2) Lustgarten przedstawia 11-letniego chłopca z następującymi wywiadami: Dziedzicznie nie obarczony. Bardzo często bity i kopany w głowę. Przed rokiem zauważono, że chłopiec wzdryga się rano przy budzeniu. Przed 4 miesiącami wystąpiły napady, zrazu bez utraty przytomności, polegające na skręcaniu powolnem głowy i oczu w stronę prawą i do góry, stopniowo się potęgujące; w ostatnim miesiącu skręcał się także korpus na prawo, wreszcie pojawiły się ruchy obrotowe ciała dookoła długiej osi. Pod koniec napadów w ostatnim miesiącu stale drgawki w prawej połowie twarzy. Podczas napadu, obserwowanego w ambulatoryum, źrenice nie oddziaływały, ruch obrotowy był nadzwyczaj wybitny, drgawki w prawej połowie twarzy trwały do dwóch minut, w prawej kończynie stwierdzono stan kurczowy mm. prostujących ramię i przedramię. Napad kończył się charczeniem. Podczas napadu chory sprawia wrażenie zupełnie nieprzytomnego, po napadzie przypomina sobie, że go pytano o nazwisko. Po napadzie kilka minut utrzymuje się wybitne porażenie nerwu twarzowego. Badanie dna oka dało wynik ujemny. L. uważa ten przypadek za **padaczkę Jacksona**, która może być skutkiem jakiejś sprawy pourazowej w lewostronnych ośrodkach ruchowych, nie wyłącza jednak zwykłej padaczki.

W dyskusyi Rydel przechyla się raczej ku rozpoznaniu padaczki i sądzi, że obecne napady zwolna prawdopodobnie przejdą w ogólne. Przeciw guzowi po stronie lewej przemawiałoby zboczenie w stronę prawą. — Piltz sądzi, że napady nie mają charakteru padaczkowego, że przeciw padaczce przemawiają utrzymanie świadomości i brak amnezyi przy tak silnych drgawkach. — Blassberg zwraca uwagę na badanie moczu, powołując się na przypadek, w którym przy urazowej padaczce Jacksonowskiej wystąpiła cukrzyca.

3) Borowiecki przedstawia chorą A. W. l. 52, która zgłosiła się po raz pierwszy 1. XII. 1910 ze skargami na silne bóle głowy w ciemieniu i skroni prawej od lat dwu, w ostatnich miesiącach bardzo się potęgujące, większe przy ruchach, zmuszające do leżenia na lewym boku. Wymiotów nie bywało, były mdłości. Kilkakrotne napady drgawek ogólnych. Chora apatyczna, zostawiona sobie zasypiała. Stwierdzono obustronne zapalenie nn. wzrokowych z obrzękiem tarczy, bolesność opukową czaszki nad okiem w okolicy ciemieniowej i na potylicy po stronie prawej. Ruchy i odruchy kończyn niezmienione. Przy chodzie zataczanie się bez wybitnego zbaczania w jedną lub drugą stronę. Rozpoznano **guz mózgu**, być może w płacie czołowym. Postanowiono operacyę dekompresyjną, którą wykonano w dniu 16. XII. 1910 w klinice chirurgicznej. W kilka dni po operacyi bóle głowy ustąpiły, od 7. I. 1911 chora chodzi. Wobec dodatniego odczynu Wassermanna zastosowano rtęć i jod. Bóle głowy występowały później czasem na krótko, nie tak silnie, jak dawniej. W marcu opuściła chora klinikę z polepszeniem, w kwietniu zgłasza się powtórnie z powodu pogorszenia. Bóle głowy występują znowu, choć słabsze, niż dawniej, chwilami zjawia się podwójne widzenie, kilkakrotnie drgawki, po których dłuższe zamroczenie. Porażeń, ani żadnych objawów ogniskowych poza bolesnością po stronie prawej czaszki nie stwierdzono. Tarcze nn. wzrokowych bledsze, granice, zwłaszcza prawej, mniej wyraźne, obrzęku niema.

W dyskusyi Rydel sądzi, że należałoby myśleć tutaj z powodu bezładu o zajęciu móżdżku; gdyby guz leżał w płacie czołowym, dekompresya nie dałaby takiego wyniku co do tarczy zastoinowej, gdyż wtedy pomyślny wynik mógłby się utrzymać tylko kilka tygodni. R. przypomina, że w przypadku o podobnych objawach autopsya stwierdziła guz w wielkiem spoidle.

4) Landau przedstawia chorą S. S. l. 19, z **obustronnem obwodowem porażeniem nerwów twarzowych** na tle gośćcowem.

5) Landau przedstawia P. S. l. 22, chorego od dwóch miesięcy. (Przed rokiem kiła, leczona rtęcią i jodem). Idąc ulicą chory potknął się i upadł na prawy bok. W dwie godziny zauważył, że nie może poruszać ręką prawą. Bolów ani parestezyi nie było i niema. Łopatka prawa nieco niżej ustawiona, niż lewa, ręka prawa skręcona w stawie barkowym na wewnątrz, w stawie łokciowym zupełnie wyprostowana z pronacyą bez fizyologicznego zgięcia. Zaniki dotyczą mm. supra- et infraspinatus, deltoides, biceps, brachialis internus i supinator longus ręki prawej. Wszelkie ruchy czynne w stawie barkowym prawym zniesione prócz skręcania na wewnątrz, zginania i odwracania w stawie łokciowym. Odruch m. dwugłowego zniesiony. Pnie nerwowe niebolesne. Osłabienie czucia dotykowego i bólowego w zakresie n. pachowego. Prawie we wszystkich porażonych i zanikłych mięśniach — odczyn zwyrodnienia. Rozpoznano: **porażenie splotu barkowego górnego**, a mianowicie porażenie nerwów: suprascapularis, axillaris, musculocutaneus, radialis, a prawdopodobnie także n. dorsalis scapulae, (niższe ustawienie łopatki prawej). Wszystkie te nerwy wychodzą według schematu Kochera z 5. korzonka szyjnego, tak, że według tego schematu możnaby przyjąć tylko naruszenie 5. korzonka dla wytłomaczenia wszystkich objawów. Według Duchenne-Erba przyjąćby trzeba uszkodzenie 5. i 6. korzonka lub górnego splotu, powstającego przez połączenie tych korzonków. Według schematu zaś Oppenheima należałoby przyjąć naruszenie 5. i 6. korzonka na granicy ich połączenia w splot barkowy górny.

6) Landau przedstawia chorą M. S., l. 11. Matka chorej liczy lat 46, od 18 lat cierpi na napady z rzucaniem i utratą przytomności. M. S., poprzednio zawsze zdrowa, przed 3 miesiącami dostała bardzo silnych, do dziś trwających bolów głowy w okolicy czołowej i ciemieniowej z brakiem apetytu i częstemi wymiotami. W miesiąc później zauważono »oczy wysadzone na wierzch«, pogorszenie wzroku, wreszcie zaniewidzenie. Od 14 dni chora niedosłyszy na ucho lewe. Przytomności nie straciła nigdy, drgawek nie było. Dawniej wesoła, ożywiona, ruchliwa, jest obecnie poważną i smutną. Czaszka prawidłowych rozmiarów, wszędzie przy opukiwaniu bolesna, głównie jednak w okolicy czołowej i ciemieniowej obustronnie. W obu oczach granice tarczy zatarte, tarcza wyniosła, żółtawo-szara, żyły przekrwione i pokręcone, w okolicy plamki żółtej kępka punkcików jasno błyszczących (badanie kliniki okulistycznej). Niema nawet poczucia światła. Źrenice okrągłe, bardzo szerokie. Oddziaływanie źrenic wprost i współczulne zniesione. Gałki oczne bardzo tylko nieznacznie występują z oczodołów. Ruchy gałek zachowane; przy ustawieniach końcowych czasem krótkotrwałe poziome, a przy patrzeniu do góry pionowe drżenie gałek. Osłabienie nerwu twarzowego

lewego; wyraźne przeciąganie ust w stronę prawą przy pokazywaniu zębów i wygładzenie fałdu nosowo-policzkowego lewego; w gałązce czołowej zmiany bardzo nieznaczne (gorsze unoszenie brwi lewej i słabsze przymykanie lewej powieki). Lewostronne osłabienie słuchu (według rozpoznania kliniki otyatr. po przebytem zapaleniu opon mózgowych). Badanie metodą Baranyego wykazuje tylko przy wodzie o ciepłocie 16—20° C. różnicę pomiędzy uchem lewem a prawem. Przy przepłukiwaniu ucha prawego wodą o tej ciepłocie przez 30 sekund powstaje zbaczanie gałek ocznych w stronę prawą, a poziome drżenie oka lewego; przy przepłukiwaniu ucha lewego już po 15 sekundach obok zbaczania gałek w stronę lewą bardzo wybitne drżenie prawostronne z silnym zawrotem głowy, nudnościami i pobudzeniem do wymiotów. Przy wyższych ciepłotach drżenie oczu obustronnie jednako, niema zawrotów głowy, ani nudności. Badanie galwaniczne prądem 6—8 Mlamp. wywołuje po obu stronach drżenie w stronę katody, zawrót (vertige voltaique) obustronnie w stronę anody. W kończynach górnych i dolnych tylko bardzo znaczne osłabienie wszystkich odruchów ścięgnistych. Niema żadnych zboczeń czucia. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, wykonane w klinice chorób dziecięcych przez Dr Bujaka, wykazało: Ciśnienie początkowe siedząco — 50 mm rtęci, leżąco — 33 mm rtęci; 1 mm^3 — 3 ciałka, białka — 0·03% (Stolnikow), Nonne-Apelt — 0; cukier — prawidłowy; na 100 ciałek białych limfocytów małych 92%, limfocytów wielkich 8%. Odczyn Wassermanna z krwi ujemny, Moro ujemny.

Rozpoznanie wahać się tu może między **ostrem wodogłowiem Quinckego a nowotworem**. Za wodogłowiem na tle surowiczego zapalenia opon przemawiać może ostry początek choroby, wedle podania matki nawet z gorączką. W ramy ostrego wodogłowia dadzą się ująć i wszystkie objawy, przyczem zmiany w zakresie nerwu słuchowego i twarzowego po stronie lewej uważać można za następstwo ucisku na nerwy podstawowe. Przeciw wodogłowiu przemawiaćby mogły brak powiększenia głowy (co zresztą tłómaczy wiek chorej) i rozwój choroby bez zwolnień i przerw. Co do nowotworu, którego tu również wyłączyć nie można, to na razie niema żadnych objawów ogniskowych. Jakkolwiek zdawaćby się mogło, że wobec osłabienia słuchu i nerwu twarzowego, oraz wzmożonej pobudliwości nerwu przedsionkowego (badanie Baranyego) po stronie lewej — punktem wyjścia nowotworu mógłby być »recussus acustico-cerebellaris sinister«, to jednak brak bezładu, wybitniejszego drżenia oczu, a nieznaczne tylko zajęcie nerwu słuchowego i twarzowego i to w ostatnich dopiero czasach, przy dość znacznych objawach ogólnych z zupełną ślepotą od dwóch miesięcy zdają się przemawiać przeciw takiej siedzibie. Ciekawą jest rzeczą, że przy obrzęku tarczy nn. wzrokowych bez zmian zanikowych, chora niema nawet poczucia światła, a źrenice zupełnie nie oddziałują na światło, przy zachowanym odczynie i przy wszelkich ruchach gałek ocznych. — Wobec obustronnego silnego obrzęku tarczy wzrokowych i dość znacznych objawów ogólnych, jest operacya dekompresyjna wskazana, mimo, że chora niema nawet poczucia światła.

7) Dąbrowski przestawia chorego, St. L. l. 16, z **formą paranoidalną przedwczesnego otępienia.**

Wiadomości bieżące.

Kraków. Redaktor główny »Przeglądu lekarskiego« powrócił do swych czynności redakcyjnych.

— Krajowa Rada Zdrowia zajmowała się na posiedzeniu w d. 7. X. 1910 we Lwowie następującemi sprawami: planami kanalizacyi Krynicy, sprawą okręgów położniczych w Brzeżańskiem, taks szpitalnych w Złoczowie, Lubaczowie, Stryju, Jaśle i Rzeszowie, okręgu sanitarnego w Mostach Wielkich, grobowca rodzinnego w Szaflarach, docenta higieny w seminaryum nauczycielskiem żeńskiem w Krakowie i sprawą gruntu pod budowę rządowego zakładu badania środków spożywczych we Lwowie.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 11. X. b. r. posiedzenie, na którem prym. Dr Borzęcki przedstawił przypadek słoniowaciny twarzy i chorego leczonego salwarsanem, poczem odbyły się zapowiedziane wykłady Prof. Cybulskiego i Prof. Krzyształowicza oraz Dr Webera.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 1. X. do 7. X. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 7 † 1 (w tem obcych 2 † —), krztuśca 3, ospy wietrznej 1, płonicy 33 † 8 (3 † 3), odry 12, duru brzusznego 10 † — (4 † —), czerwonki 1 † — (1 † —), jaglicy 2. Dr Janiszewski.

Zmarli: Dr Eugeniusz Dziubanowski, lekarz okręgowy w Slemieniu; Dr Bernard Kibitz w Uhnowie.

Redakcya otrzymała: Prof. K. Oppenheimer: Der Arzt und die Arzneimittel. (Münch. med. Wochenschrift. 1910. Nr 14). — Prof. O. Bujwid: Über die Einwirkung der ultravioletten Strahlen auf Bakterien. (Journal f. Gasbeleuchtung und Wasserversorgung 1911). — A. Maciesza: Nowy sposób wywoływania stanu padaczkowego u świnek morskich. (Wykład na XI. Zjeździe lek. i przyrodn. w Krakowie. Lipiec 1911). — A. Wrzosek i A. Maciesza: Eksperymenty i spostrzeżenia dowodzące, że zniekształcenia kończyn tylnych wywołane u świnek morskich i myszy białych uszkodzeniem nerwu kulszowego, nie przechodzą dziedzicznie na potomstwo. (Kraków, drukarnia Uniwersytecka, 1911)

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

*

Rok L. Kraków, dnia 21. października 1911. Nr 42.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

W jakich postaciach występuje trachoma?*)

Przez

Prof. Bol. Wicherkiewicza.

(Referat wygłoszony w sekcyi okul. XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie).

Pojęcie trachom (od τραχύς szorstki) łączy się z powstawaniem znamiennych wyniosłości mniejwięcej licznych na całej spojówce powiek i załamków.

Wobec podobnych do siebie tworów, które raz uchodzą za trachomę, a w danym razie za jaglicę, to znowu za zapalenie mieszkowe, klinicznie tak odmienne, wśród tych, co na licznym materyale umieli wyrobić sobie zdanie, powstały dwie szkoły, unitarystów, którzy oba twory uważają za jedną i tę samą postać choroby, i dualistów, upatrujących ważną różnicę między mieszkami a jagiełkami.

Rozpatrzmy się w zapatrywaniach wygłaszanych choćby tylko w ostatnich czasach.

*) Wyraz jaglica jako współznaczny nazwie greckiej Τράχωμα uważam za niewłaściwy, gdyż trachoma odpowiada pojęciu zbiorowemu pewnych chorobowych objawów ocznych, które połączone są mniej więcej ze szorstkością spojówki i rogówki, gdy wyraz jaglica odpowiadać winien tylko jednej postaci tejże choroby. Dla ściślejszego określenia choroby dawano jej, jak to w podobnych razach bywa, rozmaite równoznaczne nazwy, ale zawsze niedokładne, nie odpowiadające istocie rzeczy. I tak »ophthalmia aegyptiaca«, przeciw której to nazwie bronią się Egipcyanie współcześni, twierdząc, że choroba ta istniała od niepamiętnych wieków w całym świecie, a do Egiptu zawleczona została z Europy. Dalej »ophthalmia militaris aut bellica«, także niesłuszna nazwa, bo nie samo wojsko niem bywa dotknięte. Jeszcze niestosowniejszą jest nazwa »ophthalmia contagiosa« zapalenie oczu zaraźliwe, bo zaznacza tylko jedną choroby właściwość, wspólną wielu innym chorobom.

Błąd popełniony przez naszych purystów powtórzyli Niemcy, nazywając równie niewłaściwie chorobę tę Koernerkrankheit.

Tymczasem wyraz »trachoma« zyskał sobie prawo obywatelstwa w najrozmaitszych językach europejskich — u Francuzów, Anglików, Hiszpanów, Włochów, no i oczywiście u Greków. Nie widzę więc potrzeby wprowadzania innej nazwy i do tego nieścisłej do naszego języka, gdy tamta utarta odpowiada pewnemu ścisłemu pojęciu, a przytem stała się międzynarodową własnością.

Oczyszczanie wyrazownictwa lekarskiego z dawnych naleciałości obcych nie powinno wszak dziać się kosztem ścisłości pojęć.

Używam więc z powyższych względów na określenie wiadomej choroby ocznej wyrazu greckiego z polską odmianą.

W.

Horner, może najpoważniejszy reprezentant unitarystów, przypuszczał, że zapalenie mieszkowe jest wynikiem miazmatycznego zakażenia tkanki adenoidalnej, a jaglica — produktem zakażenia wydzielinowego przez zarazek, i to spojówki, przez miazmat przygotowanej, z czego wypływałoby, że zapalenie mieszkowe jest okresem wstępnym do zapalenia jagliczego. Takie pojęcie zwalcza Schmidt-Rimpler, słusznie podnosząc, iż jaglica powstaje często na spojówce poprzednio zdrowej. Ze starszych okulistów zaliczają się również do dualistów Schweiger, Michel, Hirschberg i inni. Z młodszych Greef (Studien über epidemische Augenkrankheiten p. 115), mówiąc o błędnych zapatrywaniach unitarystów, przyjmujących przemianę mieszków w jaglicę pisze: »Wer modern naturwissenschaftlich denkt, kann diesem Grundsatze auch nicht mehr huldigen«.

Ostrożniejszy Kuhnt (Ueber die Therapie der Conj. gran. Kl. Jahrb. BVI. p. 421), dualista, twierdzi, że pytanie, czy jaglica, a zapalenie mieszkowe są sprawami różnemi, względnie czy zapalenie mieszkowe jest chorobą odrębną, tylko w okolicy wolnej od jaglicy rozstrzygnąć można.

Adamuck (Rusk. Wiest. oftm. 1892 p. 361) powiada, że każda spojówka posiada mieszki, które przez podrażnienie mogą ilościowo i co do wielkości wzmagać się, ale są wręcz odrębne od jaglicy, pojawienie się zaś ich na spojówce powiekowej zawsze zależnem bywa od swoistego zarazka jagliczego; nadto daje wyraz przekonaniu, że chociażby zapalenie mieszkowe powodował jakiś zarazek, to musi on być odrębnym od zarazka jaglicy. Tegoż zdania jest Wecker i Masselon (Traité d'ophthalm.).

Wogóle przyznać trzeba, że dziś już grono zwolenników identyczności patologicznych objawów tych dwóch obrazów klinicznych bardzo zmalało. To też dziwić się trzeba, że na międzynarodowym Zjeździe w Moskwie Lawrentiew zapewniał, że lekarze wojskowi moskiewscy należą do obozu unitarystów, których już trudno znaleść w gronie poważnych badaczy na polu okulistycznem. Właśnie lekarze wojskowi w tych krajach, gdzie choroba jest prawie powszechną, powinni umieć wyrobić sobie miarodajne zdanie,

Słusznie jednak znowu unitarysta Walter, uczeń Raehlmana, (Conj. follic. u. Trachom, Arch. f. Aughlk. t. 39 p. 68) mówi o dualistach: »Dabei sind die Angaben sehr wenig praecise, besonders, wo es sich um die Unterscheidung der schweren Formen von Conj. follicularis von den leichten Formen des Trachom oder der Conj. granulosa handelt«.

Unitaryści mają słuszność (Walter p. 70) żądając, żeby

na podstawie anatomiczno-patologicznej wzgl. bakteryologicznej zaznaczyć dualizm klinicznych różnych postaci. Dzisiejsze atoli metody badania nie mogą mimo subtelności dać dość pewnych podstaw pod względem bakteryologicznym, jakto się pokazało z poprzednich referatów. Znowu więc nadzieje nasze, jak tyle razy poprzednio, rozwiały się.

A badania histologiczne? One niewątpliwie już nieco więcej rzucają światła, ale trudno w celu rozpoznawczym uciekać się dopiero do wycinania spojówki dla ustalenia rozpoznania. Nawet gdybyśmy chcieli podejmować tę żmudną pracę, a chorych przykrym poddawać zabiegom, to i tu zdania będą podzielone, bo wedle Saemischa mieszki są nagromadzeniem tkanki limfoidalnej z otoczką, gdy jagiełki mają być naciekami ogniskowymi bez takiej otoczki Wedle innych one posiadają ją, a nadto drobne włoskowate naczynia, dające im właśnie barwę czerwonawą.

Podawanie znamiennych dla mieszków rzeczy, a mianowicie, że one nigdy nie przechodzą w tkankę bliznowatą, ani nie prowadzą do zajęcia chrząstki a nawet rogówki, odpowiada istocie rzeczy, ale to wszystko usuwa rozpoznanie na dalszą metę, gdy nam chodzi często lub chodzić powinno o natychmiastowe rozpoznanie choroby i dla leczenia i dla higieny i dla rokowania.

Potrzeba nam więc koniecznie pewnych znamion, ktoreby w przybliżeniu przynajmniej rozpoznanie umożliwiały Gdzie ich szukać?

M i e s z k i występują bez wybitnego przerostu ciałka brodawkowego albo na spojówce prawidłowej, albo zapalnie przekrwionej, są mniej więcej równej wielkości, oddzielnie nie zlewają się, ułożone w rzędach równych. W przewlekłych przypadkach ograniczają się do dolnego załamka, a gdy w górnym się pojawiają, natenczas tylko przy kącikach oka, w ostrych zaś mogą zająć całą powiekową spojówkę. Ale też wtenczas rozpoznanie na razie staje się często niemożliwe. G r a n u l a c y e czyli j a g i e ł k i wielkości rozmaitej pojawiają się w rzędach nieregularnych i często w kilku warstwach, dławiących się wzajemnie, są barwy więcej czerwonawej lub czerwonawo-szarej, a na spojówce górnej powieki nieraz ich rozwój śledzić możemy, gdyż powstają w postaci żółtych punktów, które tutaj zamieniają się tylko w granulacye nie bardzo wystające. Cała spojówka powiek bywa tu zajęta, bo gdzie niema jagiełek, tam znajduje się silny przerost ciała brodawkowego. Pojawiają się one wyjątkowo także i na spojówce gałkowej, a najrzadziej na załamku półksiężycowatym, co może odnieść należy do nabłonka brukowego, dającego więcej odporności. Rozwój jaglicy zazwyczaj bywa bardzo powolny. Niejednokrotnie przypadkowe dopiero badanie obecność jego stwierdza.

W przypadkach, niezbyt częstych, gdy jaglica występuje z samego początku o s t r o, albo gdy przewlekła przybiera nagle ostrą postać, wzmagają się podmiotowe objawy, a mianowicie palenie, pieczenie, ciśnienie, światłowstręt. Spojówka powiek nabrzmiewa, a staje się więcej soczystą; wśród nabrzmienia jagły pozornie giną, a tu i owdzie występują nieraz drobne wynaczynienia.

Obraz to więc podobny do ostrego zapalenia, wywołanego przez pewne drobnoustroje, o których jeszcze będzie mowa, tylko, że gdy w takich przypadkach po 3—4 tygodniach przy odpowiedniem leczeniu objawy te ustępują, a powraca stan prawidłowy, to w razie ostrej jaglicy trwają one dłużej i przechodzą w stan przewlekły.

I dziś jeszcze ostrego zapalenia jagliczego niektórzy autorzy nie uznają. Wecker wprost zaprzeczał jego istnieniu, a tak biegły w bakteryologii ocznej Axenfeld żąda dowodu możliwości wystąpienia jaglicy ostrej. Jeżeli jednak zwrócimy na to uwagę, że Saemisch w okresie 10 lat obserwował 106 przypadków czyli 0·6%, w których ponowne najskrupulatniejsze badanie nie mogło wykryć wtórorzędnego zakażenia, to chyba to uznać trzeba za dowód niezbity takiej postaci jaglicy.

Saemisch mniema, że przy ostrej postaci jaglicy tem słabsze pozostają blizny, im prędzej choroba przebiegła.

Skoro ponowne badania bakteryologiczne nie wykażą w ostrych postaciach ani drobnoustrojów Koch-Weeksa czy pneumokoków, dalej prątka grypy, czy prątka dwoistego Moraxa i Axenfelda, czy innych drobnoustrojów, przypuszczać chyba trzeba, że nieoznaczony jeszcze zarazek jagliczy albo dostawszy się w większej ilości, albo napotkawszy na grunt podatny, wywołuje ostre zapalenie. Takiemu to zapaleniu niejednokrotnie ulegają lekarze, czy to przez własną nieostrożność, czy też przez nieszczęśliwy zbieg okoliczności, np. pryśnięcie zaraźliwej wydzieliny przy wyciskaniu jagiełek. Znam kilka takich właśnie przypadków, gdzie sprawa ostro wystąpiła i długo się wlokła, a zawsze kończyła się bliznami.

Takie zapalenia jaglicze występują nierzadko w postaci ostrego zapalenia mieszkowego, to znowu dają naciek więcej galaretowaty, wskutek czego tę postać Niemcy nazwali »sulziges Trachom«. W nowszych czasach pisano dużo o nieznanej przedtem postaci zapalenia spojówki, dziś doskonale klinicznie określonego przez Parinauda i dlatego jego imię noszącego. Lubo etyologia i zejście choroby zupełnie wyróżniają tę chorobę od jaglicy, to jednak powstać może zamieszanie wobec wyniosłości, rozsianych na spojówkach powiek, a podobnych do jagiełek, jak o tem świadczy przypadek, opisany przez Greefa (Arch. f. Auhkl. 1892), w którym to jednak przypadku dalszy przebieg z zupełnem wyleczeniem bez najmniejszych blizn przemawiał przeciw jaglicy, a za ową nową postacią chorobową Parinauda.

Zachodzić mogą jednak niekiedy wątpliwości co do natury tej choroby, gdy objawy dotyczą osobnika, dotkniętego wybitną jaglicą, jak to się zdarzyło w przypadku Carliniego [1]).

Nie mam zamiaru wchodzić w szczegóły rozpoznania różniczkowego obu chorób, bo to leży poza zakresem mego zadania, ale niech mi jednak wolno będzie zwrócić na to uwagę, iż dziwnym zbiegiem okoliczności pomyłki zachodzą. Sam miałem sposobność przekonać się, iż jaglicę brano za chorobę Parinauda, chociaż obraz kliniczny tej choroby już sam Parinaud tak dokładnie przedstawił, iż trudno go czemś nowem uzupełnić, a trudno także choroby tej nierozpoznać, zwłaszcza jeżeli uwzględnimy przytem i wywiady. Wiadomo zaś wedle dotychczasowych spostrzeżeń, iż zwierzęta domowe, jak pies, kot, a więcej jeszcze mieszkańcy

---

[1]) Carliniego: L'adenopatia poligangliare della conguuntivite infettiva di Parinaud in un caso di trachae. (La clinica oculistica. 1907).

obory narażają człowieka na tę pod względem przebiegu klinicznego ciężką chorobę, ale pod względem rokowania łagodną, bo nie pozostawiającą żadnego po sobie śladu. Ostatecznie wszelkie wątpliwości rozprószy badanie anatomiczne i bakteryologiczne, lub doświadczenie na zwierzętach.

Podobny do jaglicy obraz daje niekiedy gruźlica. Jednak tu guzki spojówkowe mają barwę więcej żółtawą, poza tem występuje gruźlica częściej po jednej tylko stronie. Gruczoły nabrzmiewają przy uchu, pod szczęką i po stronie zajętego oka. Sprawa przechodzi łatwo i na chrząstkę, która grubieje, mniej natomiast, a przynajmniej nie tak wcześnie, na rogówkę; tu znowu nie jako łuszczka, ale w postaci guzków, lekko nad powierzchnię wystających.

Znamienny przypadek miałem niedawno u 14-letniej dziewczynki, gdzie guzki gruźlicze tworzyły kilkowarstwowy pokład, tak na spojówce powiek, jak i załamków i na pierwszy rzut oka sprawiały wrażenie ciężkiej jaglicy. Bakteryologicznie nie stwierdzono żadnych swoistych drobnoustrojów, mikroskop jednak dał obraz znamienny dla gruźlicy. Odczyn Moro był dodatni.

Wobec silnego rozgałęzienia choroby leczyłem ten przypadek wycięciem chrząstki i znacznej części spojówki, przypalaniem pozostałych guzków, a nadto z powodu gruźlicy skóry i gruczołów ogólnie wstrzykiwaniami hetolu. Skutek był widoczny, ale dla zbyt krótkiego, jak na cierpienie, czasu niedostateczny.

Lubo postać jaglicza trachomy o typie czystym należy może do najlepiej poznanych i uznanych, to jednak istnieje postać druga, b r o d a w k o w a (conjunct. trachomatosa papillaris), która w czystej postaci rzadziej występuje, a wtenczas właśnie bardzo często bywa zapoznawaną. Tu pojawia się mniej więcej silne przekrwienie spojówki powiek, spojówka chrząstkowa aż do rowka podtarczkowego (sulcus subtarsalis) odznacza się silnym przerostem ciała brodawkowego, które jej powierzchni nadaje wygląd strzyżonego aksamitu, a na załamkach powstają kosmyki, przerost podścieliska łącznotkankowego. Chory z początku doznaje wrażliwości na dym i światło; miewa trudności przy pracy z blizka, trudności utrzymywania ócz otwartych wieczorem, a również otwierania ich zrana po śnie. Później przyłącza się do tego nieżyt mniej więcej silny, dalej przemijające powierzchowne zapalenie rogówek w postaci drobnych pryszczyków. Gdy stan trwa dalej, łzawienie i wydzielina powodują zapalenie powiek, do czego przyłącza się łuszczka na rogówce. Przebieg, zawsze przewlekły, wiedzie do wytworzenia się bardzo rozległych blizn, pokrywających powierzchnię spojówki powiekowej i załamków, gdy rogówka ulega z czasem powierzchownemu zmętnieniu.

Ta postać, występująca przeważnie u osób dorosłych, rzadziej u dzieci, jest równie zaraźliwa, jak i pierwsza, a czasami chorobą tej postaci całe rodziny widzimy dotknięte. Spustoszenia i powikłania nie bywają tak znaczne, jak przy postaci jagliczej trachomy, ale dolegliwości zato nieraz znaczniejsze, aniżeli przez tamtą wywołane.

Postać brodawkowa łączy się często z jaglicą w ten sposób, że jedna lub druga postać przeważa; niekiedy przedstawia się jednak w tak czystej formie, że ani jednej jagiełki nie spotykamy na całej spojówce. Leżą one może głębiej, zwłaszcza w załamku górnym, ale ukryte dla badającego. Choroba ta bywa, jak wspomniałem, często przeoczona, albo uważana za przewlekły nieżyt spojówkowy z powikłaniami lub bez nich. Przewlekłość sprawy, odporność choroby przeciw zwykłym środkom ściągającym, a przedewszystkiem znamienne powierzchowne rozlane blizny zapobiegają błędnemu rozpoznaniu.

Również nie łatwo pomieszać zapalenie brodawkowe trachomy z wiosennem zapaleniem spojówki, gdzie wyniosłości rozprzestrzenione na całej spojówce tarczkowej przypominają postacią i ułożeniem bruk uliczny, a pomyłki już zgoła niemożliwe, gdy nadto widzimy owe znamienne różowe wyniosłości na granicy rogówkowo-twardówkowej.— Bywają jeszcze t r z e c i e g o r o d z a j u, najrzadsze, typy, a mianowicie takie, gdzie jest skłonność wczesna do przerostu podścieliska łączno-tkankowego adenoidalnej warstwy spojówki, gdy nagromadzenia limfoidalne w tak stwardniałej tkance mniej się rozwijają lub są ukryte w warstwach głębszych. Postać ta zasługuje na miano twardej trachomy (trachoma sclerosans). Ale i tu obok gładkiej, a stwardniałej spojówki widzimy i przerost ciałka brodawkowego i nieliczne jagiełki. Jakie okoliczności do przeważania stwardnienia usposabiają, nie udało mi się stwierdzić. — Wedle tego, co powiedzieliśmy, wypadałoby rozróżniać trzy kliniczne postacie trachomy: trachoma granulosum, trachoma papillare i trachoma mixtum, gdzie dwie lub trzy zmiany omówione spotykamy obok siebie. Oczywiście rzadko spotykamy się z postaciami typowemi bez domieszek drugich typów, które jednak mogą odgrywać rolę bardzo małą.

Po zejściu trachomy, czy tej lub owej postaci, zawsze w miejscu patologicznych zmian powstają blizny już to powierzchowne, już to głębsze. Fakt zgrubienia chrząstki i wypuklenia jej wiodą do tego, że rowek podtarczkowy (sulcus subtarsalis) pogłębia się, gdy powierzchnia przednia chrząstki, wypuklona, nadaje oczom znamienny wyraz. Czysta postać brodawkowa nigdy do tych zmian nie wiedzie.

Postawiwszy sobie zadanie przedstawienia postaci, w których trachoma się pojawia, nie mogę zapuszczać się w opis szczegółowy rozmaitych faz, powikłań i następstw tej trapiącej ludzkość choroby, gdyż i przekroczyłbym zakreślone zadanie, i musiałbym nadużywać cierpliwości Panów, a nadto mówić o rzeczach równie dobrze znanych Panom, jak i mnie.

Ale niech mi wolno będzie tutaj poruszyć jedną sprawę zbyt mało znaną, a w każdym razie zbyt lekko ocenianą, t. j. wpływ ogólnego stanu, czyli pewnych wad ustrojowych na nasilenie choroby, trwałość, a tem samem i skutki trachomy. Każdy z nas doświadczał tego niejednokrotnie, że nieraz nawet ciężkie postacie tej choroby względnie szybko ustępują pod wpływem odpowiedniego leczenia, gdy inne i więcej usposabiają do powikłań i oporniejsze są w leczeniu. Że tu często niedokrwistość, to znowu usposobienie zołzowe pewną odgrywa rolę, i że te stany powinno się leczniczo uwzględniać, by korzystniej zwalczać chorobę oczną, to jest rzeczą chyba aż nazbyt wiadomą. Ale zdarza się niejednokrotnie, że albo powyższych okoliczności nie stwierdzamy, albo gdy stwierdzone uwzględniamy, choroba jednak nietylko przewleka się, ale mimo starannego a różnorodnego leczenia tak co do nasilenia, jakoteż i powikłań wystawia nas na przykrą próbę cierpliwości. Zgrubienie spojówki wzmaga się i dochodzi do niebywałych nieraz sto-

pni, spojówka gałki szybko ulega nacieczeniu, a łuszczka naczyniowa rogówki także rozszerza się, posuwając się za naciekami punkcikowymi, tworzącymi się przy jej dośrodkowym brzegu. Chrząstka grubieje i wywołuje szpecące opadnięcie powiek, a przytem utrzymuje się wydzielina, nie dająca się żadnym środkiem poskromić. To wszystko jest połączone z silnym światłowstrętem, łzawieniem, bolem i przyczynia się do uprzykrzenia losu chorego. Gdy tak sprawa całe lata trwa, przychodzi do znanych następstw, jak zbliznowacenia spojówki i powierzchownych warstw rogówki. Nabłonek rogówki rogowacieje, pokrywa się strupami wysychającego śluzu (xerosis parenchymatosa conjunctivae et corneae), dochodzi do wypuklenia powieki górnej i wrośnięcia, albo podwijania się rzęs i t. d. i t. d. To istna rozpacz, gdzie przez szereg lat biedacy skazani są na ciągłe leczenie, które zaledwo małą im przynosi ulgę.

Cóż tu jest przyczyną tego złego obrotu sprawy? Niewątpliwie złe warunki higieniczne, nieczystość ciała i powietrza, złe odżywianie się, często zaniedbanie, ale wiemy przecie, że w wielu innych przypadkach chory nic nie robi, a choroba sama ustępuje, nawet bez wszelkiej interwencyi, a tylko blizny pozostałe świadczą o przebytej chorobie.

Dziwna rzecz, że gdy kiłę posądza się o wpływ najróżnorodniejszy na rozmaite zboczenia narządów, to możliwości pewnego współdziałania tej tak rozpowszechnionej choroby na przebieg zapalenia trachomowego świat lekarski nie domyśla się.

Widzieliśmy powyżej, że zakażenie okolicznościowe najrozmaitszymi zarazkami może obraz jaglicy zmienić na ostrą, ba, nawet zatrzeć jej obraz. Dlaczego wada konstytucyjna nie miałaby wpłynąć na zaostrzenie, czy zmianę obrazu patologicznego jaglicy? Ponownie zwracałem uwagę na wpływ kiły na trachomę, a dziś, raz jeszcze związek ten podkreślając, jestem w tem korzystnem położeniu, że z najnowszych czasów mogę wykazać, jak leczenie przeciwkiłowe korzystnie wpływa na ciężkie postacie jaglicy, opierające się miejscowemu leczeniu, gdy, już w dawniejszych latach w niejednym ciężkim przypadku takiego zapalenia, skoro wywiady dawały poszlaki kiłowego podkładu u chorego, z dobrym skutkiem leczenie przeciwkiłowe przeprowadziłem. — W nowszych czasach odczyn Wassermanna daje nam możność pewniejszego oznaczenia tego zakażenia, wzgl. wpływu leczenia, gdy odczyn znika równocześnie.

Korzystając z tych zdobyczy nauki, jakoteż z nowego środka przeciwkiłowego, jakim jest salwarsan, zastosowałem go najprzód u 18-letniej dziewczyny, dotkniętej bardzo uporczywem zapaleniem brodawkowem z nielicznemi jagiełkami i zajęciem obu rogówek przez zapalenie łuszczkowe. Chora z nawrotami ponownie przybywała do szpitala krajowego na mój oddział oczny. Ostatni raz przyjęta w drugiej połowie sierpnia z. r., leczona była środkami najrozmaitszymi, ale każda chwilowa poprawa szybko ustępowała. Gdy po 3-miesięcznem leczeniu powieki pozostawały ciężkie, zwieszone, spojówka przekrwiona silnie z nabrzmieniem ciałka brodawkowego, rogówki zaś tak dalece przez łuszczkę świeżą zmętnione, że chora tylko palce bezpośrednio rozpoznawać mogła, wstrzyknąłem, gdy odczyn W. okazał się dodatnim, w pośladki »606« i to d. 18. XI. zrana 0,6. Od tej chwili sprawa zaczęła się polepszać i stała poprawa doprowadziła do tego, iż po 10 dniach chora dobrze oczy otwierała, naloty rogówkowe znikały, łuszczka ścieńczała, przerost ciała brodawkowego mało się uwydatniał. D. 9. XII. już wzrok okazał się o wiele lepszym, a d. 15. XII. w dniu wypuszczenia z kliniki wynosił na pro: 6/24. na lo: palce 3—4 m (dość liczne plamki rogówkowe). — OW jeszcze w końcu listopada był ujemnym. Gdy chora po tak znakomitym względnie wyniku już nie pokazała się, przypuszczać chyba wolno, iż poprawa dalej postępowała pod wpływem przepisanych leków.

Drugi przypadek jest jeszcze znamienniejszy. St. M., 24 l., syn rolnika, przybył 7. V. b. r. z silnem zapaleniem jagliczem w 2. i 3. okresie choroby. Wydzielina obfita, śluzowo-ropna, rogówki pokryte gęstą łuszczką, a światłowstręt tak silny, że tylko z pomocą rozwórek zbadać można rogówki. Pro nie widzi nic, lo; palce bezpośrednio. Najrozmaitsze, skądinąd skuteczne środki prawie żadnego wybitnego skutku nie sprowadziły, a lewe oko poczęło silnie boleć z powodu następowej jaskry, która nadto wywołała wydęcie rozpulchnionej rogówki, T. + 2, W. = palce 1/2 m — a OW wypadł wybitnie dodatni. Wstrzyknąłem 0,6 salwarsanu w pośladek. Już nazajutrz widoczna poprawa, a po 2 tygodniach poprawa tak dalece postąpiła, iż chory swobodnie oczy otwierał, ilość granulacyi zmniejszyła się, naczynia w znacznej części z rogówek ustąpiły, a lewa rogówka tak się wyjaśniła, iż tylko kilka naczyń grubszych ją zasłania. Oko to rozpoznaje palce na 4 m. bez szkieł. Napięcie stało się prawidłowe, bez irydektomii, do której chory był przeznaczony. Pro od 7 lat oślepłe, pokryte bielmem dużem, zrośniętem z tęczówką, przed leczeniem zupełnie naczyniami pokryte, przedstawia się wyraźne, OW. dn. 30. VI. okazał się ujemnym. Tu skutek salwarsanu tak był widoczny, że podobnego po żadnych miejscowych lekach i zabiegach w tak krótkim czasie nie widywałem.

Lubo salwarsan działa skutecznie na przebieg zapalenia jagliczego, gdy ono wprost przez jad kiłowy się zaostrza, to jednak zdarzają się przypadki, gdzie jaglica u osobnika ze znamionami kiły nie znika, gdy inne oczne objawy ustępują.

Tak było u 13-letniej S. U., przyjętej do szpitala św. Łazarza d. 1. V. b. r. z powodu ciężkiej postaci zapalenia miąższowego rogówki (keratitis parenchym. syph. cong. oc. utr.) wraz z silnemi granulacyami. Obok miejscowych środków dostawała chora wewnętrznie mergal, a d. 23. V. po wykazaniu dodatniego O. W. nadto w pośladki 0,3 salwarsanu w glicerynie. Rogówki najprzód lepiej zaczęły się unaczyniać, a następnie wyjaśniać, tak że 16. V. już chora sama mogła się poruszać, odzyskawszy do tego stopnia wzrok, a 23. V. ze środkami odpowiednimi chorą puszczono do domu, obu oczyma rozpoznającą palce na kilka metrów. Spojówki jednak, jak poprzednio, zawsze jeszcze pokryte licznemi granulacyami typowemi, które dopiero pod wpływem galwanokaustyki znikały. A jednak i tu ponowne dalsze badania krwi sposobem Wassermanna dawały wynik ujemny.

Jak w tamtych przypadkach i wielu dawniejszych leczenie swoiste przeciw kile (rtęcią) wpłynęło bardzo korzystnie na zapalenie jaglicze, tak w tym ostatnim przypadku na jaglicę było leczenie takie bez widocznego wpływu. Tu stoimy wobec zagadki, której rozwiązać nie będę się kusić, a jedynie zadaję sobie pytanie, czy w pierwszym okresie trachoma nie jest podatny do tego leczenia lub może wogóle postać jaglicza zapalenia egipskiego. W tamtych dwóch mieliśmy właśnie do czynienia z zapaleniem przeważnie brodawkowem. To rozstrzygnąć mogą chyba dalsze obserwacye, czy doświadczenia i badania ścisłe. Dziś stwierdzam własne tylko spostrzeżenia, a jeżeli wogóle

wspominam o związku trachomy z kiłą, wychodząc poza ramy zadania, którem było przedstawienie klinicznych postaci tej choroby, to na usprawiedliwienie niechaj mi służy wyrażenie przekonania, iż trudno nie poruszyć szczegółów etyologicznych, wogóle tak ważnych w patologii, które wprawdzie trachomy nie wywołują, ale niewątpliwie nadają mu odmienne, czy ostrzejsze znamię i chorobę bez swoistego leczenia czynią odporniejszą.

Trachoma, to od wieków znana, od wieków badana, a jednak zawsze jeszcze niedoceniana choroba ócz, która nietylko szorstką jest w znaczeniu patologicznem, ale szorstką co do losu, na który ludzkość, zwłaszcza najbiedniejszą, wskazuje. Im więcej jej poświęcimy uwagi, im więcej śledzić będziemy nietylko te nieznane zawsze jeszcze drobnoustroje, które jej zaraźliwość tworzą, ale i okoliczności, które niszczący wpływ tychże podtrzymują, tem więcej oddamy usług tysiącom nieszczęśliwych, a równocześnie wydatność społeczną szerokich warstw ludności podnieść zdołamy.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell.

Kilka uwag o wskazaniach i rokowaniu cięcia cesarskiego zaotrzewnego.

Napisał

Prof. Dr Aleksander Rosner.

(Wykład na XI. Zjeździe lekarzy i przyr. polskich).

Jeszcze nie przebrzmiał entuzyazm, z jakim witano wskrzeszoną po długich latach zapomnienia symfizeotomię i hebosteotomię, kiedy w literaturze położniczej zjawiła się operacya, podobnie, jak tamta, — wskrzeszona i podobnie, jak tamta, z zapałem witana. Mam tu na myśli cięcie cesarskie nadłonowe, zalecone przez Franka w r. 1907, do którego rozpowszechnienia przyczynił się najwięcej Sellheim wielką ilością publikacyi i doświadczeń, a przedewszystkiem przekonującym swoim zapałem.

Myślą przewodnią tej operacyi jest wydobycie płodu ponad miednicą, a więc przez powłoki brzuszne i z pominięciem jamy otrzewnej, a więc poniżej jej dolnego załamka.

Myśl nie nowa, poruszona już przez Jörga w r. 1806, wprowadzona w życie przez Ritgena w roku 1821 i przez Physicka w r. 1824, zjawia się na nowo i odrazu zdobywa sobie wielu zwolenników, co więcej, entuzyastów.

Przez trzy lata jesteśmy świadkami jej technicznego doskonalenia się; powstają coraz nowe modyfikacye, których aż czternaście zestawił Morawski pod koniec ubiegłego roku w »Przeglądzie lekarskim«. Ta ilość sposobów dowodzi zapewne wielkiego zajęcia się tą operacyą, niemniej jednak wskazuje na to, że żadna z metod nie zadowalnia zupełnie. Pomijam jednak tę sprawę, gdyż w wykładzie niniejszym mam się zająć nie techniką, tylko wskazaniami i rokowaniem. O ile sprawę techniki rozstrzygnąć można niewielką liczbą własnych spostrzeżeń, o tyle nauka o wskazaniach i rokowaniu oprzeć się musi na znacznie szerszych podstawach.

Rozporządzam materyałem trzynastu własnych przypadków, z których siedem przedstawił Morawski na międzynarodowym Zjeździe ginekologów w Petersburgu, i ogłosił w powyżej wspomnianej pracy. Z tych trzynastu operowanych straciliśmy jedną. Wszystkie dzieci wyszły z kliniki zdrowe. We wszystkich przypadkach wskazaniem było ścieśnienie miednicy względne, we wszystkich czekaliśmy aż do chwili, kiedy zjawiło się doraźne wskazanie wymagające rozwiązania, we wszystkich wreszcie użyliśmy sposobu Sellheima (I).

Na tych własnych przypadkach, o których tu krótko wspominam, nie mam zamiaru i nie mogę oprzeć wywodów na temat, objęty tytułem tej pracy. Za podstawę służą mi nadto doświadczenia cudze.

Rokowania i wskazań nie można właściwie oddzielić od siebie; są ze sobą nierozerwalnie złączone, gdyż o ile wskazanie zależy od rokowania, o tyle rokowanie zawisło na odwrót od wskazania do operacyi w danym przypadku Zdawałoby się, że rokowanie da się wyrazić poprostu w cyfrach; tak robi się zwykle i tak też uczyniono w sprawie nas obchodzącej. Mamy więc zestawienia Jeannina, Holzapfla i Latzki. Mówią one, że ze 190 przypadków cięcia cesarskiego nadłonowego zmarło 14 matek (7·37%), a ze 110 płodów zmarło 9 (8·18%). (Jeannin). Według Holzapfla na 162 przypadków śmiertelność matek wynosi 8%, płodów 8·6%. Według Latzki 150 przypadków ze śmiertelnością dla matek 7·33%, z zakażenia 5·33%. Ale te cyfry nie mówią właściwie nic, i jeśli gdzie, to w tym przypadku potwierdzić można zdanie, że »la statistique c'est un mensonge en chiffres«.

Wartość operacyi wtenczas tylko ocenić można cyfrowo, jeśli dla usunięcia pewnej nieprawidłowości, czy choroby stosuje się tylko ją jedynie i wyłącznie, jeśli nietylko nie współzawodniczy ona z innymi zabiegami, ale i nie współdziała z nimi. Jeśli dla usunięcia tej samej choroby użyć można innych zabiegów i jeśli każdemu z nich wyznacza się inny zakres wskazań, to cyfry śmiertelności lub chorobowych powikłań po operacyi nie zdołają wyłuszczyć jądra prawdy. Oświetlę to drastycznym przykładem.

Kiedy na lwowskim Zjeździe lekarzy i przyrodników omawiałem obszerny temat postępowania przy ścieśnieniu miednicy i, oparłszy się na własnym materyale, chciałem cyfrowo wykazać niebezpieczeństwo poszczególnych zabiegów używanych w przypadkach ścieśnień, doszedłem do przekonania, że największą śmiertelność miała kraniotomia, najmniejszą zaś cięcie cesarskie klasyczne i hebosteotomia. Nietrudno zrozumieć, skąd wynikł ten absurd. Oto kraniotomii używałem tylko w przypadkach cięższych zakażeń, a że zabieg ten nie działa odkażająco i do leczenia gorączki połogowej, rozpoczętej przed rozwiązaniem, nie nadaje się, przeto operowane zmierały na zakażenie bez związku z kraniotomią.

Gdybyśmy więc chcieli w cyfrach ocenić wartość nadłonowego cięcia cesarskiego, musielibyśmy pójść zgoła inną drogą.

Musielibyśmy zestawić, jaka była śmiertelność matek i dzieci przed wprowadzeniem tej operacyi i po tem, i w zestawieniu tem uwzględnić wszystkie przypadki, ope-

rowane i nieoperowane. Ponieważ cięcie cesarskie nadłonowe ma największy zakres wskazań w przypadkach ścieśnienia miednicy i na tym terenie współzawodniczy z licznemi innemi operacyami, przeto trzebaby przedewszystkiem zebrać i rozpatrzeć cały materyał ścieśnionych miednic bez tego zabiegu i z nim. Ale cyfry musiałyby być wielkie, bo i tu zakraśćby się mógł błąd przypadkowy. Próbę takiego obliczenia podjął Baisch, twierdząc, że śmiertelność matek będzie poniżej 1%, śmiertelność dzieci poniżej 10%, a ilość samorodnych porodów podniesie się do 80%. Zestawienia porównawcze (Leopold) wyników cięć cesarskich, klasycznego, doszczętnego i nadłonowego, mijają się zupełnie z celem, gdyż u innych kobiet robiono jedną, u innych drugą operacyę, a co ważniejsze, wybierano dla cięcia nadłonowego lub doszczętnego te przypadki, które się nie nadawały do klasycznego. Mam tu na myśli przypadki t. zw. niepewnego zakażenia, gdzie ciepłota jest niewysoka, ale chora była badana wielokrotnie wewnętrznie, wody dawno odpłynęły i t. d. Te przypadki nie nadają się przeważnie do cięcia klasycznego, natomiast stanowią główny kontyngent operacyi nadłonowej. W porównaniu z przypadkami zupełnie czystymi, a więc przez 14 dni przed porodem wewnętrznie niebadanymi (Fromme, Veit), są one w istocie swojej gorsze, a w każdym razie inne.

Ale i z innego względu zestawienie takie porównawcze niema znaczenia, natomiast potrzebne jest niezbędnie zestawienie całego materyału ścieśnionych miednic. Oto przez zjawienie się nowej operacyi, n. p. na terenie ścieśnienia miednicy, zmienia się cały sposób postępowania w tych przypadkach.

Cięcie cesarskie nadłonowe jest zabiegiem na wskroś zachowawczym. Niema w sobie nic zapobiegawczego, uprzedzającego fakta, prejudykującego. Wszakżeż zabieg ten wykonywa się wbrew temu, co radzi Fehling, dopiero wówczas, kiedy się zjawi doraźne wskazanie, a więc dlatego, że niebezpieczeństwo dla matki lub dziecka już j e s t, nie zaś z tego powodu, że może się w p r z y s z ł o ś c i zjawić. Istnienie tego zabiegu ośmiela nas więc do czekania, zwalcza nasze zakusy zapobiegawczego wkraczania w prawa przyrody i operowania z obawy, że coś złego stać się może. Czekając zaś i obserwując bieg porodu, nie tracimy nadziei, że poród odbędzie się siłami natury, a w ostateczności, jeśliby miało stać się inaczej, mamy w arsenale naszym jeszcze jedną broń, do której mamy zaufanie. I oto raz i drugi, dzięki temu konserwatyzmowi, opartemu na zaufaniu do nowych zabiegów rozwiązujących, rodząca uniknie wszelkiego operowania. Morawski opisał dwa takie przypadki, ja zaś dodać mogę trzeci, w którym poród odbył się siłami natury u osoby ze sprzężną 8 cm, czekającej na cięcie cesarskie. Przypadki te nie byłyby zapewne uniknęły klasycznego cięcia cesarskiego, gdyż, jak wiadomo, operacyę tę wykonywa się na początku porodu, najlepiej przed pęknięciem pęcherza. Mógłby mi ktoś zarzucić, że te trzy przypadki były źle ocenione; odpowiem, że każdy położnik, uwzględniwszy wymiary miednicy i wywiady, byłby je ocenil tak samo, i powołam się na przypadek tak doświadczonego i znakomitego położnika, jakim był Madurowicz, w którego klinice urodziła samorodnie kobieta w czasie, kiedy przygotowywał się do cięcia cesarskiego. Niema nic trudniejszego, jak orzeczenie *„a priori“* w przypadkach względnego ścieśnienia miednicy, że dana osoba na czasie siłami natury nie urodzi.

To, że te trzy kobiety urodziły same, zawdzięczamy istnieniu cięcia cesarskiego nadłonowego i zaufaniu, jakie w niem pokładamy. Na ogólny wynik cyfrowy w przypadkach ścieśnień miednicy nie może to pozostać bez wpływu, a przecież nie znajduje wyrazu w żadnem dotychczasowem zestawieniu statystycznem.

Ale nie na tem koniec. Cięcie cesarskie nadłonowe odbiera innym zabiegom, używanym przy ścieśnieniu miednicy, a przedewszystkiem cięciu klasycznemu, pewną ilość mniej korzystnych przypadków, przez co zmniejsza śmiertelność po cięciu klasycznem, samo zaś przedstawić się może w cyfrach niekorzystnie. Gdybyśmy, przerażeni temi cyframi, zechcieli wyeliminować cięcie nadłonowe, powiększymy tem napowrót śmiertelność cięcia klasycznego. Cała więc umiejętność polega na tem, żeby należycie rozdzielić cały materyał ścieśnionych miednic między poszczególne operacye, przyczem tem pewniej osiągniemy dobre wyniki, im więcej zabiegów mamy do wyboru, a przedewszystkiem zabiegów, pozbawionych idei zapobiegawczej, a więc mających na celu, jako ideał, poród samorodny. Gdybyśmy takich zabiegów mieli dużo do rozporządzenia i to na każdy wypadek, wówczas nicby nas nie mogło uprawniać do nieuzasadnionego, przedwczesnego wkroczenia w prawa przyrody.

Za największą zaletę hebosteotomii i cięcia nadłonowego uważam to, że są takiemi właśnie operacyami, stanowiącemi broń przeciw zabiegom zapobiegawczym, które, przyznać należy, bez nich miałyby zupełną racyę bytu.

Zjawienie się cięcia nadłonowego przechyliło, zdaniem mojem, chwiejącą się w obie strony szalę na korzyść wyczekiwania, a na niekorzyść idei zapobiegawczej i dlatego największy cios zadało przedwczesnemu przerwaniu ciąży i obrotowi zapobiegawczemu. Cięciu klasycznemu i hebosteotomii przyszło natomiast z pomocą; odebrało pierwszemu przypadki co do zakażenia niepewne, drugiej wszystkie pierwiastki, przez co niewątpliwie poprawić musiało wyniki i jednego i drugiej, a równocześnie ogólny wynik naszego działania w przypadkach ścieśnień miednicy.

A teraz do wskazań szczegółowych.

O ile z bardzo obszernego piśmiennictwa dowiedziałem się, wskazań zjawiło się dużo; niektóre z nich znikną niewątpliwie wkrótce. Wymieniam je wszystkie:

1) Ścieśnienie miednicy względne i bezwzględne i wszelki niestosunek porodowy, wywołany nadmierną wielkością płodu. (Wskazanie uznane przez wszystkich).

2) Łożysko przodujące (Sellheim, Reifferscheid).

3) Rzucawka porodowa (Sellheim i inni).

4) Zakażenie dolnych dróg porodowych (Ulcus port. vagin. Sellheim).

5) Nagłe wskazania do »accouchement forcé« (Sellheim).

6) Położenie poprzeczne ze znacznem rozciągnięciem dolnego odcinka i żywem dzieckiem (Fromme).

7) Ułożenie czołowe przy dużem dziecku (Knoop Carlos).

Ad 1). Ścieśnienia miednicy podzielić musimy na bezwzględne i względne.

a) Bezwzględne. Rodząca rozwiązana być może tylko cięciem cesarskiem, przyczem mamy wybór między klasycznem, doszczętnem (Porro) i nadłonowem. Klasyczne nadaje się najlepiej do przypadków zupełnie czystych, przez ostatnie 14 dni niebadanych (Fromme, Veit), zwłaszcza jeśli mamy zamiar wykonać przy sposobności sterylizacyę jajowodową, wytrzebienie (osteomalacia), lub inną operacyę brzuszną (n. p. ovariotomia), dalej u umierających lub zmarłych i tam, gdzie zależy na bardzo szybkiem wydobyciu płodu (n. p. omdlałego).

Cięcie doszczętne (Porro) jest odpowiednie we wszystkich przypadkach wyraźnie zakażonych i w tych co do zakażenia niepewnych, w których chcemy usunąć jajniki (osteomalacia) lub macicę (włókniaki).

Dla cięcia nadłonowego pozostałyby przypadki niepewne co do zakażenia, a więc badane zwłaszcza podczas porodu, lub w których wody dawno odpłynęły, oraz przypadki zupełnie czyste, w których dolny odcinek jest znacznie rozciągnięty, co, jak wiadomo, ułatwia wybitnie tę operacyę.

b) Ścieśnienia względne. Tu prócz trzech rodzajów cięcia cesarskiego wchodzą w rachubę: kleszcze wysokie, przecięcie miednicy i wymóżdżenie.

Do kleszczy wysokich nadają się, zdaniem mojem, wieloródki, u których główka wparta jest do wchodu, bole natomiast osłabły. Wogóle sądzę, że gdzie bardzo silne bole nie mogą przesunąć główki przez miednicę, tam i siła nasza przy operacyi kleszczowej często zawodzi.

U pierwiastek kleszcze wysokie są operacyą ze względu na okaleczenie dróg porodowych znacznie cięższą, niż u wieloródek.

(Dokończenie nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

W. Michajłow. **W sprawie klinicznie rozpoznawalnych zmian trzustki w przebiegu różnych chorób wątroby.** (Prakticz. Wracz 1911, Nr 32—34). Zgłębnik żołądkowy, który już oddał tak wielkie usługi przy chorobach żołądka, obecnie z pomocą tłuszczowego próbnego śniadania Bołdyriewa pozwala do pewnego stopnia sądzić i o działalności drugiego ważnego narządu trawiennego, mianowicie trzustki. Sprawa rozpoznawania chorób trzustki ma już datę dawną, swoją historyę. W r. 1889 Boas ogłosił sposób dobywania »soku dwunastnicy« przez żołądek po poprzedniem odpowiedniem miesieniu brzucha. Następnie starano się rozpoznawać choroby trzustki zapomocą innych metod, mianowicie badania kału, próby desmoidalnej Sahliego, próby Szmidta itp. Nakoniec w r. 1897 Pawłow zwrócił uwagę, że przy wprowadzeniu tłuszczu do żołądka psa wydziela się przez przetokę żołądkową zawiesina z żółcią i sokiem trzustki; zjawisko to zbadał szczegółowo Bołdyriew i otrzymane wyniki ogłosił w r. 1904; wyzyskał to jednakże dla celów klinicznych dopiero Volhard w r. 1907. Obecnie istnieje już w tej sprawie dość znaczna statystyka, która wykazuje, że próba ze śniadaniem Bołdyriewa daje w 70—96% wynik dodatni; odsetek ten jeszcze się zwiększa, jeżeli, idąc za radą Lewińskiego, zobojętnimy magnezyą sok żołądkowy, szczególnie w razie jego nadkwaśności (Koziczkowski). 64 przypadki, w których różni autorowie otrzymali wynik ujemny, tak się przedstawiają: 1) w 23 nadkwaśność, przy której trypsyna łatwo mogła być zniszczona, 2) w 5 opadnięcie żołądka i zwężenie odźwiernika, 3) w 6 charłactwo. 4) w 16 choroby wątroby i trzustki, 5) w 14 ($2^1/_2$% ogólnej liczby ogłoszonych przypadków zastosowania śniadania Bołdyriewa) różne, szczególnie nerwowe choroby, które nie tłómaczą wyniku ujemnego i gdzie wynik taki widocznie zależy od niedokładności samej metody. Metoda Bołdyriewa daje nam tylko odpowiedź na pytanie, czy wydziela się do jelit sok trzustki, o ilości zaś tego wydzielania sądzić nie możemy. Swoje badania prowadził Michajłow w następujący sposób: Przedewszystkiem zapomocą jednorazowego lub wielokrotnego stosowania próbnego śniadania Boas-Ewalda określał czynnościową sprawność żołądka; potem podawał naczczo szklankę najlepszej oliwy prowanckiej bez żadnych domieszek, tylko w razie nadkwaśności dostawał chory jeszcze magnezyę paloną; po 40—45 minutach treść żołądkową wydobywano przez zgłębnik i niezwłocznie badano co do obecności fermentów zapomocą metody Metta przy 3 różnych odczynach. Prócz tego określano obecność barwików żółciowych i ilość kwasów. Z liczby 30 chorych, zbadanych przez autora, nie znaleziono pepsyny u 6, mianowicie: u jednego chorego na wiąd rdzenia z brakiem wydzielania soku żołądkowego i biegunką tłuszczową, u 2 chorych na raka trzustki, u 3 z żółtaczkową przerostową marskością wątroby (cirrhosis hepatis biliaris). Nie u wszystkich pozostałych chorych odczyn trypsyny odrazu dawał wynik dodatni i pod tym względem na szczególną uwagę zasługują chorzy na tak zw. żółtaczkę nieżytową, mianowicie próba z początku dawała u nich wynik ujemny, a następnie w okresie polepszenia i mocniejszego zabarwienia kału — występował wynik dodatni. Związek chorób wątroby ze stanem trzustki już dawniej zwracał na siebie uwagę badaczy (Ehrmann i Lederer, Abderhalden, Schittenhelm, Frank). Kehr w 24% chorób wątroby znalazł zmiany w trzustce, Steinhaus (z pracowni Minkowskiego) na 12 przypadków zanikowej marskości, w 11 znalazł śródmiąższowe zmiany w trzustce (w wysepkach Langerhansa zmian nie było); Poggenpol spostrzegał zmiany w trzustce tak przy przerostowej, jak i przy zanikowej marskości wątroby. W pracach niektórych autorów są wskazówki, że przyczyną żółtaczki nieżytowej nieraz bywa zapalenie trzustki, mianowicie, że obrzękła główka trzustki ściska przewód żółciowy wspólny, przechodzący na przestrzeni $^1/_2$ centymetra przez miąższ główki. Doświadczenia Michajłowa, jak również i innych autorów wykazały, że w początkowym okresie żółtaczki nieżytowej treść żołądkowa po śniadaniu Bołdyriewa nie zawiera trypsyny, barwiki zaś żółciowe w niej się znajdują, odczyn Cammidgea często także jest dodatni. Okoliczności te, a także częsta (w 79%) obecność niezarośniętego przewodu Santoriniego dowodzą, że brak trypsyny nie zależy od mechanicznej przeszkody, lecz od zmian w trzustce, żółć zaś zatrzymuje się z powodu słabego jej naporu. Chociaż powyższe spostrzeżenia nie uprawniają jeszcze do tego, by zapalenie trzustki uważać za przyczynę wszystkich »żółtaczek nieżytowych«, to jednakże autor wyraża zdanie, że sprawa ta musi być nanowo zbadana i wysnuwa następujące wnioski: 1) Tłuszczowe śniadanie Bołdyriewa jest cenną metodą kliniczną dla ustalenia faktu czynności wydzielniczej trzustki. 2) Metoda ta nie pozwala na ilościowe określanie czynności wydzielniczej trzustki. 3) Przy chorobach wątroby klinicznie można rozpoznać zmiany trzustki: a) w przebiegu marskości wątroby, zależne od przewlekłego stwardniającego zapalenia trzustki; b) w przebiegu »żółtaczek nieżytowych«, które nie zawsze są przyczynowo jedną i tą samą chorobą i czasem zależą od nieżytowego zapalenia trzustki. T. Makowski.

Prof. J. Spiżarny. **W sprawie przeciwwskazań do operacyjnego leczenia choroby Basedowa.** (Prakt. Wracz 1911, Nr 23). Operacya wola przy chorobie Basedowa daje pewien odsetek śmiertelności w rękach najlepszych chirurgów. Za przeciwwskazania do operacyi są uważane: prze-

dewszystkiem zmiany mięśnia sercowego, znaczne charłactwo, białkomocz, obrzęk śluzowaty; przeciwwskazania te z wyjątkiem ostatniego są jednak tylko względne; natomiast niektórzy chirurdzy za ważne przeciwwskazanie uważają grasicę przetrwałą (thymus persistens). Autor na 12 operowanych miał 2 przypadki śmiertelne. W obydwu razach częstość tętna zaczynała się zwiększać (do 150) i przed śmiercią występowała niemiarowość i nitkowatość. Na sekcyi znaleziono znacznie zwiększoną grasicę. Objawy śmierci grasiczej spostrzegano także w przypadku operacyi z powodu rozszczepienia podniebienia, a na sekcyi również znaleziono w tym przypadku grasicę przetrwałą. Grasicę przetrwałą względnie często spostrzega się przy chorobie Basedowa (statystyka Copella), a obecność jej jest pewną wskazówką ciężkiej postaci choroby; w takim razie widocznie istnieje hypertymizacya, szkodliwie oddziaływająca na serce i operacya w takich warunkach kończy się niepomyślnie. Autor doszedł do przekonania, że grasicę przetrwałą powinno się uważać za bezwarunkowe przeciwwskazanie do operacyi wola przy chorobie Basedowa. T. Makowski.

Pierieszіwkin. **W sprawie leczenia choroby Basedowa promieniami Roentgena.** (Russkij Wracz, 1911, Nr 35). Autor, stosując promienie Roentgena w 3 przypadkach choroby Basedowa, otrzymał nader zachęcające wyniki. Chorych poddawano działaniu promieni Roentgena 1 raz tygodniowo. Ilość promieni mierzono zapomocą miliampermetru i radiometru Sabourauda; wynosiła ona $^1/_4$ dawki niezbędnej do wywołania rumienia skórnego (E—D. Erythem-dosis). Po każdych 4 posiedzeniach (pełna dawka E—D.) 3 tygodniowa przerwa. Po 2—4 E—D występowało znaczne polepszenie stanu ogólnego i zmniejszenie się gruczołu tarczowego. Na mocy swych spostrzeżeń wypowiada autor zdanie, iż we wszystkich przypadkach choroby Basedowa, w których zwiększenie gruczołu nie jest zbyt znaczne, powinno być stosowane leczenie promieniami Roentgena; w tych zaś przypadkach, w których gruczoł tarczowy bywa znacznie powiększony, leczenie promieniami Roentgena powinno być stosowane dopiero po wycięciu połowy gruczołu. Z. Gilewicz.

Z. Gilewicz i A. Hekker. **W sprawie klinicznego znaczenia oddziaływania moczu z 10% rozczynem azotanu rtęciowego** (liquor Belosthii). (Russkij Wracz, 1911, Nr 35). W 1906 Efimow ogłosił swój sposób rozpoznawania glist w drogach pokarmowych człowieka zapomocą gotowania moczu z 10% rozczynem azotanu rtęciowego. O wyniku dodatnim świadczyć miał mniej lub więcej na ciemno zabarwiony osad, tworzący się po dodaniu do moczu płynu Belosta, jeśli zaś osad po gotowaniu pozostawał białym lub zlekka szarawym, miało to świadczyć o wyniku ujemnym. Cały szereg późniejszych autorów nie stwierdził swoistości odczynu Efimowa, gdyż znajdowano go także przy schorzeniach wątroby i ośrodkowego układu nerwowego, a także w chorobach, przebiegających z podniesieniem ciepłoty. Niemniej jednak istota odczynu moczu z płynem Belosta została niewyjaśnioną. Jedni z autorów podawali, że odczyn zależy od oddziaływania moczu, drudzy, że zależy on od zawartości soli amoniakalnych w moczu, inni zaś (Butenko, Beisele) sądzili, że zależy on od nieznanych składników, zawierających grupy amidowe. Znajdując odczyn ten u 84—91% chorych na porażenie postępowe, radzili niektórzy badacze używać go w celach rozpoznawczych przy tem cierpieniu, uważając go za odczyn swoisty, zależny od obecności w moczu nieznanych składników, tworzących się we krwi chorych na porażenie postępowe i stamtąd przechodzących do moczu.

Gilewicz i Hekker nie mogli stwierdzić swoistości omawianego odczynu w żadnej chorobie; znajdowali go także u ludzi zupełnie zdrowych. Natomiast badając rozczyny prawidłowych składników moczu 10% rozczynem azotanu rtęciowego, wykryli, iż rozczyn ten jest czułym odczynnikiem amoniaku, mocznika i kwasu moczowego. Występowaniu osadu ciemnego przeszkadzają chlorki i w rozczynach wyżej wymienionych składników moczu osad, powstający po dodaniu płynu Belosta bywa tylko wtedy ciemnym, kiedy ilość chlorków w rozczynie jest niedostateczna. Sole kwasu fosforowego wpływają na odczyn w ten sposób, iż dodanie ich do takich rozczynów amoniaku, kwasu moczowego lub też mocznika, z dodatkiem chlorków, które z płynem Belosta dają osad biały, wywołuje powstawanie osadu ciemno zabarwionego. Wobec tego autorowie doszli do wniosku, iż: 1) W moczu ludzkim znajduje się cały szereg połączeń, które z płynem Belosta dają mniej lub więcej ciemny osad. 2) Chemizm oddziaływania moczu z płynem Belosta jest nader złożony i zabarwienie osadu zależy od ustosunkowania prawidłowych składników moczu, dlatego też znaczenia klinicznego odczyn ten nie posiada i może występować także u ludzi zdrowych.

Z. Gilewicz.

W. A. Barykin i P. Majkow. **O leczniczych własnościach surowicy przeciwbłoniczej.** (Russkij Wracz, 1911, Nr 32). Sposób Ehrlicha określania siły surowicy przeciwbłoniczej zapomocą określania ilości jednostek antytoksycznych jest tak rozpowszechniony, że obecnie wszelkie zakłady, które zajmują się wyrabianiem surowic, najwięcej zwracają uwagi na zwiększanie ilości jednostek antytoksycznych w surowicy przeciwbłoniczej. Tam, gdzie istnieje państwowa kontrola nad surowicami, sposób Ehrlicha jest uważany za jedyną miarę dobroci surowic. Co więcej, nawet w tych przypadkach, gdzie ogromne ilości wysokowartościowej według Ehrlicha surowicy, wstrzyknięte chorym w czasie odpowiednim, nie dały spodziewanego wyniku leczniczego, szukają przyczyny niepowodzeń w nieprawidłowem rozpoznaniu, w zakażeniu mieszanem, w różnych innych warunkach, lecz nie w niedostatecznej sile leczniczej zastosowanej surowicy. W r. 1900 Roux, opierając się na doświadczenia Mansona i Danysza, wypowiedział twierdzenie, że lecznicze i ochronne własności surowicy nie zależą ściśle od ilości jednostek antytoksycznych. Oświadczenie Roux pociągnęło za sobą cały szereg prac, które dowiodły, że szybkość, dokładność i trwałość odczynów biologicznych nie zależy od ilości jednostek odporności, lecz od tak zwanej chwytliwości (Aviditât) niwecznika odnośnie do antygenu, którą to własność należy postawić w zależności od molekularnej budowy danej surowicy. Na szczególną uwagę zasługują prace Krausa i Schwonera. Barykin i Majkow wykonali cały szereg doświadczeń, mających na celu sprawdzenie doświadczeń Krausa i Schwonera, a także starali się opracować praktyczniejszy sposób badania własności leczniczych surowicy przeciwbłoniczej. B. i M. w zupełności potwierdzają wnioski Krausa i Schwonera, że lecznicza siła surowicy przeciwbłoniczej nie zależy jedynie od ilości jednostek antytoksycznych Ehrlicha, lecz głównie od owej chwytliwości surowicy względem toksyny błoniczej. Oprócz tego B. i M. twierdzą, że na przebieg doświadczenia na świnkach z toksyną i antytoksyną wpływa to środowisko, w jakiem wstrzykuje się toksynę i antytoksynę i za najlepsze uważają takie, które jak najbardziej odpowiada składowi soków ustroju danego zwierzęcia, a więc surowicę jego krwi. A. Modrzewski.

Prof. Grigorjew. **Nowy prosty sposób przygotowywania i przechowywania wysokowartościowej precypitacyjnej surowicy Uhlenhutha.** (Russkij Wracz, 1911, Nr 36). Z doświadczeń Gr. wynika, że wysokowartościowa surowica precypitacyjna, zmieszana po połowie z 20% lub 30% alkoholem, nie traciła swej siły nawet po upływie 6 miesięcy i pomimo częstego otwierania butelki pozostała cały ten czas jałową. Ten sam sposób zastosował Gr. i do przechowywania wyciągów z plam krwawych, a także materyału, służącego do wstrzykiwań zwierzętom w celu otrzymania surowic precypitacyjnych. Przed użyciem zakonserwowanej surowicy lub innego materyału odparowywał Gr. rozczyn wyskokowy przy zwykłej ciepłocie pokojowej w ciągu 1—2 dni, rozcieńczał osad w stosownej ilości

roztworu fizyologicznego i w ten sposób przygotowany dopiero używał do doświadczeń. A. Modrzewski.

Kolcow. **Mór w stepach kirgizkich od 6. maja do 19. lipca 1911.** (Russkij Wracz, 1911, Nr 35). Autor należał do komisyi, wysłanej w stepy Kirgizkie pod kierownictwem prof. Miecznikowa dla walki z morem. Na mocy badań statystycznych, epidemiologicznych i klinicznych stwierdza autor, iż 1) wśród Kirgizów mór jest chorobą endemiczną, 2) rozsadnikiem zarazy są gryzonie (bobaki), znajdujące się w stepach Kirgizkich w olbrzymiej ilości, 3) nasilenia epidemii moru są najczęstsze w miejscowościach, w których obficie urodziło »agrifolium arenarium«, służące Kirgizom i gryzoniom za pokarm, 4) skutki stosowania surowicy przeciwmorowej w celach zapobiegawczych, a także leczniczych, są wątpliwe. Z. Gilewicz.

Czausow. **Tarbagany a dżuma.** (Russkij Wracz, 1911, Nr 24, 25). Tarbagan, jest to azyatycki bobak (arctomys bobac), który w ogromnej ilości znajduje się w Zabajkalu, Mongolii, Tybecie i niektórych innych krajach. Skórki tego zwierzęcia, oraz jego tłuszcz są przedmiotem handlu i dlatego istnieje wśród tubylców liczny zastęp myśliwych, którzy zmuszeni są wchodzić w bezpośrednią styczność z temi zwierzątkami. Wśród tarbaganów od czasu do czasu spostrzega się mór, który, według zdania wielu badaczy, jest identyczny z dżumą ludzką. Ponieważ dotychczas żadnemu z bakteryologów nie udało się zbadać chorego tarbagana, niezbitych danych w tej sprawie jeszcze nie mamy. Czausow, któremu udało się dostać 9 zdrowych tarbaganów, zajął się wyświetleniem pytania, o ile te zwierzęta są wrażliwe na zakażenie morowe i doszedł do wniosku, że wrażliwość tarbaganów pod tym względem jest bardzo wielka i że obraz anatomo-patologiczny choroby niczem nie różni się od obrazu moru u innych zwierząt pracownianych: świnek morskich, szczurów, myszy, królików i małp. Tarbagany zakażają się także i przez błonę śluzową nosa i oczu. Pożeranie padliny zwierząt przez ich współtowarzyszy można uważać za dowiedzione. Porównując dalej obszary, na których znajdujemy tarbagany i miejsca stale nawiedzane przez dżumę ludzką i rzekomą zarazę morową u tarbaganów, dochodzi Cz. do przekonania, że nigdy nie udało się stwierdzić, by zaraza morowa wybuchła pomiędzy tarbaganami samoistnie tam, gdzie nie było jej u ludzi. Sądzi on, że pierwotna zaraza wśród tarbaganów powstaje wskutek pożerania przez te zwierzątka zwłok tubylców, a chore lub padłe zwierzęta, dostawszy się do rąk łowców, powodują znowu szerzenie się zarazy wśród ludzi. A. Modrzewski.

Szurupow. **O wrażliwości susłów na zakażenie dżumą.** (Russkij Wracz, 1911, Nr 32). Wrażliwość bobaków azyatyckich czyli tarbaganów na mór można uważać za stwierdzoną na zasadzie prac doświadczalnych Szurupowa i Czausowa. W stepach Uralskich i Astrachańskich, gdzie, jak wiadomo, wśród Kirgizów bardzo często bywają epidemie moru, nadzwyczaj rozpowszechniony jest suseł (spermophilus). Gryzoń ten jest także rozpowszechniony we wschodniej Europie, na Kaukazie, w północnej Ameryce i Azyi. Dotychczas w piśmiennictwie niema żadnych wskazówek, aby susły chorowały na mór; dlatego właśnie Sz., któremu udało się dostać około 300 okazów susłów (spermophilus guttatus), zbadał doświadczalnie wrażliwość susła na zarazę morową. Dochodzi on do przekonania, że susły również jak tarbagany są nadzwyczajnie wrażliwe na zakażenie lasecznikiem dżumy. Łatwo i prędko zakażają się one nawet przy stosunkowo krótkim (3-godzinnym) wspólnym pobycie z choremi zwierzętami. Zakażenie następuje także, jeżeli zdrowe zwierzę umieszczono w klatce, gdzie przedtem znajdował się chory suseł. Sz. sądzi, że zarażenie następuje przez błonę śluzową nosa przy wdychaniu i przez błonę śluzową jamy ustnej przy spożywaniu materyału zakażonego dżumą. Radzi on zwrócić uwagę na wszelkie rodzaje gryzoniów w miejscowościach, którym dżuma zagraża. A. Modrzewski.

Neurologia i psychiatrya.

M. N. Łapinskij. **Rzadko spotykane formy ostrego otępienia pourazowego.** (Neurolog. Wiestnik, T. XVIII, z. 2). Streściwszy prace całego szeregu autorów, którzy opisywali zaburzenia umysłowe pourazowe, zwłaszcza zaś występujące po urazach głowy, przytacza autor dwa przez siebie spostrzegane przypadki. Pierwszy z nich dotyczy ślusarza kolejowego, ktory uderzony został w głowę 15-funtowym młotem, druga obywatela wiejskiego, który, poniesiony przez spłoszone konie, z wielką siłą wyrzucony został z sanek na zmarzłą ziemię. W obu przypadkach bezpośrednio po urazie wystąpiła utrata przytomności, trwająca czas dłuższy, oraz powtarzające się w ciągu tygodnia mniejwięcej wymioty. Potem u obu chorych rozwinął się identyczny prawie obraz choroby, wyrażający się wybitnem otępieniem umysłowem z nader znaczną utratą pamięci i silnie zaznaczoną apatyą. Z objawów somatycznych stwierdzono obniżenie czucia skórnego oraz odruchów błon śluzowych. Stan taki trwał prawie bez zmiany przez kilka miesięcy, poczem objawy chorobowe zaczęły słabnąć. Obaj chorzy powrócili do zdrowia mniejwięcej w $^1/_2$ roku po urazie.

Zastanawiając się nad obrazem oględzin pośmiertnych w podobnych przypadkach, zakończonych śmiercią, oraz nad wynikami odpowiednich badań doświadczalnych, dochodzi autor do przekonania, że na obraz, znany klinicznie pod nazwą »wstrząśnienia mózgu« (commotio cerebri) składają się dwie kategorye czynników. Pierwszą kategoryę, a mianowicie poraźne rozszerzenie drobnych naczyń mózgowych z następowym uciskiem tkanki mózgowej przez ciecz, przepełniającą okołonaczyniowe pochewki limfatyczne i przesączającą się do samej tkanki nerwowej, dalej nawet wytworzenie się pewnej ilości drobnych krwiaków ścian tętniczek (aneurysmata dissecantia), — o ile te zmiany nie przekraczają pewnych granic tak, że z czasem mogą ustąpić, — mamy prawo uważać jeszcze za zmiany przechodzące — inaczej mówiąc, czynnościowe. Natomiast zmiany samej tkanki mózgowej, polegające na zwyrodnieniu włókien lub komórek nerwowych, tworzą kategoryę zmian stałych, usunąć się niedających, czyli »anatomicznych« w ściślejszem znaczeniu tego słowa. Zależnie od tego, czy przeważa pierwsza, albo też druga kategorya, przebieg kliniczny choroby będzie pomyślny, jak to było w obu przypadkach autora, albo też przeciwnie zaburzenia będą miały charakter postępujący, doprowadzając do całkowitego trwałego otępienia, względnie do śmierci. S. Trzebiński.

Tutyszkin. **Gruźlicze charłactwo układu nerwowego.** (Obozr. psichiatr. newroł. Bechterewa, 1911, Nr 4). Na podstawie cudzych i własnych spostrzeżeń wytworzył sobie autor następujący pogląd na wzajemny stosunek gruźlicy do nerwic (histeryi, neurastenii, alkoholizmu, padaczki) oraz chorób umysłowych.

1) Zatrucie gruźlicze samo przez się usposabia do zaburzeń psychiki układu nerwowego. (Z jednej strony euforya gruźliczych, albo też pomieszanie omamowe, stany melancholijne i inne nieprawidłowości umysłowe, zdarzające się niejednokrotnie w końcowych zwłaszcza okresach gruźlicy, z drugiej zaś neurastenia lub histerya, wikłająca nieraz początkowe jej okresy).

2) Zdanie, wypowiedziane przez Charcota: »Les nerveux se recherchent« w tem znaczeniu, że mężczyźni nerwowo obciążeni na ogół często się łączą z takiemiż kobietami, należy rozszerzyć w sensie takim, iż również względnie często zdarzają się związki chorych na kiłę z alkoholikami. Że zaś alkoholicy łatwo zachorowują na gruźlicę, chorzy na gruźlicę także nierzadko oddają się alkoholizmowi, a nakoniec osobniki, należące do jednej i drugiej kategoryi, znowu mają skłonność do zawierania między sobą małżeństw, więc wynikiem tych wszystkich kombinacyi bywa tak zw. wielopostaciowa (polimorficzna) dziedziczność gruźliczo-kiłowo-psycho-neuropatyczna, wyrażająca

się występowaniem w takich rodzinach różnych psychoz i nerwic obok gruźlicy. Wywody swe popiera autor przykładami występowania obu grup stanów patologicznych w podwójnie, to jest gruźliczo i neuropatycznie obciążonych rodzinach, oraz powołaniem się na badania Rozanowa, które na 1000 protokółów sekcyjnych w zakładach psychiatrycznych Nowego Jorku wykazały 23·2% czynnej gruźlicy. W celu zmniejszenia wpływów szkodliwych, wynikających z powikłania gruźlicy chorobami nerwowemi i umysłowemi, proponuje autor przymusowe odosobnienie w sanatoryach osobników, mogących rozszerzać zakażenie gruźlicze, obok stworzenia zakładów o typie niemieckich »Erholungsheim« dla chorych, dotkniętych początkowymi okresami gruźlicy, zawsze prawie powikłanymi zaburzeniami sfery nerwowo-psychicznej. S. Trzebiński.

A. Muromcow. **Dwa przypadki postępującej przewlekłej pląsawicy.** (Obozr. psichiatr. newrot. Bechterewa, 1911, Nr 4). Opis historyi choroby oraz wyników badania pośmiertnego w dwóch przypadkach pląsawicy Huntingtona. Pierwszy dotyczył 50-letniego bezdomnego włóczęgi, drugi 51-letniej kobiety z alkoholizmem i przymiotem w wywiadach. W pierwszym przypadku podobno matkę chorego »trzęsło w taki sam sposób«, w drugim jeden z braci miał być »nerwowy«. Poza tem dziedzicznych wpływów nie było można wykazać. Choroba w obu przypadkach rozpoczęła się mniejwięcej na 10 lat przed przyjęciem do szpitala, powoli, ale stale postępując. W chwili przyjęcia u obojga chorych ruchy mimowolne odbywały się bezustannie, wzmagając się przy ruchach dowolnych oraz pod wpływem wrażeń, a ustając w czasie głębokiego snu. Istniało obniżenie grubej siły mięśniowej oraz napięcia mięśniowego u obojga chorych, najsilniej zaznaczające się w kończynach górnych — obok pewnego wzmożenia odruchów ścięgnowych. Czucie zachowane. Natomiast wybitne zaburzenia psychiczne; w pierwszym przypadku o typie otępienia z utratą pamięci i apatyą, w drugim również otępienia, ale połączonego z drażliwością i skłonnością do gwałtownych wystąpień. Po upływie 2—3 miesięcy oboje chorzy, których stan zresztą od czasu wstąpienia do szpitala stale się pogarszał, zmarli wśród objawów ostrego nieżytu dróg pokarmowych.

Wyniki badania pośmiertnego narządów nerwowych w obu przypadkach mało się od siebie różniły. I tu i tam zmętnienia i obrzęk miękkich opon mózgowych, przekrwionych w pierwszym, a niedokrwionych w drugim przypadku, pod mikroskopem zaś drobnokomórkowe nacieczenie okołonaczyniowe opon miękkich, zwłaszcza w okolicy zwojów posrodkowych (centralnych). Dalej nizka waga mózgu, 1090 i 1085 gramów, oraz zanik zwojów mózgowych i zmiany naczyń mózgowych. W pierwszym przypadku naczynia korowe, zwłaszcza zwojów pośrodkowych, rozszerzone i wypełnione krwią, która dostawszy się do pochewek limfatycznych i tkanki mózgowej, w niektórych razach doprowadziła do wytworzenia się formalnych jamek. W wielu naczyniach drobnoustroje, gdzieniegdzie wylewy krwi »per rhexin« Ścianki naczyń w wielu miejscach zgrubiałe, w nich nieraz nagromadzenie zielonawego barwnika. W drugim przypadku przeważają w naczyniach zmiany sklerotyczne i naczynia niekiedy zupełnie zamknięte i zastąpione przez naczynia nowoutworzone. Ani tu, ani tam, jak to autor wyraźnie podkreśla, nie znaleziono plazmocytów. Ilość komórek nerwowych w korze mózgowej w obu przypadkach zmniejszona, prócz tego w zachowanych komórkach często zmiany degeneracyjne. W przestworach okołokomórkowych wielka ilość t. zw. »Trabantenzellen«. Zmiany te, najwybitniejsze w korze zwojów pośrodkowych, znajdują się też w móżdżku, wzgórkach wzrokowych i w okolicy jądra czerwonego. W rdzeniu mniej wyraźne zmiany komórek nerwowych, natomiast więcej jamek, powstałych w sposób powyżej opisany. Włókna nerwowe również częściowo zwyrodniałe lub zanikłe. W korze mózgowej zmiany te dotyczą włókien poziomych (tangencyalnych), supraradyalnych i promienistych (radyalnych), w rdzeniu przeważnie włókien, na obwodzie przekroju leżących.

Autor uważa swoje przypadki, a przynajmniej drugi, za potwierdzenie zdania, wypowiedzianego poprzednio już przez innych autorów, że dla pojęcia pląsawicy Huntingtona nie jest konieczna obecność dziedziczności w ciasnem, pierwotnie przez Huntingtona ustanowionem znaczeniu. W wielu przypadkach, należących bezsprzecznie do kategoryi tej ciężkiej choroby, daje się bowiem wykazać w najbliższej rodzinie chorego co najwyżej tylko wogóle nerwowe obciążenie. S. Trzebiński.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie dnia 3. VII. 1911 r.

1) Czł. N. Cybulski przedstawia pracę p. Maryana Eigera: **Podstawy fizyologiczne elektrokardyografii.** Część I. Kształt zasadniczy krzywej elektrokardyograficznej i wyjaśnienie powstawania załamków krzywej.

Autor dokonał szeregu doświadczeń na niewyciętych i wyciętych sercach żab, a poczęści i psów, następnie na jednoprzedsionkowych i jednokomorowych sercach ryb i ostryg oraz raków. Za materyał doświadczalny służyły nietylko serca całe, lecz również części serca, samoistnie bijące i odosobnione; więc przedsionki po odcięciu komory, bijąca zatoka żylna żab po odcięciu przedsionków wraz z komorą, kurcząca się samoistnie opuszka tętnicy głównej, wreszcie bijące wpusty żył głównych.

Autor dochodzi do następujących wniosków: 1) Pogląd dotychczasowy, jakoby załamki krzywej elektrokardyograficznej Q, R, S i T były wyrazem zjawisk elektrycznych, występujących wyłącznie w komorach, jest nieuzasadniony. 2) Analogiczne załamki q, P, s i t występują zarówno w nieodciętych, jak w odciętych przedsionkach serca żabiego. 3) Załamki, analogiczne do komorowych R, S, T, występują również w bijącej opuszce tętnicy głównej i zatoce żylnej. 4) Ponieważ pęczek Tawary, wchodząc do komory, rozgałęzia się pod wsierdziem, tak iż część włókien idzie ku górze, ku podstawie komory, a druga część ku koniuszkowi serca, przeto stan czynny po wejściu do komór rozchodzi się jednocześnie ku podstawie komory i ku koniuszkowi serca. Wyrazem przejścia stanu czynnego przez podwsierdziowe włókna ku podstawie komory jest załamek Q, a wyrazem przejścia tegoż stanu i ku koniuszkowi serca jest załamek R. W przedsionkach stan czynny, przechodzący z zatoki żylnej, rozchodzi się również jednocześnie ku górze i ku dołowi i dlatego z przedsionków otrzymuje się podobne załamki q i P. 5) Załamek S i T otrzymuje się nietylko z zagiętych dwukomorowych serc zwierząt wyższych, lecz z serc prostych jednokomorowych i jednoprzedsionkowych, oraz z serca raka. 6) Krzywa elektrokardyograficzna komory lub przedsionka powinna być podzielona na dwie odrębne części, genetycznie różne. a) Załamki Q, R, S (względnie q, P, s) stanowią odrębną całość i są wyrazem prądów czynnościowych przedskurczowych oraz różnic potencyałów, wytwarzających się w sercu przed okresem mechanicznej czynności (»okres prądów czynnościowych«). b) Okres S_0 T wraz z załamkiem T (względnie s_0 t i t) czyli »okres biochemizmu« jest wyrazem procesów chemicznych, zachodzących w sercu w czasie jego mechanicznej czynności. Wzmagając proces anabolizmu lub katabolizmu, można w okresie tym wywoływać poniekąd dowolnie wychylenia w odpowiednim kierunku.

2) Czł. N. Cybulski przedstawia pracę p. J. Dunin-Borkowskiego: **O polaryzacyi nerwów.** Autor opraco-

wał nową metodę mierzenia polaryzacyi nerwów, która pozwala badać prawa polaryzacyi (zależność polaryzacyi od czasu i od siły polaryzującej). Autor stwierdza: 1) że po upływie pewnego czasu polaryzacya dochodzi do maksymalnej wartości, potem maleje; 2) że opór nerwów podczas polaryzacyi wzrasta tylko w przypadku używania silnych prądów. Ten ostatni fakt uzasadnia możliwość całkowania równania Hermanna, które wyraża prawo polaryzacyi nerwów. Autor znalazł również prawo depolaryzacyi nerwów, które w pracy podaje i dyskutuje.

3) Czł. N. Cybulski przedstawia pracę własną p. t.: **Prądy elektryczne w mięśniach nieuszkodzonych i uszkodzonych, oraz ich źródło.** Autor twierdzi i przytacza na to dowody, że w mięśniach najzupełniej nieuszkodzonych można zawsze wykazać na powierzchni prądy, mające kierunek wstępujący. To samo można widzieć także na mięśniach uszkodzonych, pozostających w spoczynku, jeżeli połączymy poprzeczny przekrój dolny z poprzecznym górnym. Elektromotoryczne siły mięśni, według autora, mają swe źródło w przemianie materyi, która charakteryzuje mięsień żywy, i znikają, gdy mięsień umiera lub zostaje uśpiony eterem lub chloroformem.

4) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę pp. J. Buraczewskiego i L. Krauzego: **O kwasie oksyprotsulfonowym.** (Część I.). Autorowie utleniali różne gatunki białka kameleonem. Otrzymany produkt, nazwany przez Malego kwasem oksyprotsulfonowym i uważany przez nowszych badaczy za mieszaninę różnych ciał, udało im się przez wygotowanie najpierw z bezwodnym kwasem octowym, a potem z 96% alkoholem, rozdzielić na kilka składników, różniących się rozpuszczalnością w tych odczynnikach. Rozdzielone składniki badali następnie co do zachowania się względem odczynników białka: odczyn Millona i ksantoproteinowy wypadły ujemnie, Molischa i Adamkiewicza naogół dosyć niepewnie, natomiast odczyn biuretowy i z ługiem i octanem ołowiu każą przypuszczać, że poszczególne frakcye przedstawiają rozmaite stopnie utlenienia białka. Spalenia elementarne nie doprowadziły do pewniejszych wniosków, dalsze więc badania nad istotą tych wyosobnionych produktów są w toku.

5) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę p. A. Krzemeckiego: **O jodowaniu i bromowaniu ciał białkowych.** Autor poddawał rozmaite białka działaniu eterowego i metyloalkoholowego rozczynu jodu i bromu i otrzymał produkta białkowe, zawierające max.: a) przy użyciu białka kurzego 28·29—29·6% J i 18·05% Br, b) przy użyciu białka z krwi 28·48% J i 20·49% Br, c) przy użyciu sernika 19·1—24·9% J, d) przy użyciu białka roślinnego 34·6% J, przy możliwie nierozłożonej cząsteczce białka. Otrzymane produkta badano dalej pod rozmaitymi względami. Przy ogrzewaniu jodowanych produktów z lodowatym kwasem octowym, jakoteż przy traktowaniu na zimno acetonem i tiosiarczanem sodowym odszczepiają się pewne ilości chlorowców, z czego autor wnosi, że istnieją one w białku w rozmaitych wiązaniach. Przy gotowaniu z wodą wysoko jodowane i bromowane produkta białka przechodzą z krwi całkowicie do rozczynu, podczas gdy takie produkta z białka kurzego i sernika przechodzą do rozczynu tylko częściowo. Produkta rozpuszczalne w wodzie rozpuszczają się w alkoholu i z alkoholowych rozczynów strącają się eterem. I te produkta zawierają również chlorowiec. Próby trawienia jodowanych i bromowanych produktów białkowych dały we wszystkich przypadkach wyniki dodatnie. Autor wreszcie badał zachowanie się różnych drobnoustrojów na pożywkach, zawierających niewielkie ilości tych produktów, przyczem okazało się, że produkt jodowany jest mniej korzystny dla rozwoju drobnoustrojów, niż produkt bromowany.

6) Czł. H. Kadyi przesyła pracę p. W. Markowskiego: **O rozwoju zatok żylnych opony twardej i żył mózgu u płodów człowieka 15·5—49 mm.** Praca jest oparta na zbadaniu 9 płodów człowieka długości 15·5—49 mm, czterech metodą Borna rekonstrukcyi plastycznej, pięciu innych na seryi skrawków. Autor wykazuje, że oprócz zatok skalistych, których zawiązki występują jako pojedyncze żyły, wszystkie inne zatoki opony twardej powstają ze splotów żylnych. Te sploty leżą w powierzchownej warstwie (odpowiadającej oponie twardej) tkanki oponotwórczej, oddzielone grubym, nieunaczynionym jej pokładem od żył przy mózgu biegnących. Można je podzielić na parzyste i nieparzyste Do parzystych należą z każdej strony dwa sploty, które autor nazywa: »plexus lateralis anterior« i »plexus lateralis posterior«. Ten ostatni uchodzi do początku żyły szyjnej wewnętrznej, z pierwszego zaś odprowadzają krew dwie grupy żył (obejmujących zwój nerwu troistego) do żyły kształtu esowatego, która leży przy podstawie czaszki i powstała, jak wykazał Selzer, przez połączenie się odcinków »v. capitis medialis (v. cardinalis anterior)« i »v. capitis lateralis« kręgowców. Oba wspomniane sploty żylne łączą się w dalszym rozwoju ze sobą oraz z podobnymi splotami przeciwnej połowy głowy w nieparzysty, trójkątny splot żylny, który u starszych płodów leży w potylicznej okolicy głowy; pozostałością jego jest »torcular Herophili (confluens sinuum)«. Z »plexus lateralis anterior« łączy się bezpośrednio nieparzysty splot opony twardej, który rozciąga się w płaszczyźnie środkowej ponad mózgiem; można go podzielić na części: »plexus medianus mesencephali« i »plexus medianus prosencephali«. Powierzchowna część tego ostatniego, którą autor wyróżnia od reszty splotu jako »plexus sagittalis superior«, bierze udział w budowie zatoki tej samej nazwy; z głębokiej części, leżącej między półkulami na górnej ścianie międzymóżdża, powstaje w rozwoju nieparzysta żyła, nazwana »v. mediana prosencephali«, obie «vv. cerebri internae«, które przez częściowe zlanie się tworzą »v. cerebri interna communis«.

Między »plexus lateralis anterior« a »plexus lateralis posterior« tworzy się z boku tyłomóżdża połączenie żylne, które wraz z końcową częścią wspomnianego splotu tworzy zawiązek zatoki esowatej W przedłużeniu tej zatoki wyróżnia się nieco później w »plexus lateralis anterior« zawiązek poziomego ramienia zatoki poprzecznej, do którego uchodzą wszystkie żyły splotu. Zatoka poprzeczna jest połączona z »v. capitis medialis« zapomocą dwóch żył, które autor nazywa »v. tentorii« (kranialna) i »v. prootica« (kaudalna). Odprowadzają one część krwi, gromadzącej się w zatoce poprzecznej do »v. capitis lateralis« (druga część odpływa do zatoki esowatej) tak długo, dopóki ta utrzymuje się w związku z żyłą szyjną wewnętrzną. Po zaniku »v. capitis lateralis«, krew żylna z czaszki przechodzi w całości przez zatokę esowatą i opuszcza jamę czaszki przez otwór jarzmowy (f. jugulare). Taki stan w układzie żylnym występuje już u płodu długości 33 mm.

Autor opisuje rozwój wymienionych splotów żylnych i żył, ich znaczenie i udział w powstawaniu ostatecznych zatok żylnych opony twardej. Posługując się metodą rekonstrukcyi plastycznej, autor mógł sprostować zapatrywania poprzednich badaczy na rozwój zatok żylnych opony twardej i uzupełnić obraz tego rozwoju nowemi spostrzeżeniami. Po omówieniu rozwoju każdej zatoki, autor opisuje żyły oczodołu i wykazuje, że pierwotnie są dwie żyły odprowadzające krew z tej okolicy, które wpadają do »v. capitis medialis«. Przednia z nich, uważana dotychczas za zawiązek żyły ocznej, zanika, a utrzymuje się w rozwoju tylko tylna, przez Malla nie zauważona.

Posiedzenie dnia 17. VII. 1911 r.

1) Czł. M. Siedlecki przedstawia pracę własną p. t.: **O związku pomiędzy nabłonkiem a tkanką łączną.** Autor omawia związek między warstwami skóry na przylgach jawańskiej żaby latającej. Nabłonek, pokrywający ten narząd, różni się bardzo wybitnie od nabłonka, występującego na powierzchni reszty ciała; jest on złożony z kilku (5—7) warstw komórek dużych, prążkowanych podłużnie, a przypominających swą budową nabłonek włóknisty z przylg naszej rzegotki. Autor stwierdza, że komórki warstwy podsta-

wowej wydają wypustki ku skórze właściwej i łączą się z komórkami oraz z włóknami łącznotkankowemi, a prócz tego z mięśniami gładkimi, przebiegającymi w corium; bezpośredniego połączenia nabłonka z włóknami elastycznemi niema. Włókna elastynowe dochodzą do samej podstawy nabłonka, dążąc prostopadle lub ukośnie ku powierzchni skóry, a pod samą warstwą nabłonkową tworzą gęstą sieć, oplatającą wypustki komórek nabłonkowych; przez oczka tej sieci przechodzą wiązki włókien łącznotkankowych i wypustki komórek, dążące ku nabłonkowi. Połączenie między komórkami oraz włóknami tkanki łącznej utrzymuje się nawet wówczas, kiedy komórki nabłonkowe wchodzą w okres rozrodu przez karyokinezę, i nie przerywa się nawet podczas końcowych okresów tego procesu, kiedy komórki potomne ulegają przesunięciu. Jeśli jedna z komórek potomnych przesuwa się ku górnym warstwom, wówczas ten jej koniec, który był połączony z elementami łącznotkankowymi, wydłuża się tylko, lecz się nie przerywa; wskutek tego między komórkami dolnej warstwy nabłonka istnieją wypustki, idące od komórek z warstw wyższych ku tkance łącznej. Nietylko zatem dolna warstwa nabłonka, lecz i górne jego częśei są ściśle i bezpośrednio związane z podstawą łącznotkankową. Dopiero w dwóch najbliżej powierzchni położonych warstwach ten związek rozluźnia się wskutek zmiany w budowie komórek nabłonkowych. Wreszcie autor omawia szczegółowo budowę włóknistą komórek nabłonkowych oraz jej związek z czynnością przylgi; ścisły związek wszystkich warstw skóry oraz wzmocnienie nabłonka włóknami zapobiega uszkodzeniu warstwy nabłonkowej podczas gwałtownego odrywania przylgi przez zwierzę, skaczące po liściach lub czepiającc się przylgami gładkiej podstawy.

2) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę pp. J. Buraczewskiego i Z. Zbijewskiego: **O czerwonych ciałach brucyny.** W pracy niniejszej opisują autorowie badania nad działaniem chloru i bromu na brucynę. Z badań tych wypływa, że przez działanie owych chlorowców jedna albo dwie grupy metoksylowe brucyny mogą być zamienione na grupy hydroksylowe. Otrzymuje się przytem ciała czerwone, bardzo łatwo rozpuszczalne w wodzie, zawierające wspomniane chlorowce.

(Treść innych prac, przedstawionych na tych posiedzeniach, przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie d. 8. marca 1911.

Przewodniczący: kol. Sterling. Sekretarz: Sonnenberg.

1. Kol. Grosglik przedstawił 4-miesięczne dziecko, u którego rozpoznał na prąciu **gruźlicze owrzodzenie po rytualnem obrzezaniu**, oraz chorego z wysypką przymiotową guzkową, któremu wstrzyknął **salvarsan** i kobietę po wstrzyknięciu tego przetworu. (Przypadki ze szpitala Poznańskich).

2. Kol. Tomaszewski: **O obecnym stanie dyagnostyki czynnościowej nerek.** Polega ona na szeregu metod badania, pozwalających nam wnosić o czynności nerek i o stopniu ich zdolności do pracy. Metody te, według Kapsammera, można podzielić na trzy grupy. Do pierwszej zaliczają się sposoby oparte na fizyczno-chemicznych podstawach, bez jakiegokolwiek sztucznego wpływu na czynność nerek; do takich należą: kryoskopia, przewodnictwo elektryczne i określenie współczynników łamliwości w moczu. Do drugiej, — sposoby, zapomocą których sztucznie oddziałujemy na wydzielniczość nerek, wprowadzając do ustroju rozmaite środki, czy przez usta, czy pod skórę, czy też do żył; tu należą próby z florydzyną, z błękitem metylenowym, z indygokarminem i rozcieńczanie moczu. Do trzeciej wreszcie grupy należą próby doświadczalne zjadliwości moczu. Prelegent omówił wszystkie te metody, wykazał ich dobre i złe strony, więcej szczegółowo uwzględnił kryoskopię i próbę z florydzyną, jako znane mu praktycznie z kliniki krakowskiej. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Kol. Perlis zwrócił uwagę, że prelegent nie wyprowadził ogólnego wniosku o wartości omawianych metod, oraz dodał, że dla chirurga pozostaje rzeczą bardzo ważną stwierdzenie zmian anatomicznych w drugiej nerce.— Kol. M. Silberstrom wspomniał o nowym przyrządzie do kryoskopii. — Kol. Sonnenberg omówił szczegółowo metodę Albarrana z polyuryą doświadczalną, która to metoda polega na tem, że pod wpływem przyjętego przez chorego obfitego napoju (3 szklanek wody lub odwaru jęczmiennego) następuje zaraz po wypiciu wzmożone wydzielanie moczu ze strony zdrowej nerki, ze strony zaś chorej nerki ilość moczu ulega bardzo tylko nieznacznym wahaniom. Sonnenberg szczegółowo opisał technikę wykonywania tej próby, na którą Albarran zapatruje się, jako na próbę, dającą najwięcej gwarancyi ze wszystkich prób, stosowanych do określania sprawności czynnościowej nerek. — Na uwagę kol. Perlisa w sprawie wartości określania zmian anatomicznych w drugiej nerce, odpowiedział Sonnenberg, że określanie sprawności czynnościowej nerki jest dla chirurga rzeczą niemniej ważną. Jako dowód przytoczył Sonnenberg przypadki, kiedy wobec potrzeby usunięcia nerki, dotkniętej gruźlicą, znajdujemy w moczu z drugiej nerki białko; objaw ten bynajmniej nie stanowi przeciwwskazania do usunięcia chorej nerki, ponieważ białkomocz może tu być tylko wyrazem zaburzeń toksycznych, dających się usunąć, lub może być następstwem naprzykład ograniczonego zwyrodnienia skrobiowatego, które może się zatrzymać i nie rozszerzać dalej; i odwrotnie, w przypadku naprzykład marskości drugiej nerki, kiedy w moczu z tej nerki nie stwierdzamy wcale białka, wykonana nefrektomia sprowadzi w ciągu kilku dni śmierć, gdy natomiast stwierdzenie niesprawności czynnościowej tej nerki i powstrzymanie się od operacyi — przedłuży życie chorego.

3. Kolega przewodniczący zawiadomił obecnych, że komitet organizacyjny Zjazdu, wobec blizkiego wyjazdu z Łodzi kolegi W. Jasińskiego, proponuje na jego miejsce kol. Tomaszewskiego. Wybór przez aklamacyę został przyjęty.

Posiedzenie d. 22. marca 1911.

Przewodniczący: kol. Sterling. Sekretarz: Sonnenberg.

1. Kol. M. Cohn przedstawił (ze szpitala im. Poznańskich) kobietę **z brakiem błony dziewiczej, pochwy i macicy.**

2. Kol. Grosglik przedstawił (ze szpit. im. Poznańskich) kobietę, obserwowaną wspólnie z kol. Klozenbergiem, u której rozpoznali **twardzinę skóry.**

3) Kol. Abutin przedstawił (ze szpit. Poznańskich) 3 przypadki wrzodu pierwotnego; zastosował **salwarsan.**

4. Kol. Sterling: **O katalizie.** Kataliza z punktu widzenia fizyologii. Energetyka odczynu. Rola katalizy jako czynnika przezwyciężającego opór i przyspieszającego przebieg odczynu, bez zakłócenia prawa zachowania energii. Fermenty organiczne i t. zw. fermenty nieorganiczne. Analogie w ich działaniu. Rola domniemana katalizy w przebiegu wymiany materyi. Utlenianie w ustroju, oksydazy. Możliwy wpływ na przemianę węglowodanów. Rola domniemana soli w pożywieniu; rola zaczynów wprowadzanych z pokarmem (kofermenty). Widoki wyzyskania katalizy w celach leczniczych (domniemane działanie katalityczne metalów koloidalnych; działanie żelaza, rtęci, jodu). Działanie katalityczne soli wchodzących (często w minimalnych ilościach) w skład wód mineralnych leczniczych. Niższość wód sztucznych w porównaniu z naturalnemi. (Streszczenie własne).

5) Przewodniczący zakomunikował obecnym, że na ręce zarządu złożono podanie, podpisane przez 10 kolegów. Podpisani, powołując się na fakt niezwykle jaskrawej reklamy lekarzy w prasie miejscowej i na udział w reklamie niektórych członków Towarzystwa, proszą zarząd o wy-

konanie uchwały, objętej artykułem 7 »Opinii Towarzystwa lekarskiego łódzkiego w sprawie ogłoszeń lekarzy«. Po krótkiej dyskusyi Ogólne Zebranie uchwaliło polecić zarządowi wykonanie uchwały, objętej wymienionym artykułem.

6) W końcu posiedzenia kol. Tomaszewski pokazał fotografię dziecka, dotkniętego **obojnactwem.**

Posiedzenie d. 5. kwietnia 1911.

Przewodniczący: kol. Krusche. Sekretarz: Sonnenberg.

1. Zakomunikowano, że na posiedzeniu zarządu Towarzystwa, odbytem wspólnie z Komitetem organizacyjnym Zjazdu w d. 4. kwietnia r. b., uchwalono z okazyi 25-lecia Towarzystwa ofiarować dyplomy członków honorowych członkom-założycielom Towarzystwa, których obecnie Towarzystwo liczy 3, oraz 33 lekarzom z Warszawy, prowincyi, Galicyi i Księstwa Poznańskiego za zasługi położone bądź na polu naukowem, bądź społeczno lekarskiem. Ogólne Zebranie zaaprobowało powyższą uchwałę zarządu i komitetu. Postanowiono zaprosić do napisania historyi Towarzystwa kolegów: Pinkusa i Kolińskiego, oraz uchwalono, aby na odczyty na posiedzenia jubileuszowe Towarzystwa w d. 3. czerwca r. b. przyjmować jedynie referaty, stanowiące wynik samodzielnej pracy autora.

2. Przeczytano zaproszenie, które otrzymał zarząd od Stowarzyszenia lekarzy rosyjskich w Moskwie na uroczystość jubileuszową z powodu 50-lecia instytucyi w d. 28. b. m. Postanowiono wysłać telegram.

3. W końcu posiedzenia wybrano z przyczyny wyjazdu kol. W. Jasińskiego bibliotekarzem II. kol. Goldberga.

Sonnenberg.

Posiedzenie lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie

z dnia 27. VI. 1911 r.

1) Lustgarten przedstawia chorą E. P., l. 25, mężatkę. Dziedzicznie nieobarczona, do 14. r. ż. była zdrowa. Wtedy po stwierdzeniu u koleżanki nierównego ustawienia łopatek, poczęła ją prześladować myśl, że i ona ma jedno ramię wyższe. Mimo, iż zapytywany o to lekarz zaprzeczył temu, nie mogła się chora blizko przez rok pozbyć tej myśli, czuła się ogromnie nieszczęśliwą, płakała, nie jadła, nie spała. W 20. roku życia, stawszy się przypadkiem świadkiem spółkowania, blizko rok miała to ciągle w pamięci, czując się bardzo nieszczęśliwą, mimo, iż wyszła za mąż, a z małżeństwa była zadowoloną. Obecnie od 7 miesięcy, odkąd odwiedziła ją siostra, mająca skrzywienie kręgosłupa, prześladuje chorą myśl, że jej dziecko, a potem, że ona sama ma takież skrzywienie. Porady lekarskie nic nie pomogły; chora jest w najwyższym stopniu nieszczęśliwa, straciła zupełnie apetyt, bardzo znacznie schudła, po nocach mało sypia, a i we śnie prześladuje ją myśl o chorobie, nabrała wstrętu do siebie, aż wreszcie przed 3 tygodniami popełniła zamach samobójczy (gazem świetlnym) i ponowiła go przed tygodniem (lysolem). L. rozpoznaje **okresową depresyę,** w której przebiegu za każdym razem wysuwa się na czoło objawów jakieś silne urojenie hypochondryczne.

W dyskusyi Piltz przytacza własne spostrzeżenie, w którem chora po zapuszczeniu kropli do oka jest przekonana, że ma zniekształcenie twarzy i jest z tego powodu bardzo nieszczęśliwa; leczenie jest bez skutku. Zdaniem P. w każdym razie w tych przypadkach chodzi o odrębną postać depresyi, różną od innych stanów maniakalno-depresyjnych. P. podkreśla cechy zwyrodnienia u przedstawionej chorej, tak pod względem fizycznym, jak i psychicznym, świadczące, że zewnętrzne wpływy nie odgrywają tu roli, ale dziedziczność. — Jasieński podnosi chęć podobania się od wczesnego dzieciństwa i inne płciowe objawy u chorej i sądzi zgodne z kol. Franklem, że w psychice chorej jest dużo cech histerycznych i że depresya wystąpiła w przebiegu histeryi. — Borowiecki wskazuje na małą żywość psychiczną chorej, co przemawia przeciw histeryi.

2) Dąbrowski przedstawia chorego J. W., l. 24, kowala. Od 15. r. ż. alkoholizm. Kiły miał nie przebywać. Chory od $3^1/_2$ roku; zrazu cierpnięcie w nodze prawej, idące od dołu ku górze, po trzech miesiącach sztywność i utrudnienie ruchów tej nogi, obok mimowolnych ruchów w stopie prawej ku górze i ku dołowi. Te napady trwały około $1^1/_2$ roku, występując raz lub dwa na miesiąc. Od dwóch lat mimowolne ruchy w dużym palcu prawej nogi, następnie występują bardzo silne drgawki w całej nodze, równocześnie prawie kłucie w barku lewym, poczem drgawki równie gwałtowne obejmują kończynę górną prawą, głowa zaś przekręca się w stronę lewą, — wówczas chory traci przytomność. Utrata przytomności trwa 10—15 minut. Chory nigdy nie upadł, ani nie potłukł się, gdyż w razie napadu, gdy jest jeszcze przytomny, kładzie się do łóżka. Języka nie przygryza, mocz bezwiednie nie odchodzi. Zmian w zakresie nerwów czaszkowych niema. Wszystkie odruchy na kończynach górnych żywsze po str. prawej, niż po lewej. Lekki bezład obustronny; lekkie drżenie przy rozstawionych palcach. Odruchy brzuszne i jądrowe po str. prawej słabsze, niż po lewej. — Kończyna dolna prawa cieńsza. Wszystkie ruchy czynne możliwe, lecz upośledzone, przy ruchach biernych da się stwierdzić stan kurczowy. Odruchy ścięgniste po str. prawej bardzo znacznie wzmożone, drganie padaczkowate stopy i rzepki. Odruchu Babińskiego, Oppenheima, Strümpla niema; objaw Mendel-Bechterewa dodatni i wybitny bezład ruchów po str. prawej. Mierne zaburzenia czucia położenia, w palcach nogi prawej. Chód poraźno-kurczowy w kończynie prawej. Próba Wassermanna-Dungerna z wynikiem ujemnym. D. rozpoznaje tu **padaczkę Jacksona,** o ciemnej etyologii.

W dyskusyi Landau uważa guz za nieprawdopodobny, ponieważ sprawa trwa od 3 lat, bole głowy wystąpiły dopiero przed 3 miesiącami, wymiotów brak, na dnie oczu niema zastoiny żylnej, przeciw kile przemawiają wywiady, ujemny odczyn Wassermanna i stan źrenic; natomiast podnosi L. stwierdzone nadużywanie alkoholu, gwałtowność napadów, podobne zaś objawy spostrzegano już przy **pachymeningitis haemorrhagica.**

Wiadomości bieżące.

Kraków. »Towarzystwo lekarzy galicyjskich« ogłasza, co następuje:

»W myśl ustawy Towarzystwa złożono w depozycie Banku krajowego we Lwowie papiery wartościowe, należące do fundu-

szów Towarzystwa dla wsparcia wdów i sierot po lekarzach. Dotąd złożono 271.100 koron w walorach, mających zabezpieczenie pupilarne. Wobec wzrastającej czynności w Towarzystwie, okazała się potrzeba urządzenia biura, w którem mogą się gromadzić funkcyonaryusze Towarzystwa i mieć pod ręką księgi kasowe, funduszowe, podatkowe, morszyńskie, dalej spisy członków, wykazy prenumeratorów pism, kopiały i księgi korespondencyjne. Biuro znajduje się w zabudowaniu Polikliniki powszechnej, Lwów, ulica Lindego l. 5. Podnieść należy, że Poliklinika w uwzględnieniu celów dobroczynnych, którym służy Towarzystwo lekarzy galicyjskich, wynajęła pokój na biuro z oświetleniem i opałem za bardzo nizką cenę«.

— Z Towarzystwa lekarzy galicyjskich. W ubiegłych kilku miesiącach weszły do Towarzystwa dość liczne podania wdów i sierot po lekarzach o pensye i zapomogi, poparte przez oddziały Towarzystwa lub poważnych kolegów. Okazało się jednakże, że zmarli koledzy do Towarzystwa lekarzy galicyjskich nie należeli, skutkiem czego zarząd nawet zapomóg udzielić nie mógł, gdyż nie może uszczuplać i tak skromnych pensyi i zasiłków dla wdów i sierot po członkach Towarzystwa. Jedna np. wdowa pozostała z 5 dziećmi, druga z czworgiem, inna ma lat 70 i t. d., wszystkie bez sposobu do życia. Zmarłym kolegom, jak stwierdzono, dobrze się za życia wiodło i z łatwością mogli wkładki płacić. Roczna należytość wynosi 25 koron, z tego przypada 18 koron na pisma, bez których lekarz stanąłby poza ruchem naukowym, a za resztę 7 koron zapewnia potrzebującej wdowie pensyę, a sierotom zapomogę. Gdyby wszyscy koledzy wstąpili do Towarzystwa lekarzy galicyjskich, podobne przykre i smutne przypadki nie zdarzałyby się. Dotąd z lekarzy zamieszkałych na prowincyi należy do Towarzystwa tylko 250.

— Zarząd Biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie JWPP. Radcy Dworu Prof. Wicherkiewiczowi z Krakowa i Drowi Serkowskiemu z Warszawy za cenne książki ofiarowane dla Biblioteki Towarzystwa, oraz WP. Zofii Wojciechowskiej, za ofiarowanie księgozbioru, pozostałego po ś. p. Dr Macieju Muszyńskim.

Dr Blassberg, bibliotekarz.

— Redakcya Kalendarza lekarskiego krakowskiego uprasza wszystkich Kolegów, którzy w ostatnim roku zmienili swe miejsce pobytu lub mieszkanie, oraz Kolegów, którzy świeżo ukończyli studya i w poprzedniem wydaniu Kalendarza nie byli umieszczeni, o nadsyłanie swych adresów celem umieszczenia ich w spisie lekarzy galicyjskich na ręce Redaktora Kalendarza, Prof. Dr L. K. Glińskiego (Kraków, Collegium medicum, ul. Grzegórzecka 22).

— Ministerstwo oświaty uznało »veniam legendi« z zakresu psychiatryi, uzyskaną przez Dr Jana Mazurkiewicza na Uniwersytecie lwowskim, za ważną w Uniwersytecie Jagiellońskim.

— Dr Rossberger z Jarosławia poruszył myśl założenia w Karlsbadzie schroniska dla lekarzy na wzór schronisk, utworzonych w innych zdrojowiskach.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 1. X. do 14. X. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 9 † 2 (w tem obcych 5 † 1), krztuśca 7 † 1, ospy wietrznej 3, płonicy 25 † 1 (2 † —), odry 11 † 2, duru brzusznego 8 † — (4 † —), gorączki połogowej 1 † 1 (1 † 1), róży 2 † 2 (1 † 1), tężca 1.

Dr Janiszewski.

Warszawa. »Gazeta lekarska« (41) proponuje, aby w »Przeglądzie piśmiennictwa lekarskiego polskiego«, wychodzącym corocznie w Warszawie, zamieszczać tylko takie rozprawy i demonstracye, co do których we wskazanem źródle można znaleść jakiś rzeczowy opis, a nie sam tylko tytuł.

— Dnia 13 b. m. odbyło się posiedzenie Komisyi antropologicznej przy Wydziale II. Towarzystwa naukowego warszawskiego, na którem p. Edward Loth odczytał następujące referaty: 1) Kilka przypadków waryacyi uzębienia u małp. 2) O potrzebie jednolitego systemu przy badaniu antropologicznem części miękkich. 3) O ważniejszych różnicach antropologicznych w układzie mięśniowym murzynów.

Mianowani: Profesorem chirurgii w Göttingen Prof. Stich z Bonn, profesorem fizyologii w Newcastle Dr Bainbridge, profesorem chirurgii w Marburgu Prof. Fr. König z Gryfii, profesorem med. wewn. w Würzburgu Prof. Gerhardt z Bazylei.

Zmarli: Okulista Prof. Michel w Berlinie, ginekolog Doc. Sitzenfrey w Giessen, znany z prac nad cukrzycą Dr Pavy w Londynie, laryngolog Doc. Ostino w Turynie, Dr Henryk Robowski w Czerniejewie (pow. gnieźnieński).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 25. października 1911 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Dr Kozłowski: O metodzie wstrzykiwań salwarsanu. 2) Dyskusya nad odczytem Prof. Krzyształowicza. 3) Prof. N. Cybulski: Prądy czynnościowe w mięśniach.

Perdynamin

nadzwyczaj smaczny, płynny przetwór hemoglobinowy, nieszkodliwy dla zębów, pobudzający apetyt, znakomicie wypróbowany przy **niedokrwistości** i ogólnem osłabieniu.

Lecithin-Perdynamin

przetwór lecytynowo-hemoglobinowy o wypróbowanem działaniu przy **neurastenii** i innych chorobach nerwowych, przy podupadłem odżywieniu i krzywicy. 236

Guajacol-Perdynamin

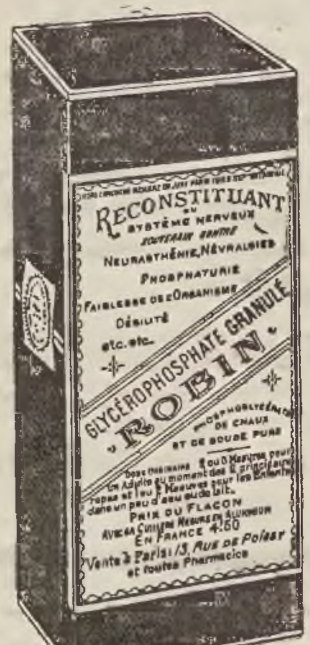
przetwór gwajakolowo-hemoglobinowy polecany przez lekarzy przy **schorzeniach narządów oddechania**, gruźlicy płuc, nieżycie płuc, zapaleniu oskrzeli, krztuścu i skrofulozie.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie.

Próbki Lecithin-Perdynamin tylko za obliczeniem kosztów przez miejsce wyrobu dla Austro-Węgier.

Mr. Camillo Raupenstrauch, em. Apotheker Wien II/1 Castellezgasse 25.

GLYCEROPHOSPHATE
GRANULÉ
ROBIN
103 b



Glycerofosfat wapnia i sody.

Jedyny fosfat ulegający asymilacyi i nie psujący żołądka.

Wprowadzony w szpitalach paryskich.

Działa niechybnie w przypadkach: **krzywicy, osłabienia kości, upośledzonego wzrostu u dzieci, karmienia, ciąży, neurastenii, przemęczenia umysłowego i t. d.**

Bardzo miły w smaku, zażywa się w małej ilości wody lub mleka. — Dla chorych na cukrzycę wyrabia się w kształcie pastylek.

Sprzedaż en gros: 13 rue de Poissy, Paris.

Drobiazgowa: w pierwszorzędnych aptekach.

Fabryka przetworów leczniczych Eugeniusza Matuli

w Radomyślu Wielkim poleca własne przetwory:

MARKA OCHRONNA E. MATULA

Kamphenol Prof. Dra Chlumský'ego.
Znakomity antyseptyk przy róży, ropowicach, ropniakach, czyrakach, przetokach gruźliczych i t. p. Cena flaszki Kor. 2·—.

Pilulae medic. Matula.
Pilulae natr. arsenic. comp. Każda pigułka zawiera: Natr. arsenic. 0.0005 Ferr. protokol. 0.05. Chinin. hydr.-Calc. glycerin. phosphor. Extr. Colae spis. aa 0.03. Extr. nucis vom 0.005. Pulvis rhei q. s. Pigułki te są otoczone cukrem. Cena za flakon o 100 pig. Kor. 4·—. Wydaje się jedynie na przepis lekarski.

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)
w działalności identyczny z syr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony lek krzepiący w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastanii, itp. Zawiera: Żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole podfosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2·—. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w $^1/_4$ szklanki wody. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa). 207

Zawiera ciała lotne jak: Olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo, dokładnie wcieralną. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach gośćcowych różnych postaci,** osobliwie w gośćcu mięśniowym, postrzale, rwie kulszowej, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, wykonane na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5·—. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Ministeryum spraw wewnętrznych w Petersburgu.

Powyższe przetwory są do nabycia we wszystkich aptekach. — Główny skład w aptece WP. Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując, używać zawsze formułki: original. Matula. Nazwy, marka, ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy darmo i opłatnie przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych **EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu Wielkim.**

Rok L. Kraków, dnia 28. października 1911. Nr 43.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Uwagi o leczeniu łożyska przodującego.

Podał

Dr **Emanuel Herz** (Rzeszów).

Zestawienie niniejsze odnosi się do 128 przypadków łożyska przodującego z mej 19-letniej praktyki. Z tych 128 przypadków umarło 14 matek, co równa się 10·9%, mianowicie 10 wskutek krwotoku, 1 na zator powietrzny, a 3 na posocznicę.

59% = 76 matek doznało pierwszego krwawienia między 7—8. miesiącem ciąży.

40% = 52 matek doznało pierwszego krwawienia przy końcu ciąży.

48% = 62 dzieci urodziło się żywych, lub zdolnych do życia.

51% = 66 dzieci było przedwcześnie urodzonych, nieżywych, lub niezdolnych do życia.

W 36% = w 47 razach placenta praevia totalis; z tych przypadków było 35 dzieci nieżywych, lub niezdolnych do życia = 74%, 12 zdolnych do życia, lub żywo urodzonych = 25%.

Z zabiegów operacyjnych stosowałem prócz przebicia pęcherza płodowego, balon pochwowy (kolpeurynter), balon maciczny (metreurynter), obrót sposobem Braxton-Hicksa, 1 raz hysterotomię Buma, 5 razy klasyczny obrót i ręczne wydobycie płodu, 1 raz kleszcze.

Przebicie pęcherza stosowałem 12 × = 9·3%, przytem było 10 dzieci zdolnych do życia, 2 dzieci nieżywych.

Kolpeurynter stosowałem 26 × = 20%, przytem 19 dzieci zdolnych do życia, 7 nieżywych.

Metreurynter stosowałem 21 × = 16%, przytem 14 dzieci zdolnych do życia, 7 nieżywych.

Obrót Braxton-Hicksa stosowałem 58 × = 45%. przytem 17 dzieci zdolnych do życia, 41 nieżywych.

Inne zabiegi stosowałem 11 × = 8·5%, przytem 6 dzieci zdolnych do życia, 5 nieżywych.

Ogólna śmiertelność dzieci przy poszczególnych zabiegach wynosiła:

1) Przy przebiciu pęcherza = 16%.
2) Przy balonie pochwowym = 26%.
3) Przy balonie macicznym = 33%.
4) Przy zabiegu Braxton-Hicksa = 70%.
5) Przy innych zabiegach = 45%.

(Do tych innych zabiegów zaliczam 1 cięcie cesarskie przez pochwę [hysterotomia Bumm], 5 przypadków obrotu i ręcznego wydobycia płodu, 2 przypadki poprzecznego ułożenia płodu i obrotu na nóżki, 3 przypadki ułożenia czaszkowego, 1 kleszcze).

6) Ogólna śmiertelność dzieci przy zupełnem przodowaniu łożyska = 74%.

Główną zasadą moją w leczeniu było, kobietę, która w drugiej połowie ciąży doznała znaczniejszego krwotoku bez poprzedzających bolów, i u której domyślać się było można, że krwawienie pochodzi z łożyska przodującego, — natychmiast rozwiązać, bez względu na życie płodu. Głównie chodziło zatem o to, aby nie doszło do drugiego krwotoku.

W leczeniu kierowałem się następującymi względami:

1) Chodziło o stan zdrowia, w jakim się znajdowała matka, gdy zacząłem ją leczyć, t. z. czy raz lub więcej razy krwawiła, lub czy była całkiem niedokrwista.

2) W jakim okresie znajdowała się szyjka macicy, tj. czy była mniej lub więcej rozszerzona i podatna, czy też była zupełnie utrzymana i niepodatna.

3) W jakim okresie ciąży znajdowała się matka, tj. czy była w ostatnim miesiącu ciąży, czy też jeszcze daleko było do końca ciąży.

Do tamowania krwi, a zarazem rozszerzenia szyjki macicy od wielu lat nie używałem więcej tamponów z gazy, gdyż te dawały najgorsze wyniki i do celów tych wcale się nie nadawały.

W ostatnich latach używam jedynie jeszcze balonu pochwowego (kolpeurynter Brauna), a to największych numerów, których specyalnie na moje żądanie dostarcza mi fabryka. Balon taki jest rozciągliwy i dobrze napełniony rozszerza sklepienia, a zatem i szyjkę, a gdy poleży kilka godzin, wtedy prawie zawsze rozwiera szyjkę na 2—3 palce, zwłaszcza u kobiet, które poprzednio już krwawiły.

Gdy odpowiednie rozszerzenie nastąpiło, wtedy kieruję się co do dalszego zabiegu stanem zdrowia matki, i tem, czy płód jest donoszony i dojrzały, czy też nie.

Jeżeli stan matki dobry, a płód zdolny do życia, donoszony, wtedy używam balonu macicznego (metreurynter), który ocala o wiele więcej dzieci, aniżeli jakakolwiek inna metoda leczenia, jednak dla matki nie jest on tak bardzo bezpieczny, a to dlatego, że wymaga dwóch zabiegów t. j. a) wkładania balonu, nieraz połączonego ze znacznem krwawieniem, b) po wypadnięciu balonu obrotu i ręcznego wydobycia płodu, który to zabieg również z obfitem krwa-

wieniem nieraz jest połączony. To też właśnie jest główną przyczyną, że w praktyce balon maciczny niechętnie jest używany.

Balon ten zakładam zawsze po poprzedniem przebiciu pęcherza płodowego. Podnoszę szczegół ten głównie dlatego, bo w ostatnich czasach spotkałem się ze zdaniami niektórych lekarzy niemieckich (Zimmermann, Zentralbl. f. Gyn. 1909, Nr 10 i Füth, Zentrbl. f. Gyn., 1911, Nr 5.), którzy radzą balon maciczny zakładać między pęcherz płodowy a ścianę macicy. Ponieważ przy takiem postępowaniu następuje nietylko znaczne krwawienie z powodu odklejenia się łożyska na wielkiej przestrzeni, ale także sposobność do zakażenia, dlatego uważam metodę tę za niewłaściwą.

Jeżeli chodzi o zupełne przodowanie łożyska (plac. pr. totalis), wtedy staram się palcami jak najostrożniej przedziurawić łożysko, aby go nie odkleić i nie wywołać krwotoku. Jeżeli to się nie uda, wtedy zakładam wziernik i przecinam łożysko zapomocą nożyczek i szczypczyków, a gdy otwór dostateczny, wprowadzam balon.

W ostatnich czasach nie obciążam balonu, ani też nie pociągam silnie, gdyż miałem przypadki pęknięcia szyjki, połączone ze znacznem krwawieniem; pociągam tylko bardzo lekko wtedy, gdy krwawi, a jeżeli i to nie pomoże, usuwam pęcherz i robię obrót sposobem Braxton-Hicksa, mimo obawy, że żywe dziecko obumrze. We wszystkich jednak tych przypadkach, w których chodzi o płód niedonoszony, niezdolny do życia, albo w których ogólny stan zdrowia matki wymaga szybkiego ukończenia porodu — wykonuję obrót sposobem Braxton-Hicksa. Tego samego zabiegu użyłem także w większej liczbie przypadków całkowitego przodowania łożyska (plac. pr. totalis), gdyż płody tu po większej części wystawione są na tak wielkie niebezpieczeństwo życia, że zdaje mi się racyonalniejszem, więcej względu mieć na matkę, niż na i tak prawie stracony płód.

Z powodu obawy rozdarcia szyjki macicy wykonuję w tych razach bardzo często przedziurawienie następującej główki płodu, jeżeli zaś obawa ta nie zachodzi, a płód żywy i donoszony, wtedy doprowadzam mu powietrze palcem lub cewnikiem.

W okresie poporodowym, który wymaga najwięcej baczności ze strony lekarza, — albowiem każda kropla krwi u kobiety zupełnie niedokrwistej może rozstrzygać o jej życiu — nie czekam, aż się łożysko samo odklei, lecz natychmiast po urodzeniu się dziecka wykonuję zabieg Credego, ale tylko w tych przypadkach, gdzie chodzi o boczne przodowanie łożyska (placenta praev. lateralis lub marginalis), gdyż w tych razach górna połowa łożyska znajduje się w samej jamie trzonu macicy i mogę się spodziewać odklejenia za uciskiem. Jeżeli zaś chodzi o całkowite przodowanie łożyska, wtedy zabiegu Credego nie używam, gdyż ucisk wywarty na trzon macicy nie może mieć żadnego skutku, ponieważ tam łożyska niema; wtedy ręką odklejam łożysko i tamponuję sposobem Dührssena całą macicę, sklepienia i górną połowę pochwy gazą, gdyż miałem smutne przypadki śmierci matek z krwotoku po 10 i 12 godzinach po porodzie, przy którym wszystko odbyło się w najlepszym porządku. Oprócz tego daję sporysz podskórnie, a gdy krwawienie ostatecznie ustało, stosuję rozczyn soli fizyologicznej, ewentualnie kamforę.

Kilku słowy wspomnieć należy jeszcze o pęknięciu szyjki macicy.

W praktyce swej zauważyłem, że w największej części przypadków skrwawienia się matek chodziło o rozdarcie szyjki macicznej, zazwyczaj nierozpoznane.

W przypadku krwawienia z pękniętej szyjki, tamponuję — aż do czasu przybycia asysty — macicę, szyjkę, sklepienia i pochwę sposobem Dührssena. W wielu razach wystarczyła sama tamponada. Jeżeli zaś krew wydobywa się przez tampon i asysta jest na miejscu, wtedy wywieram ucisk na macicę przez powłoki brzuszne i spycham ją tak głęboko na dół, aż szyjka pojawi się w szparze sromowej, zakładam 1 do 2 kleszczyków Muzeaux, celem przytrzymania jej i zeszywam od góry do dołu. Takie wytłoczenie macicy przez powłoki brzuszne udaje się bardzo łatwo zaraz po porodzie i ma podwójną wartość: po pierwsze tętnice maciczne ulegają załamaniu z powodu zepchnięcia macicy i zazwyczaj przestają krwawić, powtóre szyje się bardzo wygodnie zewnętrznie, przed częściami rodnemi.

Po zeszyciu szyjki tamponuję po raz wtóry macicę, a szczególnie szyjkę i sklepienia i nie opuszczam chorej przez kilka godzin.

W końcu pozwolę sobie jeszcze pokrótce wspomnieć o cięciu cesarskiem przez pochwę i przez powłoki brzuszne przy łożysku przodującem.

Co do pierwszego zabiegu, to nietylko Bumm, który w 1902 r. polecił swą hysterotomię przy łożysku przodującem, pierwszy ją porzucił, ale za nim poszli także i Dührssen, wynalazca tej operacyi, i wielu innych, po smutnych doświadczeniach z powodu śmierci matek z krwotoku. Hysterotomię, jak wyżej wspomniałem, wykonałem w jednym przypadku, który się skończył niepomyślnie, bo skrwawieniem się z ran, lecz muszę dodać, że chodziło tu o kobietę, która od 5. miesiąca ciąży krwawiła i która przy porodzie w 8. miesiącu w wysokim stopniu była niedokrwista, podczas gdy szyjka zupełnie była utrzymana. — Cięcie cesarskie pochwowe przy łożysku przodującem uważam za zabieg nieodpowiedni, gdyż przecina się właśnie tkanki w wysokim stopniu unaczynione (żyły nieraz grubości palca), które szwem nie dadzą się złączyć, gdyż tkanka się rozdziera, kleszczyki Muzeaux nie mogą się utrzymać, a z każdego ukłucia igłą sączy się obficie krew, tak że i najdokładniejsza tamponada późniejsza jest bezskuteczna.

Co do cięcia cesarskiego klasycznego, które w ostatnich czasach polecił przy łożysku przodującem Krönig (Zentralbl. f. Gyn. 1909, Nr 15 i 34), lub zaotrzewnego (Sellheim, Zentrbl. f. Gyn. Nr 40, 1908), to znalazły one należytą odprawę przez najwybitniejszych ginekologów (Zweifel, Münch. med. Woch. Nr 48, 1907 i Sitzungsbericht der gyn. Gesellschaft zu Halle a/S. refer. Zentrbl. f. Gyn. Nr 10, 1910, Schauta, Wien. klin. Woch. 1910, Nr 3, refer. Richter), którzy uważają zabiegi te, wobec wielu prostszych i pewnych sposobów uratowania matki, za niepotrzebne i z większem niebezpieczeństwem dla matki połączone.

Według przytoczonych autorów może cięcie cesarskie brzuszne tylko w tych razach mieć zastosowanie, jeżeli chodzi o znaczne krwotoki przy zupełnie utrzymanej, niepodatnej szyjce, gdy płód żywy i donoszony, matka niebadana wewnętrznie (aseptyczna), łożysko całkowicie przo-

dujące (plac. pr. totalis), a do tego życzeniem matki jest, aby płód był żywy. Ponieważ wszystkie te warunki nadzwyczaj rzadko się razem zdarzają, więc też i cięcie cesarskie w bardzo rzadkich przypadkach może być wskazane, a jak Runge (Z. f. G. 1909, Nr 31) podaje, właściwie tylko wtedy, jeżeli krwawienie jest tak znaczne, że można przypuszczać, iż rodząca nie przeżyje utraty krwi, która przy porodzie jest nieunikniona. Wtedy jednak wykonuje się cięcie cesarskie tylko w tym celu, aby macicę wraz z płodem zupełnie wyjąć i w ten sposób doszczętnie usunąć źródło krwawienia.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell.

Kilka uwag o wskazaniach i rokowaniu cięcia cesarskiego zaotrzewnego.

Napisał

Prof. Dr Aleksander Rosner.

(Wykład na XI. Zjeździe lekarzy i przyr. polskich).

(Dokończenie).

Przecięcie miednicy (symphyseotomia, hebosteotomia) jest wskazane tylko u wieloródek przy niestosunku średnim (nie poniżej $7^1/_2$ c. v.), przy zupełnie rozwartem ujściu, przy główie wpartej i silnych bolach porodowych. Wówczas jest nadzieja, że bezpośrednio po rozejściu się kości miednicy odbędzie się poród siłami natury, który po przecięciu miednicy jest znacznie więcej pożądany, niż rozwiązanie operacyjne.

Przecięcie miednicy może być poprzedzone łagodną próbą kleszczy wysokich. W moich 22 przypadkach hebosteotomii stosowałem się przeważnie do tych wskazań i nie straciłem ani jednej matki i żadnego dziecka.

Wymóżdżenie jest odpowiednie przy płodzie nieżywym i w tych przypadkach zakażenia pewnego lub niepewnego, w których płód jest ciężko omdlały.

Cięcie cesarskie klasyczne obejmie przypadki zupełnie czyste, niebadane, szczególnie zaś te, gdzie zachodzi nadto potrzeba sterylizacyi, wytrzebienia (osteomalacia) lub innych zabiegów brzusznych, nadto te, gdzie zależy na bardzo szybkiem usunięciu płodu (zabiegi u umierających i zmarłych).

Do cięcia doszczętnego (Porro) nadadzą się wszystkie przypadki wyraźnie zakażone przy dziecku żywem i zdrowem, oraz te przypadki, wątpliwe co do aseptyki, gdzie zamierzamy usunąć jajniki (osteomalacia).

Wobec tego dla cięcia nadłonowego pozostaną a) przypadki zupełnie czyste u pierwiastek, w których nie zachodzi potrzeba sterylizacyi, wytrzebienia lub innego zabiegu brzusznego, b) takie same przypadki u wieloródek, które nie nadają się do kleszczy lub hebosteotomii z powodu bardzo wysokiego ustawienia główki lub zbyt mało rozwartego ujścia, c) przypadki wątpliwe co do aseptyki u wszystkich pierwiastek i d) u tych wieloródek, u których z powyżej wymienionych przyczyn nie należy wykonywać kleszczy, ani przecięcia miednicy. Naturalnie warunkiem we wszystkich tych przypadkach jest żywe i niezbyt osłabione dziecko.

Tak więc w myśl powyższych wywodów odbiera ta operacya hebosteotomii te przypadki, które ją czyniły zabiegiem ciężkim i niebezpiecznym, t. j. pierwiastki, a klasycznemu cięciu cesarskiemu między innymi przypadki co do aseptyki niepewne.

Z innemi wskazaniami załatwić się możemy krócej.

2) Łożysko przodujące. Wskazanie to nieoparte jest dotąd na przekonujących wynikach praktycznych, natomiast za podstawę służą mu wprost genialne wywody Sellheima o powodach krwotoków w przebiegu łożyska przodującego. Przyznać trzeba, że są one argumentem silnym, który jednak zużytkować można także do obrony cięcia klasycznego, zalecanego przy łożysku przodującem przez Króniga. Cięcie nadłonowe w ciężkich przypadkach przodowania łożyska wykonał Sellheim osiem razy i uratował wszystkie matki i wszystkie płody; Reifferscheid uratował tylko matkę. Wskazaniu temu nie można wprost odmówić racyi, jak to wielu autorów czyni, na decyzyę trzeba jednak czekać długo i oprzeć ją na wielkiem doświadczeniu. Faktem jest, że niemała śmiertelność matek, a wprost przerażająca śmiertelność płodów przy tem powikłaniu nakazują szukać drog nowych. Wątpić też należy, czy cięcie cesarskie pochwowe (hysterotomia vaginalis) Dührssena, zalecana gorąco przez Döderleina dla rozwiązania przy łożysku przodującem, okaże się operacyą odpowiednią. W każdym razie, jeśli cięcie nadłonowe uzyska prawo obywatelstwa przy łożysku przodującem, to współzawodniczyć musi na tym terenie z całym szeregiem zabiegów bezkrwawych (obrót, metreuryza i t. d.), cięciem pochwowem i klasycznem.

3) Rzucawka porodowa. Jeśli stoimy na stanowisku, że powikłanie to daje wskazanie do doraźnego rozwiązania, to cięcie nadłonowe może być jednym z tych sposobów.

Jeśli równocześnie chodzi o ścieśnienie miednicy i zdrowy, donoszony lub prawie donoszony płód, to zapewne znaleść można usprawiedliwienie dla tego bądź co bądź ciężkiego zabiegu. W przeciwnym razie wchodzi w swoje prawa metreuryza i cięcie cesarskie pochwowe, a przy martwym płodzie wymóżdżenie. W każdym razie przyznać musimy cięciu nadłonowemu i w tych przypadkach wyższość nad klasycznem (Halbertsma).

4) Zakażenie dolnych dróg porodowych. W myśl tego wskazania operował Sellheim jeden przypadek. Zdaje mi się, że to wskazanie, zresztą bardzo rzadkie, nie jest usprawiedliwione, gdyż zadajemy ranę bądź co bądź w sąsiedztwie ogniska zakażenia (portio vaginalis), co mieści w sobie niebezpieczeństwo.

5) Nagłe wskazanie, przy którem dawniej robiono t. zw. »accouchement forcé«. I tutaj podobnie, jak przy rzucawce, która właściwie do tej grupy mogłaby być zaliczona, uważałbym za warunek ścieśnienie miednicy i żywy płód.

6) Położenie poprzeczne ze znacznem rozciągnięciem dolnego odcinka i żywym płodem. Wskazaniu temu, podanemu przez Frommego, nic właściwie zarzucić nie można. Broni ono żywy płód przed poćwiartowaniem i to w sy-

tuacyi, w której żadna inna operacya nie może nic pomódz lub (cięcie klasyczne) jest ze względu na niepewną aseptykę przeciwwskazana. Przypadki te należeć jednak będą do wyjątków.

7) Ułożenie czołowe. Knoop opisuje taki przypadek z dobrym dla matki i dziecka wynikiem. Przy ścieśnieniu miednicy (którego w przypadku Knoopa nie było) i żywem dziecku wskazanie to jest niewątpliwie uzasadnione, tam zaś, gdzie niestosunek wywołany jest wyłącznie niekorzystnem ułożeniem płodu, można z korzyścią zastosować zmianę ułożenia na czaszkowe (Thorn, Schatz) lub obrót za nóżkę. W każdym razie w niektórych przypadkach można będzie obejść tak często przy tem ułożeniu stosowane wymóżdżenie.

Tak przedstawiają się mnie na razie wskazania do cięcia nadłonowego. Technika tego zabiegu nie jest jednak ustalona, a ze zmianami w niej przesuwać się też muszą i wskazania, zapewne więc po kilku latach rzecz przedstawi się w innem świetle. Może się okazać, że i przypadki zakażone dadzą się tak operować z zastosowaniem przetoki maciczno-brzusznej Sellheima, co na razie wydaje się wątpliwem.

Poruszyć tu pragnę wreszcie dwie sprawy. Jedna dotyczy późniejszych następstw pooperacyjnych po cięciu nadłonowem. Obawa, wyrażona przez Czyżewicza co do wytrzymałości blizny pooperacyjnej przy późniejszych porodach, zdaje się być płonną. Tak przynajmniej mówi praktyka, i to oparta nietylko na spostrzeżeniach po cięciu nadłonowem, ale w znacznie większej liczbie przypadków po cięciu pochwowem Dührssena, w którem przecina się te same tkanki. Porównania, czynione między grubym, jędrnym mięśniem trzonu, szytym przy cięciu klasycznem, a cienką i wiotką ścianą szyi, na której wykonywa się cięcie nadłonowe, porównania, z których ma wynikać wyższość cięcia klasycznego, są zupełnie błędne. To, że blizna w dolnym odcinku nie okazuje skłonności do rozchodzenia się, a blizna w jędrnym trzonie niejednokrotnie już w ciąży pęka, wydaje mi się rzeczą naturalną i jasną. Gojenie się jest czynnością postępową, wymagającą żywotności, zdrowia tkanek. Tymczasem mięsień trzonu, który zwijając się (retrahując się) podczas porodu, urządza t. zw. autoligaturę naczyń, popada podczas połogu w stan, który jest przeciwstawieniem postępu, gdyż jest zmianą wsteczną. Wśród trwania tych zmian wstecznych, towarzyszących zwijaniu się macicy, ma się odbywać sprawa gojenia, będąca wyrazem żywotności, cóż więc dziwnego, że się często odbywa niedokładnie i tworzy bliznę niewytrzymałą. Natomiast dolny odcinek jest po porodzie w spokoju i w pełni sił żywotnych, zwija się bardzo powoli, pozwalając ranie zgoić się dobrze i wytworzyć silną i wytrzymałą bliznę.

W żywotności i dobrem odżywieniu tkanek leży też, jak wiadomo, najlepsza gwarancya przeciw zakażeniu i dlatego sądzę, że szew w mięśniu trzonu wśród wstecznych zmian połogowych łatwiej ulegnie zakażeniu, niż w tkance zdolnej do postępu. W tem zdaje się leżeć wielkie niebezpieczeństwo klasycznego cięcia w przypadkach choćby lekko zakażonych, w tem leży przyczyna tryumfów metody doszczętnej Porro, usuwającej trzon mniej zakażony, ale będący w okresie zmian wstecznych, a zostawiającej więcej zakażoną, ale żywotną szyję, w tem wreszcie widzę wyższość cięcia nadłonowego nad klasycznem.

W ostatnich czasach zjawia się jednak przeciw cięciu nadłonowemu zarzut inny, przypominający smutny los tak popularnej niegdyś waginofiksacyi. Oto po cięciu nadłonowem ma się wytwarzać unieruchomienie szyi i przemieszczenie jej ku przodowi i ku górze (Jahreiss, Rosenfeld). Odezwały się i głosy przeczące temu (Hartmann), w każdym jednak razie rzecz wymaga wyjaśnienia. Co prawda, nie jest bez »ale« i cięcie klasyczne ze zrostami otrzewnymi, skłonnością do rozejścia się blizny w ciąży lub podczas porodu i z tak częstemi przepuklinami brzusznemi, nie jest też wolna od zarzutów hebosteotomia (skłonność do wypadania pochwy wskutek przecięcia m. unoszącego odbyt, utrudnienie w cięższej pracy z powodu ruchomości kości miednicy), ale do ocenienia nie porównawczego, tylko bezwzględnego wartości cięcia nadłonowego potrzebne jest dokładne zbadanie tego zarzutu. Na wyjaśnienie nie będziemy czekać długo.

Druga uwaga dotyczy pytania, czy cięcie nadłonowe może być stosowane w praktyce domowej. Zdaniem mojem odpowiedź wypaść musi mimo wywodów Laubenburga przecząco, podobnie jak dla hebosteotomii, mimo doskonałych wyników Herza z Rzeszowa.

Obie te operacye są zabiegami, przeznaczonymi wyłącznie dla zakładów położniczych. Istnienie ich pogłębia przepaść między położnictwem domowem, a położnictwem klinicznem i doprowadzi do zrozumienia tego, że porody przez ścieśnioną miednicę powinny się odbywać w zakładach, o ile jest czas i możność przewiezienia rodzącej. Powstaje z tego zapewne pewna dydaktyczna trudność dla klinicystów, której, o ile jej są świadomi, potrafią niewątpliwie zaradzić.

Położnictwo, ta najstarsza gałęź wiedzy lekarskiej, ma tradycyę. W życiu społecznem jest ona zapewne rzeczą nieocenioną, w sztuce lekarskiej, dążącej ciągle do nowych zdobyczy, jest niejednokrotnie przeszkodą, zwłaszcza w położnictwie, gdzie tradycya ta jest często nie naukową, tylko zwyczajową, niejako domową. Położnictwo cierpi wskutek tej tradycyi; wytwarza się w niem niezdrowy prąd, z lekceważeniem odzywający się o t. zw. »nowościach« i krytykujący tych, którzy ich »a limine« nie odrzucają. W obronie przed tą krytyką pozwolę sobie, kończąc ten wykład, zacytować słowa jednego z najwybitniejszych przedstawicieli naszego fachu, Döderleina: »Niniejsze uwagi pragnę skierować pod adresem tych, którzy w krytyce »nowości« okazują skłonność do pesymizmu. Jest on tu, jak zresztą wszędzie, niebezpieczniejszy od optymizmu. Optymizm zapładnia myśl i podnieca ją, a zawarte w nim »zawiele« reguluje się łatwo samo przez się. Natomiast pesymizm wstrzymuje postęp i przeszkadza mu«.

Piśmiennictwo. 1) Baisch. Deut. med. Woch. 1909, Nr 46, ref. Zentr. f. Gyn. 1910, Nr 13. — 2) Baumm. Zentr. f. Gyn. 1908, Nr 14. — 3) Bumm. a) Pos. Tow. gin. berl. 27. III. 1908, Zentr. f. Gyn. 1908, Nr. 42. b) Dyskusya nad odczytem Henkla. Zentr. f. Gyn. 1910, Nr 48. — Czyżewicz. Zentr. f. Gyn. 1908, Nr 25. — 5) Döderlein. a) Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXIII. b) Zentr. f. Gyn. 1909, Nr 4. — 6) Eversmann. a) Zentr. f. Gyn. 1910, Nr 34. b) Zentr. f. Gyn. 1909, Nr 33. — 7) Fehling. Strassb. med. Zeitung 1910, Nr 7. ref. Zentr. f. Gyn. 1911. Nr 1. — 8) F. Frank. a) Archiv f. Gyn. Bd. LXXXI. b) Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXV. — 9) E. Frank. Zent. f. Gyn. 1911, Nr 6. —

10) Frank (Altona). Zentr. f. Gyn. 1909, Nr 3. — 11) K. Franz. Prakt. Ergeb. der Geb. u. Gyn. 1909. — 12) F. Fraypont. Obstétrique 1909, Nr 7. — 13) Freund H. Zentr. f. Gyn. 1909, Nr 16. — 14) Fromme. Zentr. f. Gyn. 1908, Nr 17. — 15) Fuchs. Zentr. f. Gyn. 1909, Nr 21. — 16) Henkel. Gesell. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin 25. Febr. 1910. — 17) Hammerschlag. Zentr. f. Gyn. 1908, Nr 50. — 18) Hartmann. Gyn. Rundschau 1910, Heft 20. — 19) Heimann. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. LXVIII. 1911. — 20) Heinricius. Zentr. f. Gyn. 1909, Nr 33. — 21) Hofmeier. Zentr. f. Gyn. 1908, Nr 28. — 22) Holzapfel. Sam. klin. Vort. Gynaek. Nr 196/97. — 23) Jahreiss. Zentr. f. Gyn. 1909, Nr 33. — 24) Jeannin C. Obstétrique, 1909. — 25) Jung. Münch. med. Wochs. 1909, Nr 17. Ref. Zentr. für Gyn. 1910. Nr 3. — 26) Kahn. Zentr. f. Gyn. 1908, Nr 50. — Kehrer F. A. Beitrag z. Geb. u. Gyn. XIV. 1909. — 28) Knoop Carlos. Münch. med. Woch. 1910, Nr 6. — 29) V. Kongres międzynarodowy w Petersburgu 22—28. września 1910. Ref. Zentr. f. Gyn. Nr 45, 1910.— 30) Küstner Otto. a) Münch. med. Woch. 1909, 34. Zentr. f. Gyn. 1910, 26. b) Zentr. f. Gyn. Nr 16, 1908.—31) Lange Max. Monat. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXI. — 32) W. Latzko. a) Wiener klin. Woch. 1909, Nr 14. Zentr. f. Gyn. 1909, Nr 33. b) Frauenarzt 1910, Heft 6. Zentr. f. Gyn. 1910, Nr 4. c) Zentr. f. Gyn. 1909. Nr 8. — 33) Laubenburg. Zentr. f. Gyn. 1909, Nr 33. — 34) Leopold. Arch. f. Gyn, 91. II. 1910. — 35) Luchsinger H. Zentr. f. Gyn. 1908, Nr 33. — 36) Morawski. Przegl. lek. 1910, Nr 49. — 37) Nacke. Zentr. f. Gyn. 1909, Nr 33. — 38) Nürnberger L. Zentr. f. Gyn. 1909, Nr 26. — 39) Pfannenstiel. Zentr. f. Gyn. Nr 10, 1908. — 40) Raszkes. Tow. lek. radomskie, ref. Przegląd lek. Nr 16, 1909. — 41) Reifferscheid. Zentr. f. Gyn. 1909, Nr 33. — 42) Richter. Archiv f. Gyn. Bd. LXXXXI. — 43) Rosenfeld. Wiener klin. Wochs. 1909, Nr 16. ref. Zentr. f. Gyn. 1909, Nr 33. — 44) Roth. Zentr. f. Gyn. 1911. — 45) Rubeška. a) Zentr. f. Gyn. 1908, Nr 17. b) Zentr. f. Gyn. 1909, Nr 33. — 46) Rühle. Niederrheinisch-Westfälische Gesell. für Gyn. und Geb. Monat. für Geb. u. Gyn. Bd. XXX. — 47) Sellheim H. a) Zentr. f. Gyn. Nr 5, 1908. b) Zentr. für Gyn. Nr 10, 1908. c) Zentr. für Gyn. Nr 20, 1908. d) Zentr. für Gyn. Nr 40, 1908. e) Beiträge zur Geb. u. Gyn. 1911. — 48) Spaeth. Zentr. für Gyn. Nr 20, 1908. — 49) Streit. Zentr. für Gyn. 1910, Nr 43. — 50) Veit J. a) Monat. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXVI. b) Sam. klin. Vorträge. Gyn. Nr 189. — 51) 80. Versamm. Deut. Naturforscher u. Aerzte in Köln 20—25. Sep. 1908. Abt. f. Geb. u. Gyn. ref. Zentr. f. Gyn. 1908, Nr 42. — 52) Wiemer W. T. Zentr. f. Gyn. 1908, Nr 39.

Odczyn gruźliczy Moro.

Podał

Dr H. Wilczyński (Zakopane).

Od chwili ukazania się w »Münchener med. Wochenschrift« artykułu Moro o próbie skórnej, polegającej na wcieraniu w okolicy wyrostka mieczykowatego mostka maści, złożonej w równych częściach ze starej tuberkuliny (Alttuberculin Höchst) i lanoliny, wykonałem przeszło czterysta prób na 200 chorych. Jednocześnie w większości przypadków wykonywałem próbę Pirqueta. Próby ocznej Calmettea, jako niezupełnie bezpiecznej i dla chorego wysoce nieprzyjemnej, nie robiłem wcale.

Aby nie nużyć statystyką i tablicami, podaję krótki opis samego wykonania próby, jak i wrażenie, jakie otrzymałem o wartości jej w rozpoznaniu i rokowaniu.

Maść - w ilości małego ziarnka grochu — wcieram tłoczkiem strzykawki szklanej lub końcem probówki w oczyszczoną skórę, w przeciągu 1—1½ minuty. Po upływie doby do trzech, o ile próba ma wynik dodatni, powstaje od kilku aż do kilkuset wykwitów, nieraz zupełnie ze sobą się stykających i łudząco przypominających wtedy liszaj zołzowy (lichen scrophulosorum localisatus)

Wykwit taki, pod palcem sprawiający wrażenie małego nacieku (nieco twardszego od osutki durowej), jest barwy czerwonej lub sino-czerwonej, na szczycie nieraz pokryty łuseczką. Konglomerat takich wykwitów sprawia przy dotykaniu wrażenie niezbyt ostrej tarki, a znika po dniach kilku bez śladu.

Miałem jednak i takie przypadki, że wysypka trwała przeszło dwa tygodnie, a ciemno-brunatne plamki barwikowe można było dostrzedz i po miesiącu. Odczynu gorączkowego nie zauważyłem ani razu, chorzy nie narzekali na podmiotowe dolegliwości, jak świąd, ból itp., bardzo często zapominali nawet o wykonaniu tej próby.

Odczyn więc ten jest zupełnie nieszkodliwy. Użyteczność jego jest jednak bardzo wątpliwa. Zwraca uwagę parę cech, istotnie sprzecznych z panującymi poglądami o odczynach tuberkulinowych i anafilaksyi.

Co do użyteczności odczynu, to jest ona wątpliwa dla kilku powodów. Przedewszystkiem odczyn ten nie jest czuły. W bardzo wielu przypadkach, gdzie odczyn Pirqueta był wybitnie dodatnim, próba Moro wypadła ujemnie. I to nie tylko w przypadkach podejrzanych co do gruźlicy, ale nawet w gruźlicy czynnej, z gorączką, prątkami w plwocinie i t. d.

Nie mogłem ustalić żadnego związku między stanem chorobowym a mniej lub więcej wybitnym wynikiem odczynu. Chorzy bez gorączki, z rokowaniem pomyślnem, dawali odczyn jednakowo słaby lub silny, jak i chorzy w ostatnim okresie gruźlicy płuc. Ale najbardziej uderzającym jest fakt, iż zdarzało mi się nieraz, że osoba, wykazująca wybitny odczyn Moro, po kilku tygodniach traciła zdolność do tego odczynu (już na innem miejscu skóry np. pod obojczykami), i odwrotnie, odczyn Moro wyraźnie występował tam, gdzie go poprzednio nie było. W przypadkach tych nie można było dostrzedz związku z postępem lub cofaniem się sprawy chorobowej.

Jeśli więc próba tuberkulinowa ma wogóle oznaczać, że gdzieś lub kiedyś w ustroju była lub jest gruźlica, to próba Moro tej zasadzie wcale nie odpowiada. Próba Pirqueta, o ile mogę wnosić z moich doświadczeń, jest pod względem rozpoznawczym pewniejsza. Raz tylko zdarzyło się, że mimo nacieków i owrzodzeń gruźliczych w krtani (obecność prątków!) odczyn ten wypadł ujemnie. Ale »testis unus — testis nullus«.

Trudno wytłómaczyć, dlaczego u tego samego chorego po poprzednich odczynach dodatnich występuje nieraz wynik ujemny. Przeczy to naszym pojęciom o uczuleniu (anaphylaxia) i wymaga dalszych badań w tym kierunku.

Po rozważeniu wyników kilkuset moich prób z odczynem Moro, doszedłem do wniosku, że:

1) Odczyn ten, jako mniej czuły w porównaniu do innych prób i niestały u osobników gruźliczych, nie ma praktycznego znaczenia przy rozpoznawaniu choroby.

2) Również nie daje on żadnych podstaw dla rokowania, gdyż jest zupełnie niezależnym od stanu chorobowego.

3) Odczyn Moro, dla swej niestałości u tych samych osobników, zdaje się przeczyć obecnym pojęciom o anafilaksyi gruźliczej.

Oceny i sprawozdania.

Postępy leczenia nowotworów nie nadających się do operacyi.

Sprawozdanie poglądowe.

Podał

Dr Adolf Klęsk.

Jeżeli strasznym jest los chorych na nowotwór złośliwy, to chyba stokroć gorszym nazwać trzeba rozpaczliwy poprostu stan nieszczęśliwych z nowotworami nie nadającymi się już do operacyi, lub nawrotami po operacyach. O ile tamci mogą mieć jeszcze nadzieję wyzdrowienia, to ci prócz strasznego nieuleczalnego stanu, cierpią jeszcze z tego powodu, że zwykle nie chcą już ich nigdzie przyjąć do szpitala ani kliniki, a niestety, jak dotąd, nie ma w Austryi zakładu, czy przytułku dla nieuleczalnie chorych na raka.

Potrzeba założenia takiego zakładu jest więc piekącą i dlatego poprostu dziwić się trzeba, że władze sprzeciwiają się zamierzonej budowie domu samarytańskiego dla rakowatych w Wiedniu z fundacyi wdowy Mitermayer, jako rzekomo mniej potrzebnego w stosunku do innych szpitali.

Dla lekarza praktycznego bardzo ważne są następujące pytania:

1) Kiedy dany przypadek nowotworu uznać za nienadający się do operacyi?

2) Czy i jakie są sposoby i wyniki leczenia takich nowotworów?

Pytania te obchodzą bardzo praktyka i nie należą one jedynie, jak to się mylnie sądzi, do specyalisty, bo przecież w pierwszym rzędzie właściwie lekarz praktyczny rozstrzyga o operacyi i nakłania do niej chorego. A wyobraźmy sobie sytuacyę następującą: Lekarz, chcąc nakłonić opierającego się operacyi chorego, przedstawia mu sprawę nieraz w ten sposób, że twierdzi, iż w razie niepoddania się operacyi, czeka chorego śmierć. Chory decyduje się w końcu na zabieg, udaje się do specyalisty, a ten... oświadcza, że nie można już operować. To dla chorego tosamo przecież, jak przepowiednia śmierci.

Są pewne proste niejako schemata, które kierują nami z grubsza przy ocenie operacyjności nowotworów. Tak np. przy raku sutka wyłączają operacyę wyczuwalne gruczoły nadobojczykowe, przy raku żołądka wyczuwalność wyraźna guza, przy raku odbytnicy i macicy przejście raka na otoczenie i t. p. Naturalnie rozróżniamy operacyjność względną i bezwzględną, zależną od temperamentu chirurga i t. p., lekarz jednak praktyczny, tam gdzie rak już nie jest cierpieniem ściśle miejscowem, powinien zawsze przedstawiać choremu sprawę w ten sposób, by mu nie robić zawodu, a więc np. oświadczyć, że ewentualnie może i operacya okaże się potrzebna i t. p.

Dla wielkiej grupy nowotworów, nie nadających się do operacyi, pozostaje otwartem pole leczenia nieoperacyjnego, względnie leczenia łagodzącego cierpienia, bo o zupełnych wyleczeniach jeszcze na razie mówić nie można, choć tu i ówdzie znane są przypadki zupełnego i trwałego zniknięcia nowotworu złośliwego.

Chorzy, dotknięci nowotworami, nie nadającymi się do operacyi, cierpią najwięcej z powodu 1) bolów, 2) krwotoków, 3) rozpadu nowotworu, 4) wynędznienia i przerzutów, 5) mechanicznych przeszkód, sprawionych przez ucisk guza na sąsiednie narządy.

Zachodzi pytanie, czy obecnie postępy nauki zaradziły coś przeciw tym różnym przypadom.

Nie mówimy tu o zwykłych sposobach np. łagodzeniu bolu narkotykami, opatrywaniu przeciwgnilnem i t. p., lecz chodzi nam o właściwe sposoby leczenia nowotworów, których nie można operować.

Otóż dzięki specyalnym zakładom badania raka, różnym towarzystwom, zjazdom, ankietom i statystykom raka, zyskaliśmy wiele cennych wskazówek. Przedewszystkiem wiemy, że np. słowo rak, musimy uważać za termin zbiorowy, mieszczący w sobie wiele różnorodnych obrazów. Nowotwory nawet klinicznie, ba nawet drobnowidowo mające tesame cechy, mimoto biologicznie mogą być zupełnie różne, co nasuwa myśl, że rak, jako cierpienie miejscowe, jest może wyrazem pewnego ogólnego zadziałania na ustrój, np. zatrucia.

Przemawia za tem różna wrażliwość tych samych pozornie nowotworów na te same podrażnienia, np. atoksyl, promienie rentgenowskie i t. p. Czasem rak budzi się niejako z uśpienia i nagle zaczyna szybko rosnąć, tworzyć przerzuty (np. przy leczeniu fulguracyą, rentgenizacyi itp.), to znów po niedoszczętnej nawet operacyi znika i t. p. Fakta te pouczają, że nie wolno nigdy, nawet i w rozpaczliwych przypadkach, opuszczać chorego. Doświadczenie pouczyło nas także, że istnieje pewien związek między narządami i to tak w znaczeniu dodatniem, jak i ujemnem. Są np. raki, rozwijające się szybko w ciąży (mastitis carcinomatosa), a znowu naodwrót u osób starszych, tam gdzie czynność jajników ustała, raki sutka zwykle mają charakter łagodniejszy. Związek ten jajników z rozwojem raka sutka wyzyskano zwłaszcza w Anglii operacyjnie, wykonując po operacyi raka sutka trzebienie u kobiet, zwłaszcza młodszych zapobiegawczo lub w przypadkach nawrotów pooperacyjnych.

Nieraz odnosi się wrażenie, że operacya rozsiewa poprostu raka i pobudza drzemiące ogniska do wzrostu. Z tego też powodu Forest do wycinania nowotworów podał swą »igłę«, wykonującą to z pomocą silnego prądu elektrycznego.

Jednym z najenergiczniejszych sposobów leczenia nowotworów jest bezwątpienia rentgenizacya. Nasilenie naświetlania starano się powiększyć przez różne ulepszenia techniki, np. stosowanie kilku lamp naraz z różnych stron, filtrowanie promieni miękkich, a wreszcie przez t. zw. sensybilizacyę, t. j. uczulanie tkanek na działanie promieni zapomocą wstrzykiwania w tkanki różnych ciał, jak chininy, eozyny, choliny, cholestearyny, adrenaliny, stosowanie ucisku, przedwstępnej termopenetracyi (Müller) i t. p.

Ostatnia kombinacya, przy której Müller otrzymać miał nawet kilka wyleczeń, okazuje się bardzo dobrą. Werner i Caan donoszą także o wcale pomyślnych wynikach kombinowania termopenetracyi z rentgenizacyą, ew. innymi sposobami leczenia.

K. Beck celem udostępnienia nowotworów w głębi ustroju dla działania promieni, polecał nowotwory takie operacyjne odsłaniać i następowo naświetlać. Werner i Caan korzystali też z tego sposobu i przy raku żołądka, wątroby, jajnika i odbytnicy wszywali odpowiednie narządy w powłoki i naświetlali następowo, przyczem nieraz osiągali wybitną poprawę.

Wyniki leczenia promieniami Röntgena guzów nienadających się do operacyi są mniej więcej następujące: bezwarunkowo osiąga się w wielu przypadkach złagodnienie bolów, oczyszczanie się owrzodzeń, a nawet zmniejszanie się nowotworów i poprawę stanu ogólnego. Niektórzy donoszą nawet o pozornych lub nawet rzeczywistych wyleczeniach. Wyrażam się oględnie, albowiem, jak to Rehn zwrócił uwagę, nieraz leczenie promieniami Röntgena wywołuje np. przy rakach skórnych podgojenie się z wierzchu, a w głębi rak szerzy się dalej lub pozostaje w stanie drzemiącym. Już jednak wspomniane wyniki są bardzo zachęcające. Dodać tu jeszcze należy, że nieraz przy guzach nie nadających się do operacyi, przez leczenie promieniami Röntgena zyskujemy zwiększanie się ruchomości i »powrót« do okresu, nadającego się do operacyi. Leczenie promieniami Röntgena powinno wreszcie obecnie być stosowane zapobiegawczo po operacyach raków, ew. przez naświetlanie otwartej do tego celu rany.

Równomiernie z leczeniem rentgenowskiem rozwija się leczenie zapomocą radu. Rad, ew. emanacye radu, różne przetwory, jak radiol, radiogen i t. p. stosuje się obecnie w postaci naświetlań, wstrzykiwań, wdychiwań, okładów, wewnętrznie i t. d. W ostatnich czasach, ze względu na znacznie niższą cenę, polecają Czerny i Caan aktinium, w postaci wstrzykiwań zawiesiny w rozczynach soli w nowotwór lub jego okolicę. Koszt wstrzyknięcia zwykłego wypada na 60 fenigów. Najlepsze wyniki przy leczeniu radem osiągnięto przy mięsakowych powiększeniach gruczołów. Postępować tu należy nieraz bardzo ostrożnie, by nie wywołać przy leczeniu nagłego rozpadu, nieraz groźnego dla życia. Caan przy raku żołądka, nie nadającym się do operacyi, podawał chorym do picia wodę emanowaną i z 14 przypadków w 8 uzyskać miał poprawę.

Wyniki leczenia radem są mniej więcej tesame, co wyżej wspomniane przy rentgenizacyi. Podobnie też, jak i tam, spostrzegano przy tem leczeniu wyjątkowo nawet nagłe pogorszenia, rozsiewanie się ogólne nowotworów (zwłaszcza śluzakomięsaków) i t. p.

Wielki z początku rozgłos zyskało sobie piorunowanie (fulguracya) raków, propagowane przez Keating-Harta. Działa ono wybitnie łagodząco na bóle, być może, że wskutek następowego obfitego odpływu surowiczego z rany, znoszącego napięcie tkanek i ucisk na nerwy. Tam, gdzie guz udaje się wyciąć, czy wyskrobać w granicach zdrowych, piorunowanie oddaje bardzo cenne usługi; przy guzach zbyt rozległych, by je tak traktować można, wywołuje wstrzymanie się krwawień, gojenie się owrzodzeń, złagodzenie bólów, a nawet poprawę stanu ogólnego. Czerny nie podziela wprawdzie entuzyazmu zwolenników Keating-Harta co do wyleczeń, ale przyznaje wartość piorunowaniu w leczeniu łagodzącem. Z naszych autorow Kijewski i Solman wyrażają się sceptycznie o piorunowaniu, choć podnoszą, że ten sposób leczenia nieraz wybitnie łagodzi ból, Bugiel znów staje w obronie piorunowania. Richter jako ginekolog podnosi również łagodzące ból działanie piorunowania, polecając kombinacyę piorunowania z kąpaniem macicy 2—4 razy na miesiąc przez 10 minut w acetonie (acetonum crudum). By piorunowanie miało skutek, trzeba stosować się ściśle do techniki Keating-Harta, od której niestety właśnie często odstępują.

Twierdzenie, że przy piorunowaniu ogniska pierwotnego znikają i przerzuty, okazało się nieprawdziwem. Dodać tu dla illustracyi należy, że znane są z literatury dwa przypadki dość nawet szybkiego uleczenia raka po porażeniu piorunem. O pierwszym przypadku (rak sutka) doniósł Walshe, o drugim (rak wargi dolnej) Broca. Przy rozległej »exeresis« chirurgicznej piorunowanie ma 8% wyleczeń, a niemal połowę popraw trwałych. Niekiedy, choć rzadko, piorunowanie wywołuje właśnie szybkie tworzenie się przerzutów.

Desplats mówi o piorunowaniu, co następuje. »Po trzech latach doświadczeń dochodzimy do wniosku, że fulguracya rozszerza znacznie zakres chirurgii, zapewniając jej poważne widoki powodzenia tam, gdzie dawniej nie śmiała chirurgia postępować; dalej daje fulguracya choremu widoki długiego braku nawrotu, i to o wiele znaczniejsze, niż dać je może chirurgia sama«.

Przechodzimy teraz do innych sposobów leczenia. Na pierwszy plan wysuwa się tu leczenie aromatycznemi połączeniami arsenu.

Leczenie nawrotów atoksylem zaleca Blumenthal. Wstrzykuje on w nowotwór lub jego okolicę 1—2 razy na tydzień (przy równoczesnem podawaniu jodu) 1—2 cm^3 rozczynu. »Rp. Atoxyl 1,0, Acid. arsenic. 0,02 (0,04), Aq. dest. 10,0«. Spostrzegać miał przytem nieraz zupełne wessanie się nowotworu i wyleczenie. Przy nowotworach narządów wewnętrznych wstrzykiwać trzeba podskórnie lub śródżylnie. Na leczenie to są zwłaszcza bardzo wrażliwe mięsaki kostne i nowotwory gruczołów.

Czerny i Caan ze względu na bardzo częsty dodatni odczyn Wassermanna przy nowotworach, polecili znów wstrzykiwania salwarsanu. Próby tego leczenia wypaść miały dodatnio, zwłaszcza miały wstrzykiwania wybitnie koić ból.

Wiele rozgłosu nabrał swego czasu silnie reklamowany antimeristem Schmidta. Jest to płyn, uzyskany z zabitych hodowli drobnoustrojów (śluzowców) i zarodników »mucor racemosus«. Przetwór ten jest jednak bardzo drogi, stosować go trzeba długo (bo około 113 dni), wstrzykiwania są bolesne i pozostawiają długotrwale tkliwe nacieki, a wyniki... nie są wcale zachęcające. Nie da się zaprzeczyć, że spostrzega się przy tem leczeniu nieraz odczyn miejscowy, ale o wyleczeniach mowy niema. Przeciwko temu leczeniu przemawia zwłaszcza fakt, że nie można go stosować przy charłactwie i przerzutach w narządach wewnętrznych, a więc właśnie tam, gdzie byłoby najpotrzebniejsze. Czerny i Winckler nie są z tego środka zadowoleni. Zupełnie to samo odnosi się do leczenia toksynami Coleya, surowicą Doyena i autolizynami tkanek zarodkowych (Fichera).

Bergel zajmował się wpływem wstrzykiwań włóknika na raka. Próby leczenia nowotworów wstrzykiwaniem obcej krwi były już dawniej znane (Bier, Sticker), nie mogą wchodzić jednak w rachubę, bo wywołują rozpad krwinek i objawy toksyczne. Natomiast włóknik wywołuje łagodną sprawę zapalną, a jest środkiem zupełnie bezpiecznym, bo daje się wyjaławiać i dawkować. Powstający po wstrzyknięciu wał zapalny wpływa na wessanie nowotworu podobnie, jak np. sprawy zapalne zakaźne. Z litra krwi końskiej otrzymuje się 4 grm. włóknika, a wstrzykuje się 0,3 w zawiesinie w rozczynie soli, co odpowiada 75 grm. krwi. Wstrzykiwania są bolesne, ale próby leczenia, podjęte na psach dotkniętych rakiem, a potem na ludziach, wypadły podobno dodatnio. Miejscowy odczyn zapalny trwa kilka dni, poczem guz zaczyna się zmniejszać lub rozpadać.

Z innych środków, polecanych do leczenia nowotworów, wspomnę o zaczynach, jak trypsynie (Beard), karbenzymie (Falk, Sticker) i t. p. Składnikiem głównym wielu środków tajemnych przeciw rakowi jest kwas mrówkowy.

Miejscowo na zgorzelinowe owrzodzenia nowotworowe poleca Recamier opatrunek Horanda, t. j. zakraplanie dwa razy dnia na owrzodzenia po 3—10 kropli alkoholu amylowego. Oczyszczanie się wrzodu i zmniejszanie się bólu jest przytem nieraz bardzo wyraźne.

Prócz wyżej wspomnianych przypadłości, nowotwory często sprawiają pewne mechaniczne przeszkody; wtedy musimy przystępować do t. zw. operacyi łagodzących (paliatywnych), jak np. połączenia żołądka z jelitem, jelit między sobą, gastrostomii, jejunostomii, odbytu sztucznego itp. Ciekawą jest rzeczą, że czasem po tych operacyach spostrzegano zmniejszanie się, a nawet znikanie nowotworów, co prócz wpływów mechanicznych, jeszcze inne nam nie znane czynniki mieć musi za przyczynę.

Z powyższych danych dojść musimy do przekonania, że choć nie znamy jeszcze pewnego sposobu leczenia raków, nie nadających się do operacyi, to jednak wobec istnienia licznych sposobów łagodzących powinniśmy, o ile możności, próbować ich u takich chorych, t. j. ewentualnie skierowywać ich w odpowiednie ręce. Nawet nowotwory, nie nadające się do doszczętnej operacyi, powinny być obecnie, o ile możności, usuwane igłą Foresta z dodatkiem termopenetracyi ew. rentgenizowane, piorunowane lub leczone atoksylem. Bezwarunkowo zaś należy chorych przy czy pc operacyi doszczętnej poddać jednej ze wspomnianych metod, celem zapobieżenia wczesnym nawrotom.

Piśmiennictwo. 1) Werner i Caan. Münch. med. Woch. 1911, Nr 11 i 23. — 2) Czerny. Münch. med. Woch. 1910, Nr 17. — 3) Richter. Münch. med. Woch. 1910, Nr 17. — 4) Werner i Caan. Münch. med. Woch. 1910, Nr 26—27. — 5) Caan. Münch. med. Woch. 1909, Nr 42. — 6) Winkler. Med. Klinik. 1909, Nr 44. — 7) Kijewski i Solman. Tow. lek. Warszawa. 30. VI. 1909. — 8) Bugiel. Nowiny lek. 1911, Nr 3, 4, 6. — 9) Bergel. Med. Klin. 1910, Nr 6. — 10) Blumenthal. Med. Klin. 1911,

Nr 30. — 11) Czerny i Caan. Münch. med. Woch. 1911, Nr 17. — 12) Müller. Münch. med. Woch. 1911, Nr 27. — 13) Recamier. II. międzynar. Zjazd w sprawie raka.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Blumenthal. **Chemoterapia nowotworów złośliwych aromatycznemi połączeniami arsenu.** (Mediz. Klinik 1911, Nr 50). Leczenie arszenikowe nowotworów, jedno z najstarszych (Egipt), wchodzi obecnie na nowo w zastowanie od czasu wprowadzenia nowych połączeń (atoksyl i salwarsan). B. stosuje to leczenie przy nowotworach złośliwych, wstrzykując zwykle 1—2 razy w tydzień po 1—2 cm³ rozczynu: »Rp. Atoxyl 1,0, Acid. arsenic. 0,02 (0,04), Aq. dest. 10,0«, podając równocześnie jod. Nie ulega wątpliwości, zdaniem autora, że istnieje pewna grupa nowotworów (tak raków, jak mięsaków), bardzo wrażliwych na arsen i znikających pod wpływem tego leczenia. Wrażliwe na arsen są zwłaszcza mięsaki kostne i guzy gruczołowe. Inni zalecają obecnie bardzo salwarsan; działać on ma zwłaszcza łagodząco na bole (Czerny). Wstrzykiwać przetwory arsenu można podskórnie, śródżylnie lub w sam nowotwór, o ile niema obawy krwotoku wewnętrznego, co wskutek rozpadu guza nieraz wydarzyć się może. Zdaniem autora powinno się stosować to leczenie także po operacyach doszczętnych na równi z rentgenizacyą celem zapobiegania nawrotom. K.

Nahmmacher. **Leczenie raka radem jako uzupełnienie leczenia chirurgicznego w przypadkach nadających się do operacyi i jako samoistny sposób leczenia przy schorzeniach nieoperacyjnych.** (Med. Klinik, 1911, Nr 41). Autor zapatruje się na leczenie radem bardzo optymistycznie. Ma ono, jego zdaniem, nad wszelkimi innymi sposobami łagodzącymi tę przewagę, że stosować je można w głębi, np. w kiszce stolcowej, pochwie, przełyku, lub w postaci wstrzykiwań. Badania drobnowidowe stwierdzają nieraz wybitne działanie w postaci tworzenia się bliznowatej tkanki wśród ognisk nowotworowych. Stosowanie radu, choćby nie zapewniało wyleczenia, to jednak w wielu przypadkach czyni przypadki, nie nadające się zrazu do operacyi, zdatnymi do operacyi, a ewentualnie zatrzymuje sprawę na pewnym stopniu, np. gdy operacyę odkładać musimy. Wstrzykiwania emanacyi są niebolesne. Leczenie radem uzupełnia także, zdaniem autora, leczenie operacyjne, na dowód czego przytacza autor swoją statystykę, wykazującą o wiele lepsze trwałe wyniki w przypadkach operowanych i leczonych odrazu radem, niż w przypadkach tylko operowanych, choćby najdoszczętniej. W rakowcach (kankroidach) twarzy osiąga się zapomocą radu 93·5% wyleczeń. Leczenie radem oddaje cenne usługi także przy bólach, owrzodzeniach i krwotokach w przypadkach nowotworów, nie nadających się do operacyi. K.

Czerny i Caan. **O leczeniu nowotworów złośliwych substancyami promieniotwórczemi, w szczególności zapomocą aktinium.** (Münch. med. Woch. 1911, Nr 34). Wprawdzie dotychczasowe wyniki leczenia radem nie są zbyt zachęcające, z drugiej jednak strony nie można im odmówić wartości i dlatego wszelkie dalsze próby na tem polu są pożądane. W leczeniu radem na przeszkodzie stoi wysoka jego cena, a przez to mała ilość radu, jaką można rozporządzać i z tego powodu zaczęto w domu samarytańskim w Heidelbergu stosować aktinium, które jest znacznie tańsze, bo gram kosztuje 60 marek, tak że jedno wstrzyknięcie 0·01 wypada na 60 fenigów. Aktinium przedstawia się jako bronzowo-czerwony proszek, wstrzykuje się go jako zawiesinę w soli kuchennej. Emanacya aktinium jest silna i znacznie trwalsza od radowej. Przetwory aktinium wysyłają również α, β i γ promienie. Aktinium stosowano dotąd w 20 przypadkach nawrotów lub nowotworów, nie nadających się już do operacyi. Wyniki były podobne, jak przy leczeniu radem t. j. niekiedy znaczne polepszenie, równające się wyleczeniu, a bardzo często ulga w cierpieniu w postaci podgajania się owrzodzeń i poprawy stanu ogólnego. Ze względu na niższą cenę aktinium doświadczenia te będą mogły być prowadzone dalej na szerszą skalę. K.

Czerny. **O leczeniu raków.** (Münch. med. Woch. 1911, Nr 36). Chociaż nóż pozostanie bezwarunkowo jednym z najlepszych czynników w walce z rakiem, to jednak nie jest on jeszcze alfą i omegą w leczeniu. Znamy już przypadki samowyleczenia nowotworów. Odbywa się ono zapomocą niejako zbliznowacenia nowotworu, albo też rozpłynięcia się obumierających jego tkanek. Nasze sposoby leczenia nowotworów naśladują właśnie te zjawiska. Pod wpływem promieni x znikają nieraz różne mięsaki. Istnieją jednak nowotwory zupełnie odporne, a nawet pod wpływem rentgenizacyi szybciej rosnące. Tosamo odnosi się do radu, który ma tę dobrą stronę, że można go stosować przy sprawach głębszych w postaci wstrzykiwań, kapsułek itp. Niezłe wyniki oddaje chemoterapia, zwłaszcza salwarsan, szczególniej co do łagodzenia bolów. Stosuje się 2—3 razy z przerwami po 2—3 tygodni 0·3 tego środka. Do usuwania tkanek nowotworowych poleca Czerny igłę Foresta ew. po usunięciu guza fulguracyę, lub diatermię. Działanie piorunowania jest zwykle przemijające. ale otrzymuje się przy tem ulgę w cierpieniach. K.

Werner i Caan. **O wartości kombinacyi leczenia nowotworów złośliwych promieniami Röntgena i prądami o silnem napięciu.** (Münch. med. Woch. 1911, Nr 36). Autorzy zalecają powyższą kombinacyę, zachwalaną przez Müllera, albowiem dozwala ona zwiększać znacznie dawki rentgenowskie, czyniąc zdaje się okoliczne tkanki odporniejszemi na promienie x. W ten sposób działają jednak prądy silne, natomiast słabe właśnie zmiejszają odporność tkanek okolicznych. K.

Becker. **O przemijających cukromoczach przy sprawach ropnych.** (Münch med. Woch. 1911, Nr 39). B. (z oddziału Sicka w Hamburgu-Eppendorf) przytacza 19 przypadków spraw ropnych, w których spostrzegano przemijający cukromocz. Chodziło zawsze o zakażenia ciężkie; cukier (w ilości 0,4—3%) znikał zaraz po nacięciu, ewentualnie w 3—6 dni. Uwagę na te zjawiska zwrócił Sick, który spostrzegał raz w przypadku ciągle tworzących się czyraków przy tworzeniu się każdego czyraka cukier w moczu i stałe jego znikanie po nacięciu nacieku. Chory ów zupełnie nie był dotknięty cukrzycą i po wyzdrowieniu z czyraków nigdy już cukru w moczu nie miał. Chorzy tacy są wogóle mało odporni na cukier tak, że nieraz można u nich wywołać cukromocz trawienny przez obfite podawanie węglowodanów. Podobnie dzieje się czasem u gorączkujących, jak to wykazał Poll, de Campagnolle i Bleiweis. Na gojenie, w odróżnieniu od cukrzycy, cukromocz ten nie wywiera złego wpływu; nie należy też, spotkawszy po raz pierwszy cukier w moczu przy sprawach ropnych, od razu myśleć o cukrzycy. K.

Pussep. **Wycięcie zwoju Gassera przy nerwobólu n. trójdzielnego z zastosowaniem oświetlenia jamy operacyjnej.** (Russk. Wracz. 1911, Nr 35). Jak wiadomo, nerwoból n. trójdzielnego, nie ustępujący ogólnym zabiegom leczniczym, ani wstrzykiwaniom wyskoku w pnie nerwowe, wymaga ostatecznie usunięcia zwoju Gassera. Operacya ta należy do poważniejszych i daje według obliczeń Krausego, Lexera i innych — od 10—15% wyników śmiertelnych. W wielu przypadkach przyczyną zejścia śmiertelnego był wstrząs, który P. stara się wytłómaczyć tem, że chirurg, chcąc dobrze widzieć tkanki na dnie głębokiej rany, rozciąga możliwie szeroko jej brzegi i tem uciska mózg. P. zastosował oświetlenie jamy operacyjnej wziernikiem pęche-

rzowym. Brzegów rany nie potrzebował rozszerzać i z powodzeniem usunął po kawałku chorobowo zmieniony zwój Gassera, przyrośnięty do kości i opon. Ostateczny wynik operacyi zupełnie pomyślny. M. Łażyński.

Elschnig. **Następstwa podwiązania tętnicy szyjnej w układzie naczyniowym siatkówki.** (Med. Klinik, 1911, Nr 39). Nieliczne są dotąd opisy bezpośredniego wpływu podwiązania tętnicy szyjnej na siatkówkę. Uhthoff badał bezpośrednio po podwiązaniu siatkówkę i znalazł tylko przemijające zblednięcie brodawki i przejściowe zwężenie naczyń siatkówki. Również badania tonometryczne nie wykazały wielkich różnic w ciśnieniu śródocznem po podwiązaniu tętnicy szyjnej. Badania autora są o tyle ciekawe, że dokonał ich właśnie w chwili samego podwiązywania, znając już przedtem dokładnie dno oka. Otóż podczas podwiązywania nie zauważył E. wcale zmiany barwy barwy brodawki, a jedynie ustało tylko lokomotoryczne tętnienie przy tym samym kalibrze naczyń. Dodać tu jednak należy, że przedtem stosowano w tym przypadku systematyczny ucisk celem przyzwyczajania ustroju do podwiązania tętnicy. K.

Mann. **Technika wyłuszczania migdałków.** (Klin. therap Woch. 1911, Nr 38). W cięższych przypadkach jedynie doszczętne wyłuszczenie migdałka jest racyonalnem postępowaniem. Autor wykonuje je zawsze w znieczuleniu miejscowem. Najpierw pędzluje migdałek i okolicę 20% kokainą z adrenaliną, a po trzech minutach zakłada automatyczną szpatułkę językową Asha, migdałek podciąga haczykiem ku środkowi i znieczula dobrze wokoło, wstrzykując 10% nowokainę. Potem wyjmuje się szpatułkę i zostawia operowanego w spokoju 10 minut. Właściwe zaś wyłuszczenie odbywa się łatwo w sposób następujący. Po założeniu na nowo szpatułki nacięcie nożem przedniego brzegu łuku podniebiennego aż do torebki, odpreparowanie torebki, przyczem w górze trzeba zwykle dwa naczyńka okłuć. W środku łoża migdałka są również naczynia, a od dołu zwykle splot żył. Krwotok należy tamować skrupulatnie. Wyłuszczenie udaje się zwykle ógółem łatwo. O ile operowany jest spokojny, można operować obustronnie; zwykle jednak drugi migdałek wycina się dopiero po 8 dniach. W pierwszych dniach po operacyi występuje nieraz gorączka i obrzęk gruczołów szyjnych. Potem ciepłota spada i czasem znowu podnosi się dość wysoko z dreszczami na jakie 3 dni, a czasem opada zwolna. Wynik ostateczny tego zabiegu bywa miejscowo i ogólnie (gościec, zapalenie gardła. powikłania ogólne) znakomity. K.

Choroby gardła, krtani, uszu i nosa.

A. Ephraim. **Leczenie miejscowe dychawicy oskrzelowej.** (Archiw Fränkla Tom XXIV., str. 65). Ponieważ objawy dychawicy oskrzelowej polegają z jednej strony na zmianach naczynio-ruchowych w śluzówce, z drugiej na skurczu oskrzeli, należało działać na pierwsze zapomocą wywołania niedokrwienia, na drugie znieczulająco. By jednak połączenie leku, odpowiadające obu celom, jakiem jest rozczyn: nowokainy 0·2—0·3, suprareniny (1:1000) 1·0, soli kuch. 0·08 na 10·0 wody, dokładnie doprowadzić do najdrobniejsrych rozgałęzień oskrzeli, podał autor giętki rozpylacz oskrzelowy. Jest to rurka elastyczna, około 45 ctm. długa, o przekroju 6·5 mm., wewnątrz której znajduje się cienki dren, służący jako rurka ssąca. By przyrządowi nadać odpowiednią krzywiznę, potrzebną do przejścia głośni, konieczną jest rurka przewodnia w kształcie jakby metalowego rozkładanego cewnika. Rurka elastyczna ma podziałkę centymetrową, tak iż w każdej chwili możemy określić odległość jej końca od zębów. Rozpylacz ten łączy się zamknięciem bagnetowem z naczyńkiem, mającem 15 gramów objętości, opatrzonem podziałką. Ilość zużytego płynu wynosi 10—15 ctm. Poprzednio znieczulamy krtań i rurkę przewodnią zakładamy do krtani pod kontrolą lusterka krtaniowego, by następnie przez nią przesunąć giętką rurkę rozpylacza. Gdy rozpylacz przejdzie głośnię, usuwa się cewnik metalowy, służący jako przewodnik, a rozpylacz wsuwa się do głębi tchawicy, by następnie przez odpowiednie nachylenie górnej połowy ciała dostać się w prawe, względnie lewe oskrzele. Aby rurkę rozpylacza uchronić od ucisku przez zęby, zaleca się niezupełny pierścień metalowy, który kładzie się między zęby, tak iż rurka przechodzi przez pierścień. W wyjątkowych razach, tam, gdzie wprowadzenie rozpylacza się nie udaje, musimy uciekać się do użycia rury oskrzelowej. Wynik sposobu, zastosowanego przez autora, w przeważnej ilości przypadków był wybitny, nawet nieraz z wynikiem trwałym; niekiedy należało zabieg powtórzyć. A. B.

Trautmann. **Wole pozapołykowe.** (Archiw Fränkla Tom XXV., str. 73). Kilkoletnia obserwacya autora, oparta na zdjęciach rentgenowskich, odznacza się wśród nielicznych przypadków, ogłoszonych w literaturze, tem, iż wole tworzyło tu guz odosobniony na tylnej ścianie gardła, przypierający do nagłośni. Guz ten nie był więc wypukleniem się wola ku światłu gardła i nie miał wogóle żadnego połączenia z gruczołem tarczowym badanego, przedstawiającym się zresztą prawidłowo. Ważną jest więc znajomość istnienia wola, który w postaci guza znajdować się może na tylnej ścianie gardła, choć przypadki te są bez porównania rzadsze, aniżeli wole w postaci guza odosobnionego na korzeniu języka. W określeniu przyrody guza, znajdującego się na tylnej ścianie gardła, wypadnie uwzględnić też możliwość guza o budowie gruczołu tarczowego, który to guz może być wogóle jedynem utkaniem tego rodzaju w całym ustroju, co dla ewentualnego zabiegu chirurgicznego nie będzie bez znaczenia. A. B.

Eicken. **Nowe postępowanie celem usunięcia zwężenia kanału nosowo-łzowego.** (XVII. Zjazd Tow. niem. laryngologów). Autor zaleca założenie przetoki kanału nosowo-łzowego do jamy szczękowej, a zabieg ten ma znaczną wyższość przed podobnym zabiegiem śródnosowym, ponieważ łatwiej go wykonać i daje pewniejszy wynik. W znieczuleniu miejscowem otwiera się od zewnątrz jamę szczękową i odsłania się najpierw boczne kostne ograniczenie kanału nosowo-łzowego, okazujące się jako wyraźne wypuklenie. Potem podobnie odsłania się dolną część wewnętrznej ściany kanału, składającej się częściowo z kości, a w części ze śluzówki jamy nosowej. W ten sposób można odsłonić cały kanał, aż do przejścia jego w woreczek łzowy; czasami zachodzi potrzeba częściowego oddłutowania wyrostka czołowego szczęki górnej. Obecnie już tylko błoniasty kanał można otworzyć na jego wewnętrznej lub bocznej powierzchni, i w części, albo w całości wyciąć. By łzy z jamy szczękowej miały swobodny odpływ do jamy nosowej, robi się równocześnie, zaraz z początku zabiegu, szeroki otwór do dolnego przewodu nosowego. A. B.

Oppikofer. **O torbielach korzenia zębowego.** (Archiw Fränkla Tom XIV., str. 45). Torbiel korzenia zębowego powstaje ze ziarniniaka korzenia w następstwie próchnienia zęba. O przyczynie przeistoczenia się ziarniniaka w torbiel nic nie wiemy, a zbieranie się treści w torbieli tłómaczyć sobie należy gromadzeniem się przesięku zapalnego. Ewentualnie taka torbiel może się rozwijać w szczęce już po wypadnięciu zęba, względnie po jego wyjęciu, nawet po upływie szeregu lat. Innym rodzajem torbieli jest tak zwana torbiel mieszkowa, której powstanie należy odnieść do zaburzenia w rozwoju zęba, i to prawie zawsze w czasie drugiego ząbkowania; w tej torbieli znajdziemy też brakujący ząb, czy zęby. Torbiele szczękowe tworzą się najczęściej w szczęce górnej, a tylko wyjątkowo w szczęce dolnej. Torbiele szczęki górnej odgradza od jamy szczękowej prawie zawsze choćby cienka warstwa kości nowo wytworzonej przez osteoblasty. Powstawać

mogą też przetoki do jamy nosowej dołu kłowego szczęki i jamy ust, a nigdy do nosowej jamy szczękowej, choć może być brak zupełny warstwy kostnej, oddzielającej torbiel od jamy szczękowej.

Jako drogę operacyjną zaleca autor (w znieczuleniu kokainowem) drogę przez dół kłowy szczęki z wyłuszczeniem ściany torbieli i lekkiem tamponowaniem jamy. A. B.

Sobernheim i Blitz. **W sprawie pierwotnej utajonej gruźlicy migdałka gardłowego.** (Archiw Fränkla Tom XXV., str. 121). Głównie na podstawie szczepień Pirqueta, a także badań preparatów z antyforminy, które nawet u podejrzanych co do gruźlicy okazywały się zawsze wolne od bakteryi, przychylają się autorowie do zapatrywań większości, iż przerost migdałka gardłowego niema nic wspólnego z gruźlicą i zaprzeczają zupełnie istnieniu utajonej pierwotnej gruźlicy migdałka gardłowego. Jeżeli więc z jakichkolwiek powodów uznajemy za wskazane usunięcie przerosłego migdałka, to nigdy z rzekomego wskazania usunięcia utajonego ogniska gruźliczego. A. B.

Hölscher. **O zwężeniu górnych dróg oddechowych przy wolu.** (Archiw Fränkla Tom XXV., str. 187). Autor zaleca operowanie tylko w uśpieniu ogólnem — (skopolamina — morfina — eter), a nie w znieczuleniu miejscowem, by właśnie umożliwić szybki i spokojny zabieg, a zwłaszcza w ciężkich przypadkach oszczędzić operowanym nieuniknionego wzruszenia i lęku, przy uwolnieniu wola od krtani i tchawicy. Uśpienie wspomniane uważa autor za idealne i posługuje się niem przy wszystkich operacyach od lat trzech. Uśpień wogóle dokonał przeszło 700. A. B.

Dermatologia i syfilidologia.

Marcus. **Leczenie rtęcią, a odczyn Wassermanna.** (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 107). Przytoczywszy szereg historyi chorób, tablic graficznych, statystyk, dochodzi autor do następujących wniosków: 1) Przy klinicznie podejrzanych, jednak niepewnych naciekach kiłowych pierwotnych, gdzie i mikroskop nie wykazał krętka bladego, wynik odczynu Wassermanna dodatni jest wskazaniem do podjęcia leczenia swoistego. 2) Przy leczeniu kiły świeżej (w pierwszych latach) nie powinno się dać uwodzić ujemnemu odczynowi Wassermanna, ale leczyć chorego w dalszym ciągu przewlekle, jak to czyniono, nieznając jeszcze odczynu Wassermanna, gdyż w przeciwnym razie rokowanie na przyszłość co do nawrotów choroby będzie niepomyślne. 3) Odczyn dodatni w kile utajonej należy uważać za objaw kiły i chorego leczyć. 4) Odczyn ujemny ma pewne znaczenie dopiero w kile trwającej już szereg lat, jeśli uwzględnimy przytem czas trwania choroby, jej przebieg, przebyte leczenie i t. d. A. W. Weber.

Hoehne i Kalb. **Badania porównawcze oryginalnej metody Wassermanna z innemi będącemi w użyciu.** (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 104, 1911). Szereg doświadczeń porównawczych, dotyczących metody Wassermanna z jednej strony, a Bauera, Sterna, Hechta i Dungerna z drugiej, doprowadziły autorów do wniosków, iż oryginalna metoda Wassermanna jest najpewniejszą, chociaż przy kile nie zawsze daje wynik dodatni. Metody uproszczone nie są pewne o tyle, że chociaż w kile utajonej dają większy odsetek wyników dodatnich, aniżeli próba Wassermanna, to jednak dają czasem również wynik dodatni u osób, które nigdy kiły nie przechodziły. A. L Weber.

Feuerstein. **O odczynie Wassermanna przy liszaju rumieniowym ostrym** (lupus erythematodes acutus). (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 104, 1911). Autor przytacza z piśmiennictwa trzy przypadki liszaja rumieniowego ostrego, w których odczyn Wassermanna był dodatni. W przypadku tegoż samego cierpienia, spostrzeganym przez autora, surowica dała również wynik dodatni, i to trzykrotnie. Autor nie sądzi, jakoby odczyn ten był swoisty dla powyższego cierpienia, lecz przypuszcza, że odczyn powstaje wskutek zmian w surowicy krwi, wywołanych długotrwałem podniesieniem ciepłoty. A. W. Weber.

Bergrath. **Zmiany kiłowe w stawach.** (Archiv fur Derm. u. Syph. T. 104, 1911). Pracę autora ilustrują dwa zdjęcia fotograficzne, wykonane przy pomocy promieni Roentgena. Jedno z nich przedstawia łokieć, drugie kolano osób. cierpiących na kiłę wrodzoną. Stawy są silnie zmienione z jednej strony sprawą rozpadową, z drugiej bujaniem okostnej. W danych przypadkach mimo ogromnych zmian anatomicznych ruchy w stawach były stosunkowo dość znaczne i prawie bezbolesne, co jest znamieniem kiłowych zmian w stawach. H. L. Weber.

Holmgren. **Nowy sposób wykrywania jodu w moczu.** (Archiv für Derm. u. Syph. T. 106). H. podaje bardzo dogodny sposób wykrycia jodu w moczu. Na kawałek bibuły białej puszcza 3 krople 3% rozczynu wody utlenionej, następnie w to samo miejsce dwie krople 25% rozczynu kwasu solnego; wreszcie kropelkę badanego moczu w środek zwilżonej bibuły. Na granicy owej kropelki wytworzy się w razie obecności jodu w moczu niebieski pierścień. Odczyn ten występuje natychmiast, w razie zaś bardzo małych ilości jodu po kilku sekundach, a wykrywa jod jeszcze w rozcieńczeniu 1 na 10.000. Odczyn ten daje również sama woda utleniona + mocz, lub sam kwas solny + mocz, jednakże nie jest on wtedy już tak czuły. H. L. Weber.

1) Rost. **Rzadkie powikłania wiewióra: wysypki cechujące się przerostem naskórka i zapalenie wielu stawów z następowem zesztywnieniem.** (Derm. Zeitschr. 1911, Z. III.). 2) Arning i Meyer-Delius. **W sprawie wysypek wiewiórowych znamionujących się przerostem naskórka.** (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 108, 1911). Na końcu swej pracy streszcza ją Rost w sposób następujący: »Wysypki, znamionujące się przerostem naskórka, a których przyczyną jest wiewiór, są rzadkie. Występują prawie zawsze z dość ciężkimi objawami zapalenia wielu stawów z przebiegiem podostrym, które może się skończyć zesztywnieniem stawów. Do tych zmian mogą dołączyć się ciężkie schorzenia ogólne, jak charłactwo, nerwobóle i zaniki mięśni. Powyższym zmianom nie towarzyszy zawsze wiewiór ostry, czy podostry, a wywołać je może nawet wiewiór przyczajony«.

Arning pisze: »Istnieje pewien rodzaj objawów ogólnych z podkładem wiewiórowym, znamionujący się podostrem zapaleniem wielu stawów, które jednak do zesztywnień nie wiedzie, a łączy się zawsze z charakterystycznem zapaleniem spojówek. Do objawów tych przyłączyć się mogą pewne zmiany w skórze, cechujące się przerostem naskórka. Zmiany te, które zaczynają się drobnymi pęcherzykami, a przekształcają następnie w twarde guzki, występują najczęściej na żołędzi prącia, rzadziej na stopach i rękach, lub gdziekolwiekbądź indziej na skórze«.

W obu pracach podają autorowie po kilka historyi chorób. H. L. Weber.

Higiena.

Prof. Gärtner. **Bakterya okrężnicowa jako wskaźnik kałowego zanieczyszczenia wody.** (Zeitschr. f. Hygiene 1910, T. 67). Dawniej przy ocenie wody przypisywano zbyt wielkie znaczenie t. zw. liczbom granicznym przy poszczególnych składnikach chemicznych, obecnie przecenia się przy opiniach obecność bakteryi okrężnicowych — dzieje się to zwłaszcza w Anglii i Ameryce, ale i niewiele mniej i w Niemczech. Określenie bakteryi, pojawiającej się pod tą nazwą, nie jest dostatecznie ścisłe, a po części i dowolne, obejmuje bowiem grupę gatunków pokrewnych, nie stanowiących jednak całości, bakteryi pojawiających się w przewodzie pokarmowym człowieka i zwierząt. Laseczka krótka, gruba, prosta o końcach zaokrąglonych, w pewnych

razach ruchliwa, nie zarodnikująca, odbarwiająca się Grammem, nie rozpuszczająca żelatyny, rozkładająca przy 37° cukier gronowy przy wytworzeniu kwasu i gazu, uchodzi za postać typową, która jako własności niestałe objawiać może krzepnięcie mleka, rozkład cukru mlecznego, odbarwianie czerwieni obojętnej na barwik żółtawy, oraz wytwarzanie indolu z peptonu. Brak jednej z ostatnich własności nadaje bakteryi własność nietypowości. Zdaniem G. i ostatnim odmianom, napotykanym w przewodzie pokarmowym, należy przy ocenie wody przyznać równe znaczenie, jak rasom typowym. O wiele mniej, niż przewód pokarmowy ludzki, zawiera bakteryi okrężnicy, przewód zwierzęcy, i to w stosunku prostym do rozwoju, na jakim pozostaje. — Rozpowszechnienie omawianej bakteryi zależy od stopnia ruchu ludzi w ziemi uprawnej, na ulicach i placach miejscowości napotyka się go zawsze, w miarę zmniejszenia się ruchu i kultury jest go coraz mniej, nie rozmnaża się w ziemi i wodzie, chyba tylko przejściowo podczas bardzo dogodnych warunków, znika początkowo w nich szybko, później wolniej, obumierając, w ziemi może przetrwać przeszło rok, w wodzie kilka miesięcy. Z obecności poszczególnych bakteryi nie można wnosić o świeżem zanieczyszczeniu, lecz jedynie na podstawie większej ich ilości. Omawiając sposoby stwierdzania bakteryi w wodzie dowodzi przykładami, jak trudno nieraz ocenić ilościowo obecność ich w wodzie, w każdym zaś razie obstaje za stwierdzaniem za pośrednictwem kultur własności wydzielonych z wody gatunków. Stwierdzenie bakteryi okrężnicowych w wodzie, — czy to dodatnie, czy ujemne — nie daje — zdaniem autora — obrazu o istniejącem, grożącem, zanieczyszczeniu kałowem zaopatrzenia wodonośnego, nie daje również podstawy do wykluczenia tegoż niebezpieczeństwa, o ile nie jest poparte oględzinami miejscowemi całego urządzenia. Badanie takie umożliwia kontrolę stopnia zanieczyszczenia wód powierzchownych, pozwala na stwierdzenie, czy i gdzie zanieczyszczoną jest rzeka przez znaczną lub małą ilość ścieków, które to pytania mają znaczenie dla miejsca poboru wody, lub przy zakładaniu kąpieli rzecznych. Wobec źródeł, pobierających wodę ze znaczniejszego obszaru, badanie takie wskaże, czy woda przesącza się dostatecznie dobrze, wobec wodociągów gruntowych dla oceny filtracyi w gruncie niema wartości większej, niż zwykłe badania, stosowane od dawna. Dla oceny wody ze studzien zwyczajnych może być niejednokrotnie pominięte, ale nieraz daje bardzo cenne wskazówki Na wartość oględzin miejscowych, nadających wynikom badania chemicznego, jak również bakteryologicznego i wysnuwanym stąd wnioskom dopiero właściwą wagę i znaczenie, zwraca autor uwagę bardzo dobitnie. L. Bier.

Grimm i Weldert. **Wyjaławianie wody zapomocą promieni ultrafijołkowych.** (Mitteil. d. königl. Prufungsanstalt für Wasserversorgung und Abwasserreinigung. Tom 14, 1911). Do doświadczeń swych używali autorowie lampy kwarcowo-rtęciowej Towarzystwa dla wyrobu lamp kwarcowych w Hanau, o długości włókna świetlnego 6 cm, sile świetlnej okolo 1200 świec; napięcie elektryczne, przy którem lampa ta pracowała, dochodzi najwyżej do 35 Volt. Wodę czystą, zawierającą niewiele bakteryi, udawało się autorom wyjaławiać w ilości 0,55 m³ na godzinę, natomiast wodę klarowaną, lecz obfitującą w bakterye, tylko w ilości 0,45 m³, przyczem dla wyniku obojętnym był rodzaj bakteryi — wodne, czy sztucznie dodane okrężnicowe. Zmętnienie wody, nawet niewielkiego stopnia, daje wyniki niepewne, przy zmętnieniu znaczniejszem nie udawało się zabić bakteryi w granicach zbliżonych do warunków, z jakimi w praktyce liczyć się trzeba. Wielką przeszkodę dla wyjaławiania stanowiło również żółte zabarwienie wody przez kolloidy — woda z torfów — i to nawet przy lekkiem zabarwieniu. Z wyjątkiem lekkiego ogrzania o kilka dziesiętnych stopnia sterylizacya promieniami ultrafijołkowymi nie powoduje w wodzie żadnych zmian fizyczno-chemicznych. Dopiero przy dłuższem naświetleniu następuje silne ogrzanie, oraz zaznaczają się pewne przemiany chemiczne. Koszta badanej sterylizacyi, obliczone na podstawie dokonanych doświadczeń, są stosunkowo bardzo znaczne i nie wytrzymują porównania z wydatkami na czyszczenie wody, stosowane na wielką skalę innymi sposobami. L. Bier.

Schwarz i Aumann. **Oddziaływanie promieni ultrafijołkowych na wodę do picia, (część pierwsza i druga).** (Zeitschr f. Hygiene, T. 69, str. 1 i 68, 1911). Do doświadczeń swych używali autorowie w części pierwszej lampy Towarzystwa kwarcowego w Hanau, w doświadczeniach dalszych lampy towarzystwa Westinghouse-Cooper-Hewitt, z których pierwsza — typ U — wymagała 4 Amperów i 100—120 Volt, druga $3^1/_2$ do 4 Amperów i 110 Volt, zaś na początku działania przez 20 minut tylko 75 Volt napięcia. Pierwsza już po bardzo krótkiem działaniu zmniejsza ilość bakteryi w wodzie nawet bardzo w nie obfitującej, przyczem i zarodniki bakteryi w tym samym stopniu giną, jak wegetatywne postacie bakteryi. Przy zastosowaniu lampy Westinghouse-Cooper otrzymano w ciągu 1. godz. 600 l. wody zupełnie jałowej, o ile użyto do sterylizacyi wody czystej i nieprzeładowanej bakteryami do 2000 w 1 cm — a lampa paliła się bez zarzutu. Wynik sterylizacyi zależy zatem od zupełnej przejrzystości wody, ilości zawartych w niej bakteryi, nadto od czasu, oraz dokładnego wymieszania wody podczas naświetlenia. Chcąc wyjałowić wodę obfitującą bardzo w bakterye lub mętną, należy ją przed naświetleniem poddać wstępnym sposobom czyszczenia. Koszt sterylizacyi promieniami ultrafijołkowymi przy zastosowaniu lampy Westinghouse-Cooper wypada przy cenie prądu 20 fenigów za kilowatgodzinę dla 1 m³ wody 12,8 feniga, w czem jednak nie są wliczone koszta lampy i jej instalacyi, oraz poza ceną prądu inne koszta ruchu. Ponieważ konstrukcye lamp omawianych co do warunków łatwego i gruntownego czyszczenia całego przyrządu nie są dostateczne, technika w tym kierunku winna je udoskonalić. Lampa Westinghouse-Cooper nie daje zawsze wody dostatecznie naświetlonej, a tem samem sterylizowanej, należy przeto przy zastosowaniu jej do zaopatrzenia wodociągowego urządzać automatycznie czynne wentyle, które zapobiegną wydostawaniu się z przyrządu wody niezupełnie wyjałowionej. L. Bier.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 21. VI. 1911.

Przewodniczący kol. Prof. Cybulski. — Członków obecnych 38.

1) Na wniosek Zarządu (referent kol. Ciechanowski) przyjęto listę członków honorowych krak. Tow. lekarskiego, mianowanych przy sposobności 50-lecia »Przeglądu lekarskiego«. Na członka czynnego przyjęto jednomyślnie kol. Dr Szczepana Kruczka.

2) Do komitetu, mającego zająć się przeprowadzeniem wyborów do Izby lek. zach galic. wybrano kolegów: Prof. Ciechanowskiego i Dr Weinsberga.

6) Kol. Prof. Kader przedstawia a) chorego **postrzelonego** niegdyś zbliska w klatkę piersiową z przodu, **w okolicy serca.** Stwierdzono krwotok do jamy opłucnej, otwarto ją cięciem wzdłuż mostka i czasowem wycięciem 2 żeber. Wygarnięto do $1^1/_2$ litra krwi. W szczycie płuca znaleziono twardy guzek, który okazał się stwardniałem ogniskiem gruźliczem; podwiązano draśniętą i silnie broczącą lewą tętnicę płucną. W dole z tyłu namacano pocisk. Po nacięciu skóry z tyłu klatki piersiowej, wydobyto tamtędy kulkę. Chory ma się dobrze, oddycha prawem płucem; b) przed-

stawia powtórnie dwunastoletniego chłopaka **z porażeniem rdzeniowem** (poliomyelitis anterior), u którego zastąpiono porażone mięśnie zdrowymi; c) chorą z dużym **guzem goleni**, wychodzącym z kości piszczelowej i przechodzącym na strzałkową; wyłuszczono kość strzałkową, wycięto $^{9}/_{10}$ kości goleniowej; d) okaz anatomiczny **wrzodu żołądka**, zrośniętego z przednią ścianą brzucha, z przebiciem wrzodu; wycięto bardzo znaczną część żołądka, resztę zeszyto; e) chorego z guzami w okolicy jelita grubego wstępującego. Objawy lekkiego zwężenia jelita. Wśród operacyi stwierdzono, że guzy wychodziły z krezki i były pozrastane na niewielkiej przestrzeni z jelitem grubem wstępującem. Gruczoły krezkowe zmienione gruźliczo.

4) Kol. Prof. Reiss przedstawia chorego z guzkiem na napletku; nadto chorą z guzkiem na wardze ust. Odczyn Wassermanna słabo dodatni.

5) Kol. Radliński przedstawia chorą **z rakiem obydwóch warg** ustnych i policzka.

W dyskusyi nad przypadkiem porażenia rdzeniowego zaznacza kol. Prof. Chlumsky, iż przyrządy ortopedyczne są korzystniejsze od plastyki.

Sekr. doroczny: Dr Grzybowski

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 2. V. 1911.

1) Władysław Stankiewicz przedstawił: a) 57-letniego mężczyznę, wyleczonego z **międzypłatowego zapalenia opłucnej**; b) chorego z **tętniakiem aorty**, niszczącym mostek i tworzącym guz wielkości pięści, tętniący, nie sprawiający jednak żadnych bólów.

2) Pankiewicz przedstawił preparat anatomiczny **krwiaka śródściennego** (aneurysma dissecans) **aorty**. Chory leżał w szpitalu z rozpoznaniem śródmiąższowego zapalenia nerek. Po wstrzyknięciu 600 cm³ rozczynu fizyologicznego soli chory nagle zmarł.

3) Gliński: **O teoryach, dotyczących pojmowania istoty białaczki**. Prelegent streszcza poglądy obcych i polskich badaczy na istotę białaczki od czasu wykrycia jej przez Virchowa do chwili obecnej, a w końcu podaje wnioski statystyczne z zestawienia materyału białaczkowego, zebranego z polskiego piśmiennictwa i obserwacyi na oddziale Dra Chełchowskiego.

W dyskusyi opisuje Klein cechy, odróżniające myeloblasty od limfoblastów, oraz zaznacza, że co się tyczy istoty białaczki, to na zasadzie swego doświadczenia skłonniejszy jest uważać białaczkę za sprawę nowotworową »sui generis«.

4) M. Jastrzębski: **W sprawie odczynu Wassermanna**. Chcąc zmniejszyć liczbę błędów, mogących się zdarzyć przy wykonywaniu próby Wassermanna, proponuje prelegent jednocześnie z próbą Wassermanna robić próbę Bauera, która nie wymaga dodawania sztucznego amboceptora. Połączenie tych dwu prób pozwala bez straty czasu w każdym przypadku dać właściwą odpowiedź, albowiem, jeżeli badana surowica ma własny amboceptor hemolityczny, to wtedy dostarczy wskazówek odczyn Bauera, a jeżeli niema, to Wassermanna. Na 100 prób dokonanych, prelegent miał 12 przypadków, gdzie odczyn Wassermanna był ujemny (z powodu nadmiaru amboceptora), a odczyn Bauera dodatni.

W dyskusyi zaznacza Wojciechowski, że w szpitalu św. Łazarza bada surowice najpierw sposobem Hechta, następnie zaś podług przepisu Wassermanna i Bauera. — Al. Żurakowski zwraca uwagę jeszcze na jedno źródło pomyłek, a mianowicie, jeżeli amboceptor króliczy jest bardzo energiczny, a źle mianowany, to może nastąpić odchylenie komplementu nie w sensie Bordet-Gengou, ale w sensie Neissera. — Rozenberg zaznacza, że przyczyną zahamowania w niektórych surowicach przy próbie Bauera mogła być ta okoliczność, że prelegent stale brał 0 2 surowicy, a ilość ta jest często najmniejszą, t. j. pojedynczą dawką hemolityczną, gdy tymczasem w próbie Wassermanna stosujemy co najmniej podwójną dawkę.

Posiedzenie kliniczne dnia 16. V. 1911.

1) Świętochowski przedstawił chorego z miejscową **martwicą po wstrzyknięciu salwarsanu**.

2) Prezes Gajkiewicz przedstawił 37-letniego chorego dotkniętego typową, daleko posuniętą **spondylosis rhizomelica.**

3) Rzętkowski: **W sprawie wpływu salwarsanu na ustrój ludzki**. Jako przyczynek do nauki o wpływie salwarsanu na ustrój ludzki, wypowiada R. słów kilka na zasadzie wyników swych badań w 3 przypadkach przymiotu mózgowo-rdzeniowego, w których stosował salwarsan. R. badał szczegółowo ciśnienie tętnicze, wydzielanie nerkowe, oraz skład krwi. Dochodzi do wniosku, że po wstrzyknięciu »606« powstaje stan zatrucia, zbliżony do stanu zakażenia, nie sądzi jednak, aby salwarsan posiadał jakiś wybitny organotropizm o charakterze zabójczym.

W dyskusyi zaznacza Trzciński, że »606«, wstrzyknięty podskórnie, działa zupełnie inaczej, niż zastosowany wśródżylnie. Mówca jest zwolennikiem stosowania salwarsanu wśródżylnie. — Wojciechowski zaznacza, że jego spostrzeżenia co do zachowania się moczu przy stosowaniu salwarsanu są identyczne ze spostrzeżeniami prelegenta, nie zwracał tylko uwagi na zachowanie się urotropiny. — Knappe zaznacza w sprawie pewnego tropizmu salwarsanu na szpik kostny, że objaw ten swoisty w postaci szybkiego chwilowego zwiększenia się czerwonych ciałek krwi bezpośrednio po wstrzyknięciu, nie dotyczy wyłącznie salwarsanu, ale wogóle występuje po każdem wstrzyknięciu arszeniku. — Klein sądzi, że urobilinurya, występująca po salwarsanie, nie zależy od hemolizy, gdyż brak we krwi oznak rozpadu erytrocytów, a tembardziej, że urobilinurya hemolityczna występuje tylko przy bardzo rozległej hemolizie. Osobiście w jednym przypadku kiły śledziony i wątroby nie widział K. urobilinuryi po salwarsanie, chociaż w początku leczenia jodem występowało to wybitniej. Natomiast zauważył bardzo wyraźną poprawę stanu krwi, którą tłómaczy sobie usunięciem zarazków chorobotwórczych, paraliżujących czynność szpiku. — Kozerski podaje wyniki badania ciśnienia krwi w 24 przypadkach, dokonane przez kolegę Górkiewicza. W 23 przypadkach ciśnienie się obniżyło. — Watraszewski w ostatnich 250 przypadkach stosował salwarsan śródżylnie i jest zwolennikiem tej metody. Alarmujących objawów ze strony serca nigdy nie widział, choć stosował »606« dość często przy wadach zastawki dwudzielnej.

Posiedzenie kliniczne dnia 30. V. 1911.

1) Wiśniewski przedstawił chorego, wyleczonego z **przewlekłego wiewiórowego zapalenia najądrza** zapomocą szczepionki.

2) Osmólski: **O anatomii patologicznej moru**. Prelegent przedstawia preparaty mikroskopowe skrawków narządów ludzi, zmarłych na dżumę (w Odessie), opisuje obraz anatomo-patologiczny dżumy u człowieka we wszystkich jej postaciach według sprawozdań szeregu autorów, którzy wykonywali sekcye zwłok zadżumionych i zestawia z tym obrazem dane, otrzymane przy zbadaniu swych dwóch przypadków. Dochodzi do wniosku, że krwotoczny charakter sprawy przypisać należy raczej toksynie drobnoustroju dżumowego, niż bezpośredniemu oddziaływaniu tegoż, i że posocznica nie jest główną postacią moru, ale najczęściej zjawiskiem pośmiertnem.

W dyskusyi zaznacza Zapasiewicz, że dymienica może się wytworzyć w śliniance przyusznej, a także dziesiątki dymienic mogą powstać na głowie. Następnie wspomina o marantycznej postaci dżumy.

Tadeusz Wilczyński.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 19. kwietnia 1911.

Przewodniczący: Kol. Krusche. Sekretarz: Sonnenberg.

1. Kol. Trenkner prosi obecnych o zwiedzenie szpitala dla chorób zakaźnych.

2. Kol. S. Kramsztyk (z Kołobrzega): **O zaburzeniach w odżywianiu niemowląt w świetle poglądów najnowszych.** Nauka o zaburzeniach odżywiania niemowląt przechodziła w rozwoju swym różne fazy, w których kolejno odźwierciedlały się poszczególne gałęzie wiedzy lekarskiej. Po okresie czysto objawowym nastąpił okres anatomo-patologiczny, po nim zaś bakteryologiczny. Badania Eschericha, Tissiera i innych położyły podwaliny dla wiadomości naszych o florze jelitowej osesków. Badania chemiczne, jednocześnie prowadzone, wykazały różnice w zawartości białka w mleku krowiem i kobiecem, a różnica w ścinaniu się sernika krowiego i kobiecego stała się podstawą fałszywej teoryi Biederta o szkodliwości i trudnem trawieniu sernika krowiego. Na drogę ściśle naukową weszła nauka o zaburzeniach odżywiania z chwilą pojawienia się prac z kliniki Czernego, które wykazały, iż szkodliwym składnikiem mleka krowiego jest tłuszcz, wywołujący objawy acydozy (wzmożone wydzielanie się amoniaku). Inni badacze (Wassermann, Moro, Hamburger) szukali rozwiązania zagadnienia o przyczynach szkodliwości mleka krowiego w różnicach natury biologicznej, a Heubner, Rubner i Cammerer podawali jako objaśnienie większą ilość energii, dla strawienia mleka krowiego przez dziecko zużywanej. Na podstawie drobiazgowych obserwacyi klinicznych zbudował przed niedawnym czasem Finkelstein nową, jednostajną klasyfikacyę zaburzeń: on też znacznie uregulował leczenie dyetetyczne niemowląt. Posuwają się wciąż naprzód badania nad przemianą materyi w różnych okresach zaburzeń; zwłaszcza ilościowe oznaczenie lotnych kwasów tłuszczowych w kale, oraz obliczenie wydzielanych tą drogą alkaliów staje się przedmiotem badań specyalnych, gdyż kwasy te są zapewne »causa nocens« zaburzeń odżywiania. Zainicyowane dawniej przez Eschericha badania nad wpływem różnych części składowych pokarmu na jakość flory jelitowej prowadzone są w dalszym ciągu (Moro, Sittler, Bahrdt i Beyfeld). Zwrócono też w ostatnich czasach uwagę na znany już dawno fakt wzmożonej śmiertelności niemowląt w okresie najgorętszych miesięcy letnich, fakt, który objaśnia się dzisiaj nietylko podawaniem rozłożonego mleka, lecz i bezpośrednim wpływem gorąca na ustrój. Badanie wpływu rozczynów soli i cukru na ustrój osesków doprowadziło Finkelsteina i jego uczniów do stworzenia teoryi gorączki pokarmowej, która jednak dotychczas na drodze doświadczeń na zwierzętach potwierdzenia nie znalazła. Badania współczesne uważają naruszenie nabłonka jelitowego za punkt wyjścia zaburzeń; na czem jednak polega zawarty w pokarmie kobiecym »składnik uzdrawiający« — tego jeszcze ani badania przemiany mineralnej, ani rozumowania fizyczno-chemiczne wyjaśnić nie zdołały. Wprowadzone przed rokiem przez Finkelsteina mleko »białkowe« stanowi pewien postęp na drodze udoskonalenia pokarmu sztucznego, zwalczanie jednak nienaturalnego sposobu karmienia musi wciąż być stawiane na pierwszym planie. (Streszczenie własne). Sekretarz: Dr Sonnenberg.

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie dnia 27. IV. 1911 r.

Obecnych członków 28. Przewodniczący kol. Pietkiewicz.

1) Kol. A. Januszkiewicz: **Leukopenia, jako wczesny i stały objaw duru brzusznego.**

Dyskusya. Kol. Cichocki, przypominając sobie znaną mu statystykę przypadków leukopenii przy durze brzusznym, utrzymuje, że ona nie jest tak wielką i że również można ją spostrzedz przy posocznicy i gruźlicy. Przyczynę zaś pojawienia się leukopenii przeważnie włoscy badacze widzą w zgubnem działaniu bakteryi na szpik kostny, na dowód czego przytacza mowca badania doświadczalne nad zwierzętami.

Kol. Januszkiewicz zaznacza, że te prace są mu znane, lecz że obecnie większość autorów jest tego zdania, iż leukopenia jest skutkiem działania na szpik kostny toksyn bakteryi, a nie samych bakteryi. O tem pisała jeszcze szkoła Botkina, a przeważnie Pietrow. Autor ten badał szczątki leukocytów, chcąc dowieść rozpadu ich pod wpływem jadu.

Kol. Gilewicz zgadza się ze zdaniem prelegenta, że leukopenia bywa prawie zawsze przy durze, ale do rozróżnienia go od gruźlicy prosówkowej albo innych odmian duru nie dopomaga, gdyż w tych chorobach najczęstszą znamienną cechą bywa również zmniejszona ilość białych ciałek krwi.

Kol. Makowski zapytuje, czy liczono erytrocyty, gdyż po krwotokach może być erytrocytemia. — Kol. Sochacki przyłącza się do zdania prelegenta, gdyż i on bada zawsze w początkach duru ilość leukocytów we krwi i ta metoda prawie nigdy go nie zawodzi. — Kol. Gilewicz zapytuje, czy prelegent nie zastosowywał metody Arnetha. — Kol. Januszkiewicz odpowiada, że tej metody nie stosował. — Kol. Modrzewski zapytuje, czy mając w pierwszym tygodniu choroby stosownego chorego zastosowałby prelegent metodę liczenia leukocytów, czy badanie według Conradiego. — Kol. Januszkiewicz odpowiada, że badałby ilość leukocytów, szczególniej, gdyby była trudność wzięcia większej ilości krwi, czego się wielu chorych boi.

Kol. Nowaczek przytacza przypadek, dotyczący młodej osoby, która od tygodnia gorączkowała, a u której przy badaniu krwi na 11. dzień odczyn Widala był dodatni i była też leukopenia. Potem okazało się, że chora 3 lata temu miała dur, a obecnie cierpiała na gruźlicze zapalenie otrzewnej. — Kol. Gilewicz spostrzegał w Essentukach dwa przypadki duru: w obydwóch odczyn Widala był dodatni i była leukopenia. Natomiast w jednym przypadku zapalenia szpiku kostnego nie znaleziono wcale leukocytozy. Wogóle przy durze dosyć często bywa leukopenia, ale statystyka jest jeszcze nieliczna, tak, że opierać rozpoznanie tylko na niej jest dosyć trudno.

Kol. Łążyński zapytuje, jakiego rodzaju było zapalenie ucha średniego w przypadku prelegenta. — Kol. Januszkiewicz odpowiada, że zapalenie miało charakter więcej ropny, ale nie wie, jakie bakterye je wywołały, bo bakteryologicznego badania nie wykonano.

Kol. Łążyński utrzymuje, że zapalenie szpiku kostnego zdarza się daleko częściej, niż się wogóle przypuszcza, tylko nie miewa ropnego charakteru. Przyczyną jego jest niezwykłe powinowactwo jadu durowego do komórek szpiku.

2) Kol. Modrzewski: **Ciekawy przypadek domowej epidemii błonicy.** W styczniu r. b. w rodzinie, składającej się z dwojga rodziców, 3 dzieci, 2 lokatorów, kucharki z 2 dzieci, pokojówki i niańki (12 osób), zachorowało jedno po drugiem dwoje dzieci gospodarstwa na błonicę. U trzeciego dziecka wykonano zapobiegawcze szczepienie surowicy przeciwbłoniczej w ilości 1000 jedn. i dziecko to pozostało zdrowe. Po ukończeniu się choroby, kiedy u chorych już nie można było wykazać laseczników błonicy w jamie ustnej, odkażono formaliną 3 pokoje, w których przebywały chore dzieci. 16. marca zachorowuje trzecie dziecko, to, u którego zrobiono zapobiegawcze wstrzyknięcie. Badanie śluzu z gardła u wszystkich domowników wykryło, że obie córki kucharki także mają laseczniki błonicy w gardle. Przy wypytywaniu okazało się, że chorowały one na gardło jeszcze w styczniu przed chorobą pierwszych dzieci, nie leczyły się na błonicę i są najprawdopodobniej przyczyną wszystkich następnych zachorzeń. Fakt ten jest wymowną ilustracyą, że odkażenie mieszkania po błonicy

bez zbadania śluzu z gardła u wszystkich domowników, nie ma racyi bytu. Sekretarz: Hoffmann.

Posiedzenie lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie

z dnia 4. VII. 1911 r.

1) Landau przedstawia T. G., l. 36, robotnika. Chorób gorączkowych nie przechodził; alkoholizm miernego stopnia. W 24. r. ż. kiła, leczona tylko miejscowem wypalaniem. swoistego leczenia nie stosowano. Przed rokiem pewnego ranka obudził się z bezwładem ręki lewej w ramieniu i łokciu. Przed 2 miesiącami w ten sam sposób stracił władzę w ręce prawej. Bólów nie było i niema. Czasem darcie w obu łydkach. Od 5 lat bole głowy w okolicy czoła z zawrotami. Badanie: Nerwy czaszkowe bez zmian. Źrenice równe, okrągłe, oddziałują żywo. Dno oka bez zmian. Ramię prawe nieco niżej ustawione, łopatka prawa odstaje. Ręka prawa stale w pronacyi. Ręka lewa nieco silniej skręcona w stawie ramieniowym i lekka pronacya. Zanik po stronie prawej w zakresie m. deltoideus (pars scapularis), po str. lewej w mm. supra- et infraspinatus, deltoideus, biceps i brachialis internus. W tych mięśniach częściowy lub zupełny odczyn zwyrodnienia i wyraźne drgania włókienkowe. Unoszenie ręki prawej możliwe tylko nieco ponad linię, poziomo i nieco ponad nią (porażenie m. zębatego większego). Po tejże samej stronie niemożliwe także odwracanie (supinacya), zgięcie grzbietowe w stawie nadgarstkowym i wyprostowywanie palców, (porażenie n. sprychowego). Po stronie lewej zniesione ruchy w stawie barkowym, z wyjątkiem skręcenia na wewnątrz i częściowo na zewnątrz. Zginanie w stawie łokciowym zupełnie niemożliwe, a odwracanie nieco upośledzone. Po obu stronach w zakresie porażonych mięśni hypotonia, w innych napięcie prawidłowe. Odruch m. dwugłowego lewy zniesiony, inne obustronnie słabe. Pnie nerwowe niebolesne. Odruchy kolanowe i stopowe zniesione, podeszwowe obustronnie słabe. Bezładu w kończynach dolnych niema. Objaw Romberga słabo zaznaczony. Odruchy brzuszne i jądrowe żwawe, równe. Zaburzenia wszystkich rodzajów czucia (dotyk, ból, zimno i ciepło) w postaci pasów okrężnych na całym tułowiu, odpowiadające swem rozmieszczeniem unerwienieniu segmentarnemu. Obok jednego szerokiego pasa znieczulenia, w zakresie wszystkich innych pasów tylko względne osłabienie czucia, i to w różnych pasach o różnem nasileniu. Na kończynie górnej lewej niema zaburzeń czucia, na górnej prawej względne zaburzenia w zakresie n. sprychowego. Na kończynach dolnych osłabienie czucia na palcach i w okolicy zewnętrznej kostki nogi lewej Objaw Wassermann-Dungerna wybitnie dodatni. Nie ulega żadnej wątpliwości, że wszystkie objawy rozwinęły się tu na tle przebytej kiły. Jednakże przeciw swoistym zmianom kiłowym w obrębie układu nerwowego (lues spinalis) przemawia późny rozwój choroby (w 12 lat po zakażeniu). Brak jakiegokolwiek niedowładu w zakresie kończyn dolnych, zaburzeń w oddawaniu moczu i stolca, bolesności miejscowej kręgosłupa, bolów promieniujących w zakresie korzonków tylnych, wreszcie brak zmienności obrazu klinicznego, tak charakterystycznego dla spraw swoiście kiłowych. L. rozpoznaje **sprawę parasyfilityczną;** są tu dowody zwyrodnienia tylnych powrózków rdzeniowych w zniesionych odruchach kolanowych, stopowych i w segmentarnych zaburzeniach czucia. Do tej samej sprawy parasyfilitycznej należy odnieść porażenie splotu barkowego górnego po str. lewej, a n. sprychowego i tułowiowego długiego po str. prawej, które to porażenia rozwinęły się prawdopodobnie na tle ogólnego wyniszczenia kiłowego. Wskazane jest silne leczenie przeciwkiłowe, tembardziej, że chory dotąd nie leczył się swoiście.

III. Zjazd niemieckiego Towarzystwa urologicznego

w Wiedniu 1—13 września 1911

podał Dr A. Klęsk.

1) Israel (Berlin): **Ostateczne wyniki po wycięciu nerki gruźliczej.** Jedynie leczenie chirurgiczne, i to doszczętne, gruźlicy nerki liczyć może na powodzenie. Wszelkie inne leczenie, n. p. tuberkuliną, można stosować tylko pomocniczo lub tam, gdzie operować nie można. Śmiertelność po wycięciu nerki 10—15% (t. zw. dalsza, t. j. dłużej, niż w 6 miesięcy po operacyi), 75% wyleczeń. Zgony zwykle z powodu gruźlicy płuc, lub schorzenia drugiej nerki. Gruźlica prosówkowa, jeżeli występuje po zabiegu, to w pierwszem półroczu. — Jeżeli nerka druga w czasie operacyi była zupełnie zdrową, to zakażenie jej następcze po wycięciu chorej występuje rzadko, bo zaledwo w 11·1%, częściej jednak bywa druga nerka już w czasie zabiegu już trochę zajęta gruźlicą, choć klinicznie nie wykazalnie. Przy obustronnych zmianach trzeba mimo to przystąpić nieraz do wycięcia jednej nerki, a to: 1) gdy nerka jest bardzo już zniszczona, 2) w razie częstych silnych krwotoków, kolek i bolów. Nerka druga po wycięciu nerki chorej ulega nieraz zakażeniu z płuc. Prątki znikają z moczu po wycięciu nerki w 75%, zależy to jednak również bardzo od stanu pęcherza. Nieraz mimo wydzielania prątków stan chorych jest po operacyi znakomity (roznosiciele prątków podobnie, jak w durze). W połowie przypadków po operacyi utrzymuje się w moczu nadal ślad białka, jak również białe i czerwone ciałka krwi. Sprawa pęcherzowa w 43·5% ustępuje, a przypady w 90%. Gruźlica moczowodu po wycięciu nerki leczy się sama szybko. Ciąża po operacyi nie wpływa wcale na pogorszenie stanu pozostałej nerki, można jednak dozwolić na małżeństwo dopiero w razie zupełnego zniknięcia prątków z moczu.

2) Bloch (Frankfurt), Asch (Strassburg), Oppenheimer (Frankfurt) mówią **o szybkiem wykazywaniu prątków gruźliczych,** zwłaszcza o sposobie Oppenheimera (szczepienie w wątrobie świnek morskich).

3) Bachrach (Wiedeń): **Leczenie tuberkuliną przy gruźlicy moczowo płciowej.** Zapomocą leczenia tuberkulinami osiąga B. jedynie polepszenia i poprawy stanu ogólnego, ale nie osiągał wyleczenia miejscowego. Nadaje się to leczenie zwłaszcza po wycięciu nerki, jeżeli gdzieindziej w ustroju znajdują się ogniska gruźlicze. W przypadkach ciężkich tuberkulina zawodzi zupełnie.

4) Widholz (Berno): **Trwałe wyniki po wycięciu nerki z powodu gruźlicy.** Na podstawie odpowiedzi na kwestyonaryusz, rozesłany do lekarzy praktycznych w sprawie dalszego losu chorych na gruźlicę nerek, a nie operowanych, dochodzi W. do przekonania, że los ten jest bardzo smutny. 58% umiera przed upływem 5 lat od początku cierpienia, a zaledwo mała garstka żyje dłużej bez wybitnych objawów. Nie może więc tu nawet być mowy o porównaniu ze statystyką operacyjną, gdzie po wycięciu nerki gruźliczej osiągamy 60% wyleczeń trwałych, a śmiertelność t. zw. poźna wynosi 14% (bezpośrednio po operacyi 28%). Gruźlica pęcherza wygaja się zwykle po wycięciu nerki bardzo prędko. Pogarsza rokowanie równoczesne cierpienie narządów płciowych. Wielką rolę odgrywa położenie socyalne chorych. Tak n. p. uzyskał W. u chorych zamożniejszych 78·8% wyleczeń, a u niezamożnych tylko 37·7%. Chorzy po wycięciu nerki przechodzą zupełnie pomyślnie choroby zakaźne, a tylko łatwiej u nich wywołać uśpienie narkotykami, wydzielającymi się drogą nerek.

5) Fabricius (Wiedeń): **Czy t. zw. nadnerczaki uważać należy za nowotwory złośliwe?** Prelegent odpowiada na to pytanie twierdząco.

6) Boeckel (Nancy): **Bezpośrednie i późne wyniki 57 wycięć nerki z powodu gruźlicy.** Wyniki podobne do przytoczonych powyżej. Przy przetokach stosuje B. ze skutkiem wstrzykiwania pasty Becka.

7) Mirabeau (Monachium): **Udział moczowodu i miedniczki nerkowej w schorzeniach części rodnych kobiecych.** Bardzo często schorzenia części rodnych kobiecych wywołują ucisk moczowodu, zastój moczu z następstwami, wymagającemi operacyi.

8) Colmers (Koburg): **Bezmocz.** Przypadek bezmoczu przy wrodzonym braku jednej nerki, spowodowany uciskiem mięśniaka macicy na moczowód, wyleczony wycięciem macicy. (Dokończenie nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dn. 25. X. posiedzenie, na którem po powitaniu przez prezesa obecnych gości: Dr S. Bernadzikowskiego, członka Wydziału krajowego i Dr Müllera, inspektora szpitali krajowych, przedstawił Prof. Wicherkiewicz przypadek t. zw. nieżytu wiosennego, Dr Kozłowski przyrząd do wlewań salwarsanu, a prym. Dr Borzęcki przypadek leczony salwarsanem z niezwykłym przebiegiem. Następnie odbyła się dyskusya nad wykładem Prof. Krzyształowicza, w której uczestniczyli: prym. Dr Borzęcki, Prof. Bujwid, Dr Gertler, Szymanowski, Weber i Prof. Reiss i Wicherkiewicz.

— Na posiedzeniu miejskiej komisyi sanitarnej w d. 19. X. 1911, przedstawił fizyk miejski sprawozdanie z przebiegu chorób zakaźnych w mieście. Ze wszystkich chorób zakaźnych występuje cokolwiek silniej płonica. Jako powód tego wzmożenia się płonicy podaje fizykat w pierwszym rzędzie niemożność natychmiastowego odosobnienia chorych, z powodu braku odpowiedniej liczby łóżek szpitalnych, a także brak odpowiednio urządzonych zakładów dla chorób zakaźnych. Następnie źródłem roznoszenia zarazków są nieodpowiednio urządzone sklepiki drobne z wiktuałami, w których schodzi się służba z domów zakażonych po zakupno towarów. Do szerzenia się choroby przyczynia się również niedonoszenie o przypadkach zachorowania, przy których rodzice często z powodu lekkiego przebiegu choroby nie wzywają wcale lekarza. Dziecko takie po paru dniach, wstawszy z łóżka, wychodzi na ulicę, gdzie bawiąc się z innemi dziećmi zaraża je. Dopiero po wystąpieniu u takiego nieleczonego dziecka powikłań, wzywany bywa lekarz i cała rzecz się wyjaśnia, tymczasem jednak dziecko już zdążyło zarazić pewną ilość zdrowych dzieci. Stwierdzono też, że w domach źle utrzymanych, źle urządzonych, w których panuje brud, płonica częściej się zdarza i uporczywiej trwa. Pewnego rodzaju i brak odpowiedniego wyszkolenia w sprawach sanitarnych u szerszego ogółu także wpływa na szerzenie się chorób. Zdarzyło się w ostatnich czasach 9 przypadków przewiezienia dzieci chorych, lub łuszczących się po płonicy, koleją, bez zastosowania jakichkolwiek środków ostrożności. Komisya uznała za rzecz pierwszorzędnej wagi i nadzwyczaj pilną budowę pawilonów dla chorób zakaźnych, następnie zwróciła uwagę na to, by ojciec rodziny na równi z lekarzem ordynującym obowiązany był donosić władzom o każdym podejrzanym przypadku choroby u dzieci, gdy nie stać go na wezwanie lekarza do domu. W końcu wyraziła komisya uwagi, tyczące się: sprzedaży pieczywa zawiniętego w cienką bibułkę lub czysty papier, odezwy do restauratorów i handlarzy owoców, aby pieczywo, ciasta i owoce, zawsze mieli nakryte; przestrzegania czystości na chodnikach; skrapiania ulic także o godzinie 5. popołudniu; przyspieszenia sprawy organizacyi stróżów domowych; stawiania koszów na papiery na ulicach.

— Towarzystwo »Dom zdrowia nauczycielstwa polskiego« w Zakopanem (noszące przedtem przez lat 10 nazwę »Schronienie nauczycieli i nauczycielek«) ogłosiło swoje X. Sprawozdanie, obejmujące dwa lata (1909/10 i 1910/11). Z tabelki, zamieszczonej w sprawozdaniu a przedstawiającej statystykę Towarzystwa w całem dziesięcioleciu istnienia, wynika, że Towarzystwo, choć zwolna i walcząc z wielkiemi trudnościami, stale się jednak rozwija. W ciągu bowiem dziesięciolecia wzrosła liczba członków ze 167 na 476, liczba zgłaszających się o przyjęcie chorych z kilkunastu na 132, liczba corocznie leczonych z 11 na 63, liczba dni leczenia z 2535 (w r. 1904) na 6017, dochody z 5825 na 26946 kor., fundusz żelazny z 867·93 na



3978·29 kor. Koszt dnia leczenia wynosił w ostatnim roku 3·77 kor.; dzienny niedobór na jednej osobie, pokrywany przez Towarzystwo, wynosił w tym roku 57 hal., resztę kosztów pokrywały opłaty od chorych, poczęści otrzymujących zapomogi z Wydziału krajowego. Wyniki leczenia były nadspodziewanie dobre (w ostatnim roku 87·8% poprawy) w stosunku do niekorzystnego składu leczonych (60·4% w II, a 26·0% w III okresie gruźlicy płuc). Prezesem i lekarzem Towarzystwa jest Dr E. Brzeziński.

— W Krynicy rozpoczynają się w najbliższym czasie kosztem rządu głębokie wiercenia dla uzyskania większych ilości wody mineralnej. Wiercenia mają być ukończone w ciągu bieżącej zimy.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 15. X. do 21. X. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 13 † 1 (w tem obcych 5 † 1), krztuśca 7, ospy wietrznej 2, płonicy 23 † 2 (2 † —), odry 15 † 1, duru brzusznego 7 † 4, czerwonki 1, róży 2 † 1 (1 † 1).

Dr Janiszewski.

Warszawa. Dr Rzętkowski, były redaktor »Pamiętnika Towarzystwa lek. warsz.«, zaznacza w »Gazecie lek.« (42), że jego zdaniem powinien »Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego« zawierać całkowitą bibliografię, a więc i te np. pokazy, o których nie wiadomo nic więcej, prócz tytułu.

Z różnych stron. W instytucie lekarskim dla kobiet w Petersburgu zgłosiło się do egzaminu lekarskiego 480 kandydatek, w tem 250 lekarek zagranicznych.

— Wśród 1880 słuchaczy medycyny, zapisanych w Wiedniu w ostatniem letniem półroczu, pochodziło 266 z Galicyi.

— Dr Kazimierz Wyrzykowski, naczelnik »Sokoła« we Lwowie, rozpoczął wydawać pismo p. t. »Skaut«, mające na celu krzewienie »Scoutingu« (harcerstwa) wśród młodzieży. »Scouting« jest rodzajem ćwiczeń fizycznych, zorganizowanym na sposób służby patrolowej, krzewiącym się obecnie bardzo silnie wśród młodzieży zagranicznej.

— Komitet obywatelski, zajmujący się zebraniem funduszów na zakupno zagrody dla głośnego poety ludowego, Ferdynanda Kurasia, prosi nas o zaznaczenie, że fundusz ten zebrany będzie zapomocą rozprzedaży dzieł tego poety, które nabywać można w sekretaryacie komitetu (adres: Zygmunt Kolasiński, Tarnobrzeg, ul. Kościuszki).

Mianowani: chirurg Prof. Pels-Leusden z Berlina profesorem w Gryfii, hygienista Prof. Hahn z Monachium profesorem w Królewcu, patolog doc. Bogomolec z Odessy profesorem w Saratowie.

Zmarli: okulista Prof. Emmert w Bernie; Dr Salomea Kaszerówna z Warszawy w Szwajcaryi.

Redakcya otrzymała: Legeżyński: Wystawa higieniczna w Dreznie. (Głos lek. 1911). — Fr. Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce. Warszawa 1911. Stron 942 + XXIV.

Bibliografia.

Ruchliwy tygodnik francuski »Paris médical«, wydawany przez księgarnię I. B. Baillière et fils w Paryżu, poświęcił ostatni swój zeszyt wyłącznie neurologii, psychiatryi i medycynie sądowej, zamieszczając w dziale artykułów oryginalnych następujące rozprawy: Les maladies nerveuses en 1911 (revue annuelle) (Dr Jean Camus, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris). — La pathologie radiculaire (Dr Déjerine, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, et le Dr Baudouin). — La méningite séreuse enkystée de la corticalité cérébrale (Dr Henri Claude, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris). — Traitement des fractures de la base du crâne (Dr Grégoire, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris). — Les maladies mentales en 1911 (revue annuelle) (Dr Paul Camus, médecin de l'hospice de Bicêtre). — Devons-nous continuer à considérer l'inversion sexuelle comme une maladie (le sexe intermédiaire) (Dr Grasset, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier). — La constitution émotive (Dr Dupré, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris). — Régulation des fonctions psychiques (Dr Jean Camus).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok L. Kraków, dnia 4. listopada 1911. Nr 44.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z zakładu anatomii patologicznej Uniwersytetu Jagiell.
(Dyrektor Prof. Dr Browicz).

Układ przedsionkowokomorowy i jego stosunek do patologii serca

podał

Stanisław Ciechanowski.

(Według referatu do tematu: »Arytmia« na wspólnem posiedzeniu sekcyi med. teoret. i wewn. XI. Zjazdu lekarzy i przyrodn. polskich w Krakowie, 18. VII. 1911).

I.

Za jedyną pewną cechę morfologiczną, znamionującą »układ przedsionkowokomorowy« [1]) serca, uważana jest szczególna budowa najważniejszego ilościowo jego składnika, mianowicie znajdujących się w tym układzie włókien mięsnych, różniąca się zarówno u zwierząt, jak i u człowieka, od budowy reszty włókien mięsnych w sercu. Tę odmienną budowę stwierdza się już we wczesnych stosunkowo okresach życia płodowego (w każdym razie już w piątym miesiącu), a utrzymuje się ona aż do kresu życia w podeszłej starości.

Układowi przedsionkowokomorowemu są właściwe dwa rodzaje tkanki mięsnej. Jeden z nich, opisany dokładniej przez Tawarę i Mönckeberga, otrzymał nazwę »tkanki węzłowej« (Knotengewebe); znajduje się on w t. zw. węzłach układu. Stanowią go włókna mięsne o grubości zmiennej (jak już zauważył Tawara), w każdym razie u człowieka znacznie cieńsze od zwykłych sercowych, o znacznie mniej wyraźnem, albo zupełnie niedostrzegalnem prążkowaniu poprzecznem, o stosunkowo (jak podają niektórzy, czego potwierdzić nie mogę) obfitszej sarkoplazmie, a liczniejszych t. j. gęściej ułożonych jądrach. Włókna te ze sobą najrozmaiciej się splatają i krzyżują, a po części łączą, tworząc gęstą siatkę o małych oczkach; w punktach węzłowych tej siatki przechodzą włókienka podłużne (fibrillae) z jednego włókna mięsnego w drugie, z jednej beleczki w drugą, co autorowie niemieccy określają jako »wymianę włókienek [2])«. W takich punktach węzłowych często zbiega się kilka beleczek mięsnych, tworząc figurę gwiazdzistą, a wtedy nieraz włókienka w punkcie węzłowym znacznie się zaginają, by z jednego promienia gwiazdy przejść w drugi, nieraz sąsiedni.



Rys. 1.

Tkanka węzłowa w sercu ludzkiem (wedł. Mönckeberga). *a* siatka włókien mięsnych, *b* tkanka łączna.

Tak wygląda ta tkanka we właściwych »węzłach« układu; wychodzący z jednego z tych węzłów pęczek mięsny, zwany pęczkiem Hisa lub Palladino-Hisa [3]), zbudowany jest w głównym swym odcinku z takichże włókien, ale układających się więcej równolegle, łączących się między sobą w większych odstępach i tworzących przeto siatkę o okach większych, więcej wydłużonych.

Drugim rodzajem włókien, właściwych układowi przedsionkowokomorowemu, a znajdującym się w obwodowych rozgałęzieniach układu, są znane już dawno włókna, odkryte przez genialnego uczonego czeskiego, Purkinyego, i noszące u zwierząt do dziś jego imię, a znajdujące się także w sercu ludzkiem w nieco odmiennej postaci. U człowieka są to włókna o grubości różnej i wahającej się w różnych miejscach jednego i tegosamego włókna, zazwyczaj

[1]) Określenie »układ przedsionkowo komorowy« (Atrioventrikularsystem) jest właściwsze, niż »pęczek przedsionkowokomorowy« (Atrioventrikularbündel), które już się utarło więcej dla oznaczenia jednej tylko części »układu«, mianowicie pęczka Hisa, i niż »układ przewodzący« (Reizleitungssystem), którato nazwa jest za ciasna, bo uwzględnia jedną tylko z przypisywanych układowi czynności.

[2]) Fibrillenaustausch.

[3]) His opisał ten pęczek dokładnie w r. 1893. Nie jest rzeczą pewną, czy Palladino w r. 1876 istotnie widział ten pęczek. U zwierząt zimnokrwistych opisał połączenia przedsionkowokomorowe pierwszy Gaskell 1883.

jednakże znacznie grubsze od zwykłych beleczek mięsnych serca, o bardzo obfitej, słabo się barwiącej sarkoplazmie, a tylko w wązkiej obwodowej warstwie zawierające włókienka podłużne (fibrillae) i okazujące prążkowanie poprzeczne. Przez to włókna te sprawiają wrażenie jakby rurek; na przekrojach poprzecznych przedstawiają się w postaci pierścienia, wykropkowanego poprzecznymi przekrojami włókienek, nieraz nieregularnie rozmieszczonych; w słabo zabarwionem lub niezabarwionem wnętrzu tego pierścienia (t. j. w sarkoplazmie) widać »jakby w próżni zawieszone« (Mönckeberg) jądra. U człowieka często bywa mniej sarkoplazmy, a więcej włókienek, bardzo rozmaicie i nieregularnie wówczas rozmieszczonych. Włókienka podłużne, znajdujące się w tym rodzaju mięśni, biegną nieprzerwanie na bardzo długich przestrzeniach, według Mönckeberga przez cały układ przedsionkowokomorowy; w niektórych miejscach dzielą się włókienka na kilka, przez co cała beleczka grubieje, potem znowu kilka włókienek może się zlewać w jedno, przez co beleczka cieńczeje, nigdzie jednak nie napotyka się wolnego końca włókienka (Mönckeberg). Widać je także przechodzące przez linie graniczne, w pewnych odstępach biegnące poprzecznie przez całą grubość włókien Purkinyego, a więc i przez ich sarkoplazmę, co Tawara i Mönckeberg uważają za dowód, że linie te są stałym i prawidłowym szczegółem budowy włókien Purkinyego i że nie można ich uważać za wyraz skurczenia się mięśnia (Kontraktionsstreifen Ebnera). Sąsiadujące ze sobą włókna Purkinyego łączą się ze sobą w rozmaity sposób bocznemi wypustkami; czem dalej ku obwodowi, t. j. czem dalej od »węzłów« układu, tem mostków tych jest mniej, tem bardziej odbiega budowa układu od typu siatki, a zbliża się do obrazu rozgałęzień drzewa.



Rys. 2.
Na lewo włókno mięsne z lewego ramienia pęczka Hisa (włókno Purkinyego), na prawo zwykłe włókno mięśnia komory w sercu ludzkiem (wedł. Mönckeberga).

Cały układ przedsionkowokomorowy odznacza się obfitością tkanki łącznej, otaczającej i rozgradzającej pęczki jego włókien mięsnych, oplatającej także poszczególne włókna, a zawierającej sporo cienkich włókien elastycznych. Ta obfitość tkanki łącznej pozwala przy zabarwieniu sposobem Van Giesona odróżnić tkankę węzłową od zwykłego mięśnia sercowego zwykle dość łatwo już przy niezbyt znacznem powiększeniu, gdyż zabarwione fuksyną mnogie włókna łącznotkankowe nadają tkance węzłowej odcień więcej pomarańczowy (w węźle Tawary) lub nawet czerwony (w węźle zatokowym), natomiast zwykły mięsień sercowy ma zabarwienie żółte od kwasu pikrynowego. Również obficie znajduje się tkanka łączna w obwodowych rozgałęzieniach układu, przynajmniej w grubszych, ujmując włókna Purkinyego w szereg oddzielnych pęczków.

Wśród tkanki łącznej układu przedsionkowokomorowego znajdują się liczne naczynia krwionośne. Unaczynienie układu jest nietylko obfite, ale także od unaczynienia sąsiednich części mięśnia sercowego niezależne; zaopatrują go mianowicie osobne gałązki tętnicy wieńcowej prawej.



Rys. 3.

Przekrój poprzeczny jednej wiązki lewego ramienia pęczka Hisa (*A*, u dołu) i wiązki zwykłych włókien mięsnych w sercu ludzkiem (*B*, u góry) (wedł. Tawary). *a b* włókna Purkinyego różnej grubości z obwodowym układem włókienek, *c d* z nieregularnym układem włókienek; *e f* włókna o obfitej sarkoplazmie wśród zwykłych włókien; *g* wsierdzie; *h* tkanka łączna.

W jednym z węzłów układu (mianowicie w zatokowym cz. Keith-Flacka) napotyka się nierzadko większą gałązkę tętniczą, przerzynającą węzeł ten wzdłuż na przestrzeni kilkunastu milimetrów. Jestto część zdarzającego się tu łuku tętniczego, powstałego przez połączenie dwu gałęzi tętnicy wieńcowej prawej, odchodzących blizko jej początku (Haas). W drugim węźle układu (w węźle Tawary) opisują Keith i Flack również większą gałązkę tętniczą; jednakże zgodnie z Mönckebergiem stwierdzić muszę, że gałązka ta występuje niestale, a wogóle w rozgałęzieniach tętnic wieńcowych liczyć się należy ze znacznemi wahaniami indywidualnemi, na które wskazywali już Jamin i Amenomiya.

Mniemanie, że układ przedsionkowokomorowy (a zwłaszcza węzeł Tawary i pęczek Hisa wraz z rozgałęzieniami) nie zawierają elementów nerwowych, (chociaż i nerwy i komórki zwojowe leżą obficie w pobliżu obu węzłów układu), — obaliły badania kilku lat ostatnich. U zwierząt, mianowicie przedewszystkiem u przeżuwaczy, opisywał je już Tawara przed laty sześciu, a wyniki jego badań potwierdził i uzupełnił cały szereg badaczy, wykrywając elementa nerwowe w bardzo nawet dalekich rozgałęzieniach układu, bo nawet w obrębie mięśni brodawkowych[4]). U człowieka wykazanie

---

[4]) Tawara podał, że w obręb jego węzła wnikają u przeżuwaczy liczne włókna nerwowe z sąsiednich zwojów i że znalazł komórki zwojowe w obrębie lewego ramienia pęczka Hisa u cielęcia. Znacznie obfitsze włókna nerwowe w pęczku Hisa, niż Tawara, wykrył potem u cieląt Wilson, u owiec de Witt; Retzer opisał gęstą sieć włókien bezrdzennych u świni. Szczegółowy opis włókien rdzennych i bezrdzennych, oraz komórek zwojowych w obrębie pęczka Hisa i jego rozgałęzień aż do mięśni brodawkowych u przezuwaczy podała panna Engel. Obecność elementów nerwowych w tych częściach układu potwierdzają w najnowszych czasach Pace Domenico i Monrad-Krohn.

elementów nerwowych w tych częściach układu przedsionkowokomorowego natrafiało na większe trudności z tego powodu, iż jedyną nadającą się tu metodą jest barwienie błękitem metylenowym tkanki żywej. Jednakże powiodło się Aschoffowi oraz Mönckebergowi w roku zeszłym w świeżych, tuż po śmierci wziętych do badania sercach płodów niedonoszonych uzyskać metodą tą wyniki, pozwalające przyjąć z wielkiem prawdopodobieństwem i u człowieka równą obfitość włókien nerwowych bezrdzennych w obrębie układu przedsionkowokomorowego, jak u zwierząt. Mönckeberg opisuje nawet w mięśniach brodawkowych komórki, które uważa za komórki nerwowe. W węźle zatokowym jest stosunek nerwów do elementów mięsnych bardzo ścisły, choć Keith, Flack i Ivy Mackenzie, uważając tkankę tego węzła za coś pośredniego między tkanką nerwową, a mięsną (»intermediate bethwen nerve and muscle fibre«), zdają się posuwać za daleko. Co do pochodzenia nerwów układu, to Keith i Mackenzie przypuszczają, że do węzłów układu pozostają w stosunku tylko nerwy, pochodzące od nerwu współczulnego.

Jako dalszą cechę układu przedsionkowokomorowego podawano, że w znajdujących się w nim włóknach mięsnych stwierdza się stale glikogen, którego zwykły mięsień sercowy albo wcale nie zawiera, albo znacznie mniej. W tej właściwości spodziewano się znaleść znaczne ułatwienie przy badaniu topografii układu przedsionkowokomorowego (Mönckeberg, Thorel). Szczególnie spodziewano się ułatwień w wyśledzeniu drobniejszych rozgałęzień, zwłaszcza u człowieka, gdzie odrębność budowy histologicznej mięśni układu przedsionkowokomorowego jest znacznie mniejsza (przynajmniej w niektórych jego częściach), niż u zwierząt. Jednakże nadzieje te zdają mi się przesadne. U zwierząt, gdzie rozporządzamy materyałem zupełnie świeżym, możnaby liczyć na to, że odczyn glikogenu dobrze się powiedzie. Ale nawet już u zwierząt, jak się okazało później, stwierdza się glikogen z łatwością tylko we włóknach Purkinyego, nie znajduje się go zaś u niektórych gatunków zwierząt wcale lub znajduje się go tylko skąpo w tkance węzłowej. Stąd też i wyniki u różnych gatunków zwierząt bywają różne, bo różne też bywa u nich ustosunkowanie obu tych rodzajów mięśni. Np. u wołu i owcy badanie zapomocą odczynu glikogenowego pozwala z łatwośeią odszukać wiele części układu przedsionkowokomorowego, ale u tych zwierząt już i bez tej metody można je łatwo odszukać z powodu bardzo charakterystycznych włókien Purkinyego, nawet dla gołego oka z łatwością widocznych; u świni natomiast odczyn glikogenowy zawodził, ponieważ u tego zwierzęcia znacznie większa, niż u tamtych, część układu, składa się z tkanki węzłowej, która nie wszędzie glikogen zawiera. Co do człowieka, to sam zresztą Mönckeberg podaje, że glikogen nie znajduje się we włóknach u osobników charłaczych — a z takich składa się przecież znaczna część materyału sekcyjnego —, że obecność jego zależy także od wieku osobnika, od sposobu ustalenia, od świeżości materyału, wziętego do badania i t. p. Nawet zaś przy obfitości glikogenu we włóknach Purkinyego istnieją znaczne nieraz różnice ilościowe w różnych częściach włókien; w jednych częściach jest go więcej, w innych mniej znacznie (Arnold). Aschoff wśród 30 serc ludzkich znalazł glikogen w układzie przedsionkowokomorowym tylko 3 razy bardzo obficie, 9 razy w małej ilości; w pozostałych przypadkach prawie nie było glikogenu w badanych częściach układu. Podjęte przezemnie na kilkunastu sercach ludzkich próby dały wyniki jeszcze gorsze, tak, że wprost zniechęciłem się do dalszych prób określania topografii układu u człowieka przez wykazywanie glikogenu. W każdym razie to pewna, że u człowieka obecności glikogenu w układzie przedsionkowokomorowym za stałą charakterystykę tego układu uważać nie można.



Rys. 4.

Przejscie włókien mięsnych we włókna Purkinyego w sercu ludzkiem (wedł. Mönckeberga). Na prawo pasmo tkanki łącznej, na lewo włókna mięsne; przekrój podłużny. *a.* zwykle włókna, *b.* włókna Purkinyego.

Wreszcie według Tawary, Mönckeberga, a za nim Aschoffa i innych, ma być stałą cechą morfologiczną układu przedsionkowokomorowego to, iż włókna jego, resp. pęczki włókien są od otoczenia zawsze oddzielone wyraźnie tkanką łączną (Curran wprost mówi o »pochewce«, nakształt pochewki ścięgien, co już stanowczo wkracza w dziedzinę fantazyi). Wprawdzie w ostatnich zwłaszcza swych przedstawieniach tej sprawy przyznają ci autorowie, iż niekiedy tego odgrodzenia tkanką łączną brak nawet w głównych gałęziach układu (nie mówiąc o drobniejszych gałązkach), ale i wtedy ma być pęczek mięsny, należący do układu, od sąsiedniego zwykłego mięśnia sercowego rzekomo oddzielony szczelinami. Tymczasem sam się przekonałem, że w niektórych gałęziach układu, zwłaszcza w prawej komorze, i szczególnie w sercach dzieci, nietylko brak takiego oddzielenia tkanką łączną, ale (w preparatach celoidynowych)

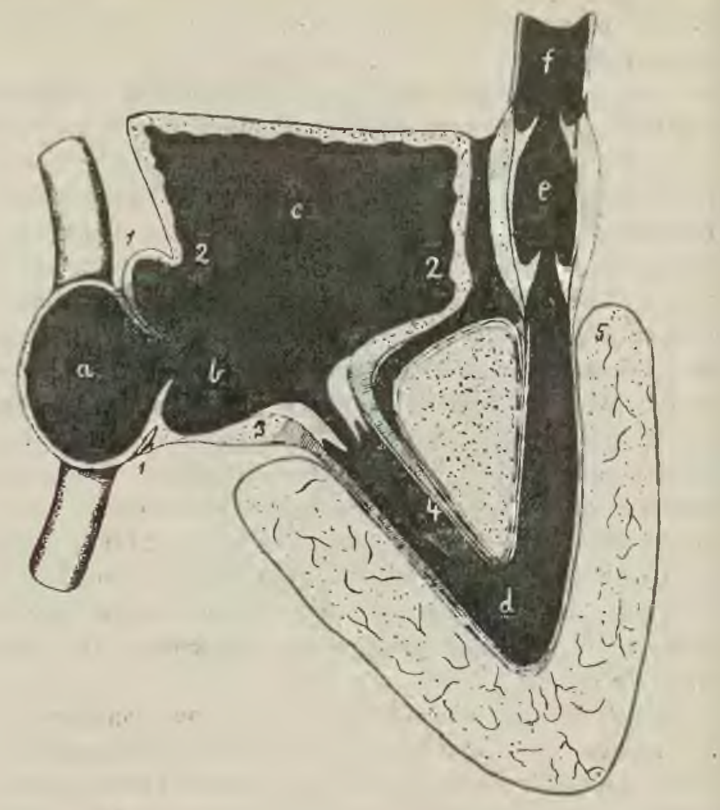
wcale nie widać nawet żadnych granicznych szczelin i jedyną różnicę stanowi odmienna budowa i odmienny kierunek przebiegu włókien układu.

Oba rodzaje włókien mięsnych układu, t. j. włókna tkanki węzłowej i włókna Purkinyego, przechodzą u człowieka jedne w drugie bez ostrych granic; tylko stopniowo zwiększa się we włóknie ilość sarkoplazmy, a włókienka odsuwają się ku obwodowi, przyczem włókno grubieje. U zwierząt przejście to bywa naglejsze, u niektórych gatunków przeżuwaczy (cielęcia) tak nagłe, że wprost odnosi się wrażenie dwóch systemów zupełnie odrębnych (Aschoff), a w takich razach podział morfologiczny np. węzła Tawary na część przedsionkową i komorową jest uzasadniony; natomiast u człowieka tak dzielić tej części układu nie można. Przejście włókien węzłowych w zwykłe włókna mięsne, jakoteż włókien Purkinyego w zwykłe włókna mięsne następuje również stopniowo, niekiedy tak powoli, że nie można oznaczyć, gdzie zaczyna się jedno, a gdzie kończy drugie i że niektórzy badacze podają nawet w wątpliwość, czy opisy i obrazy przejść takich, podane przez Tawarę, Mönckeberga i Fahra, wyczerpują wszystkie zdarzające się tu kombinacye.

II.

Zanim przejdę do topografii układu przedsionkowo-komorowego w sercu ludzkiem, należy w kilku przynajmniej słowach uwzględnić jego rozwój, co jest konieczne dla zrozumienia nietylko pewnych sprzeczności w wynikach doświadczeń na zwierzętach i spostrzeżeń patologicznych, ale nawet już dla zrozumienia nazw, nadanych pewnym częściom układu.

U zwierząt niższych można według Keitha, który się tą sprawą specyalnie zajmował, rozróżnić w sercu 5 odrębnych odcinków: zatoki (sinus), przedsionki (atrium), uszka (auricula), komory (ventriculus) i opuszki (bulbus); na pograniczu między jednym a drugim odcinkiem istnieją szerokie, nawet zupełnie okrężne połączenia mięsne, a więc połączenia: zatokowo-przedsionkowe, przedsionkowo-uszkowe, przedsionkowo-komorowe i komorowo-opuszkowe. Czem wyżej posuwamy się w szeregu phylogenetycznym, tembardziej te mięsne połączenia ulegają redukcyi przestrzennej, tem więcej owe odcinki sercowe zostają od siebie odgraniczone tkanką łączną, którą połączenia mięsne przerzynają tylko w postaci mostków, okazujących swoistą budowę. Obchodzą nas tu najbardziej połączenie zatokowo-przedsionkowe i przedsionkowo-komorowe. Pierwsze z nich u ryb występuje jeszcze w postaci całkowitego pierścienia mięsnego o swoistej budowie, u żaby pierścień ten jest niezupełny, u ptaków są swoiste włókna mięsne już tylko rozrzucone naokoło granicy zatokowo-przedsionkowej, u ssaków skupiają się już głównie tylko na powierzchni przedniej i bocznej, przyczem jednak u różnych gatunków zwierząt w sposób rozmaity. Połączenie mięsne przedsionkowo-komorowe, tworzące jeszcze u ryb również całkowity pierścień o swoistej budowie, u płazów i gadów skupia się w szereg oddzielonych od siebie pęczków, u ptaków redukuje się jeszcze więcej, a u ssaków koncentruje się w jednej zazwyczaj tylko wiązce — wiązce Kenta-Hisa.



Rys. 5.

Schemat serca zwierząt ssących (wedł. Keitha i Aschoffa). *a* zatoka z ujściem obu żył głównych, *b* przedsionek, *c* uszko, *d* komora, *e* opuszka, *f* aorta; *1* połączenie zatokowoprzedsionkowe, *2* połączenie przedsionkowouszkowe, *3*, *4* połączenie przedsionkowokomorowe, *5* połączenie komorowoopuszkowe. Budowa swoista połączeń oznaczona kreskowaniem.

U człowieka połączenie mięsne przedsionkowo-komorowe znane jest już od lat niemal 20 w postaci pęczka Hisa. Natomiast stosunki na pograniczu części zatokowej i przedsionkowej są do dziś dnia niezupełnie jeszcze zbadane, a dokładne określenie, gdzie należy spodziewać się u człowieka swoistego połączenia mięsnego tej okolicy, natrafia na trudności z powodu powikłanych jej stosunków. Mianowicie u człowieka nie jest już część zatokowa wraz z ujściem wielkich żył tak ściśle oddzielona od części przedsionkowej, jak u zwierząt niższych; oba te odcinki zlały się ze sobą prawie zupełnie. W rozwoju zarodka ludzkiego występuje naprzód podział części zatokowej na prawą i lewą przez tak zwaną przegrodę przedsionkową (Vorhofsscheidewand), poczem w połowie prawej występuje t. zw. przegroda zatokowa (Sinusseptum), biegnąca od rąbka Vieussenna do zastawki Eustachiusza i dzieląca ten odcinek na część górną i dolną. W górnej znajdują się ujścia obu żył głównych, w dolnej zatoka wieńcowa (poprzeczna część pierwotnego odcinka zatokowego). W sercu ludzkiem zupełnie wykształconem przedstawiają się potem stosunki w ten sposób, że jedna część pierwotnego odcinka zatokowego znajduje się w przedsionku lewym, mianowicie część z ujściem żył płucnych (t. zw. »vestibulum« Keitha), dwie zaś w przedsionku prawym, t. j. część wieńcowa i część zawierająca ujścia żył głównych (t. zw. »lejki« żył głównych), ograniczona przez t. zw. wstęgę krańcową (taenia terminalis). Wstęga ta wychodzi z miejsca przegrody międzyprzedsionkowej, przylegającego do aorty, okrąża w kształcie z ujścia obu żył głównych i kończy się dwoma ramio-

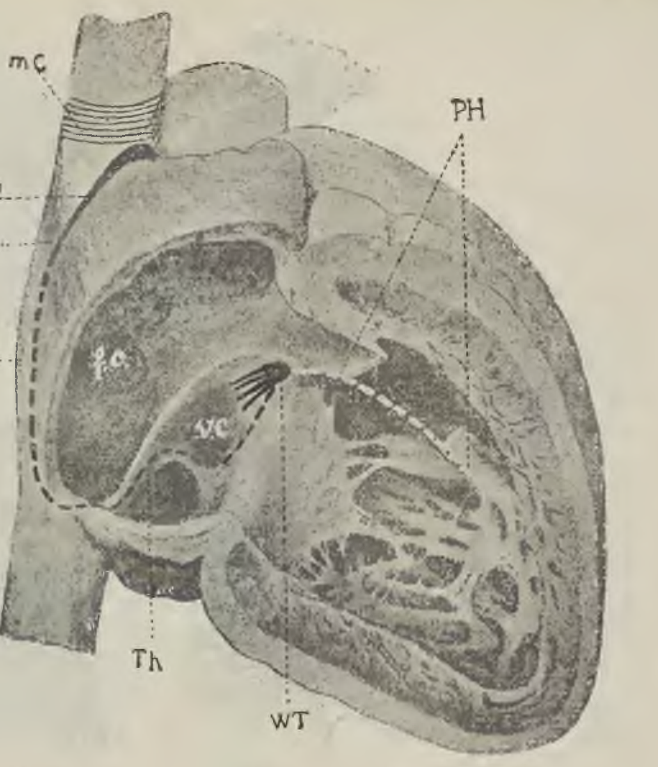
nami, jednem pod, drugiem nad ujściem (lejkiem) żyły wieńcowej tak, że koniec tej wstęgi dobiega prawie do jej początku. W przerwie między końcami wstęgi znajduje się przedni brzeg otworu owalnego, którego mięsne łuki (górne i dolne więzadła rąbka [Limbusband] Keitha) spływają się z końcami wstęgi. W ten sposób otwór owalny, aczkolwiek należący do przedsionka, dostaje się (przez obrośnięcie zastawkami pierwotnej zatoki) zupełnie w obręb dawnej części zatokowej. Szukając więc swoistych układów mięsnych, będących resztą pierwotnego rozległego połączenia zatokowo-przedsionkowego, należałoby się ich według Keitha i Aschoffa spodziewać w zakresie wstęgi i jej ramion, obejmujących lejek żyły wieńcowej. Istotnie swoistą tkankę mięsną znaleziono w zakresie wstęgi w części górnej, jako tzw. węzeł zatokowy, natomiast stosunki w częściach dolnych, w okolicy lejka wieńcowego, są do dziś jeszcze przedmiotem sporu, o czem za chwilę.

III.

Przechodzę do topografii układu.

Ze wspomnianych rodzajów swoistej tkanki mięsnej, znamionującej układ przedsionkowokomorowy, znajdujemy w sercu ludzkiem tkankę »węzłową« w dwu miejscach: na pograniczu żyły głównej górnej i przedsionka prawego, t. j. w węźle Keith-Flacka czyli zatokowym, — i w dolnej części błoniastej przegrody międzyprzedsionkowej, t. j. w węźle Tawary, oraz poczęści wśród pierścienia włóknistego, oddzielającego mięsień komór od mięśnia przedsionków, t. j. w pęczku Hisa.

Stosunki topograficzne węzła Tawary i pęczka Hisa oraz jego rozgałęzień są dziś prawie wyczerpująco zbadane. Węzeł Tawary znajduje się w tylnej dolnej części błoniastej przegrody międzyprzedsionkowej (septum membranaceum) w przednim kącie trójkąta, który tworzy górne ramię wspomnianej poprzednio wstęgi krańcowej (taenia terminalis) z podstawą pośrodkowego płatu zastawki trójdzielnej i przednim brzegiem lejka żyły wieńcowej. Od strony komory lewej oznacza położenie węzła Tawary mniejwięcej punkt skrzyżowania się linii stycznej do najniższego punktu przyczepu tylnej zastawki aorty — z linią pionową, przeprowadzoną przez najniższy punkt przyczepu płatu zastawki dwudzielnej. Kształt i wielkość węzła Tawary, według badań samegoż Tawary, Cohna, Retzera i Currana, są u różnych gatunków zwierząt rozmaite, a i u człowieka, jak się także sam przekonałem, podlegają znacznym wahaniom indywidualnym. Ku tyłowi przechodzą włókna węzła stopniowo w zwykłe włókna mięsne przedsionka (Bräunig, Retzer, Cohn, Tawara, Mönckeberg), dochodząc według jednych (Tawara, Aschoff, Koch) do przedniego brzegu lejka żyły wieńcowej, według drugich (Mönckeberg) nie docierając tak daleko w tył, ale natomiast rozpromieniając się w wielu kierunkach, tak że połączenia włókien węzła ze zwykłemi włóknami przedsionka istnieją ze wszystkich stron węzła (Cohn) prócz przedniej lewej (Mönckeberg); według innych wreszcie (Thorel) wypustki węzła, skierowane ku tyłowi, gubią się wśród zwykłych mięśni przedsionka, ale jedna z nich, zachowując cechy swoistego utkania [5]), ma biegnąć bez połą-



Rys. 6.

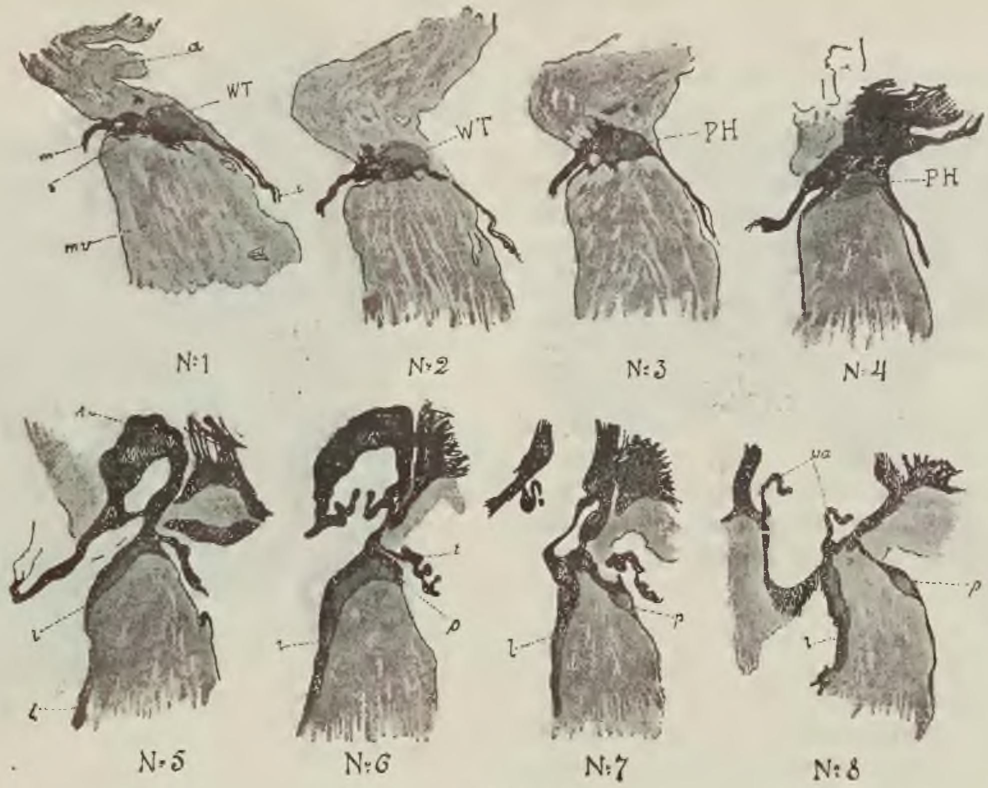
Schemat układów mięsnych w sercu ludzkiem; widok wnętrza prawej połowy serca po odcięciu bocznej ściany. *WT* węzeł Tawary z wypustkami ku tyłowi. Biała przerywana linia *PH* zaznacza główny kierunek pęczka Hisa i jego prawej gałęzi; czarna przerywana linia *Th* — drogę Thorela. *WZ* węzeł zatokowy (Keith-Flacka). Równoległe cienkie linie *W* zaznaczają przebieg pęczka Wenckebacha; *mc* — okrężne mięśnie żyły głównej górnej, *fo* — dół owalny, *vc* — ujście żyły wieńcowej.

czeń ze zwykłymi mięśniami przedsionka, jako odrębna droga, aż do drugiego wielkiego węzła, t. j. do węzła zatokowego.

Ku przodowi przechodzi węzeł Tawary w pęczek mięsny [6]), u starszych osobników złożony z kilku mniejszych pęczków, kierujący się od góry, tyłu i prawej strony ku dołowi i w lewo i przebijający się przez pierścień włóknisty (annulus fibrosus) ku mięśniom przegrody międzykomorowej. W przebiegu i grubości tego pęczka spotyka się znaczne różnice indywidualne; raz pęczek ten, — właściwy »pęczek przedsionkowokomorowy«, »pęczek Hisa«, »pień« (Stamm) pęczka, — trzyma się przeważnie więcej prawej strony przegrody włóknistej, to znów więcej jej środka, a niekiedy bardzo rychło przechodzi na jej stronę lewą; raz powolniej, łagodniej, to znów naglej zbiega ku dołowi, zazwyczaj jednak znaczniejsza jego część znajduje się już w dolnej części przegrody włóknistej, przylegając do górnej krawędzi przegrody mięsnej międzykomorowej,

[5]) Mönckeberg przecząc, by wypustki włókien węzła o utkaniu swoistem sięgały w tył aż do przedniego brzegu lejka żyły wieńcowej, przyznaje jednak, że przy brzegu lejka w pewnych przypadkach napotyka się obrazy, podobne do obrazów włókien Purkinyego, wszelako twierdzi, że są to zmiany patologiczne zwykłych włókien mięsnych; niemniej zasługuje na uwagę wzmianka Mönckeberga, że w tych samych przypadkach były włókna Purkinyego w obrębie komorowej części układu szczególnie wyraźne.

[6]) Granica węzła Tawary i pnia pęczka Hisa jest u przeżuwaczy bardzo ostra; w pniu odrazu ukazują się włókna Purkinyego i glikogen. U człowieka przejście jest stopniowe, włókna mięsne jeszcze i w pniu pęczka tworzą siatkę i ostrej granicy między pęczkiem a pniem niema.



Rys. 7.

Węzeł Tawary (*WT*) i pęczek Hisa (*PH*), w przekroju pionowym. Skrawki mikroskopowe przegrody przedsionków i komór, krajanej od tyłu (Nr 1) ku przodowi (Nr 8), zabarwione sposobem Van Giesona. *a* mięsień przegrody przedsionków, *s* przegroda włóknista, *mv* mięsień przegrody komór; *l* lewe, *p* prawe ramię pęczka Hisa; *m* płat zastawki dwudzielnej, *t* płat zastawki trójdzielnej; *A* aorta, *va* zastawki aorty. (Prawe ramię pęczka jest w rysunku Nr 7 i Nr 8 umyślnie, dla lepszego uwidocznienia, narysowane dwakroć większe, niż jest w rzeczywistości).



Rys. 8.

Węzeł Tawary (*WT*) i pęczek Hisa (*PH*) w przekroju poziomym. Skrawki mikroskopowe przegrody serca, krajanej od góry (Nr 1, mniej-więcej w połowie wysokości zastawek aorty), ku dołowi, (Nr 10 blizko nasady mięśni brodawkowych), zabarwione sposobem Van Giesona. *Rp* ramię prawe, *Rl* ramię lewe pęczka Hisa, względnie ich rozgałęzienia; *m* płat zastawki dwudzielnej, *t* płat zastawki trójdzielnej (w rysunku 9 widać już tylko odcinki brzegów płatów i przekroje poprzeczne nitek ścięgnistych, w rysunku 10 przekroje mięśni brodawkowych); *a* ujście aorty. (W rysunkach 6—10 narysowano ramię prawe umyślnie, dla lepszego uwidocznienia, przeszło dwakroć grubsze, niż było w rzeczywistości w preparatach; tożsamo w rysunkach 7—10 ramię lewe i jego rozgałęzienia są umyślnie grubsze, w rzeczywistości są one znacznie cieńsze, bardziej płaskie).

a oddzielona od mięśnia komory tylko warstewką tkanki łącznej, należącej do pierścienia włóknistego, który komory od przedsionków oddziela. W końcu grubiejąc, dzieli się pęczek Hisa na dwa ramiona [7]), skręcające dość nagle prawie prosto ku dołowi; niekiedy podział ten zaznacza się już prawie od początku pnia pęczka, a wtedy pień ma kształt jakby rynienki, okraczającej od góry przegrodę międzykomorową, jakby nakrywającego tę przegrodę daszka. Ostateczny podział pęczka na dwa zupełnie odrębne ramiona przypada zazwyczaj w najniższym punkcie przegrody błoniastej przedsionków, ale czasem wcześniej (brak właściwego »pnia«), a ramiona skręcają wtedy na dół dopiero w pewnej odległości od miejsca podziału. U człowieka zbiegają oba ramiona pęczka ku dołowi, jako jednolite zrazu, niepodzielone wiązki. Podobnie jest u niektórych zwierząt np. u psa, cielęcia; natomiast u innych gatunków (królik, kot) oddzielają się i skręcają ku dołowi jeszcze przed podziałem głównego pnia na oba główne ramiona drobne wiązki dla serca lewego (Cohn i Trendelenburg), — szczegół ważny, bo tłomaczy niektóre sprzeczności w wynikach doświadczeń na zwierzętach. Gdyby się okazało, że i u człowieka niekiedy oprócz głównych ramion istnieją takie atypowe, dodatkowe odgałęzienia, jak to utrzymuje Curran, to mogłoby to posłużyć do wyjaśnienia niektórych paradoksalnych spostrzeżeń; wszelako Mönckeberg stanowczo utrzymuje, że u człowieka takich dodatkowych odgałęzień niema, ja sam również ich dotąd nie znalazłem. W obu ramionach pęczka przybierają włókna mięsne u człowieka stopniowo już cechy włókien Purkinyego.

Ramię prawe jest często zrazu grubsze od lewego, wtenczas jednak wnet nagle szczupleje; w dalszym ciągu jest od ramienia lewego zawsze znacznie szczuplejsze i przed podziałem swoim na gałęzie ma u człowieka ledwo 2—3 mm. średnicy. W postaci wiązki okrągłej, od sąsiedztwa — jak się sam wbrew podaniom niektórych badaczy przekonałem — niezawsze oddzielonej tkanką łączną lub szczelinami, zbiega ono naprzód skośnie ku przodowi i dołowi, a potem prawie wprost ku dołowi aż do nasady pośrodkowego mięśnia brodawkowego zastawki trójdzielnej i tu dopiero grubiejąc, dzieli się na trzy gałęzie. Gałęzie te zaginają się nagle i kierują się ku mięśniom brodawkowym, z których włóknami stopniowo się łączą, oddawszy po drodze liczne drobniejsze gałązki, rozbiegające się w różnych kierunkach pod wsierdziem ścian komory prawej i poczęści zawracające z powrotem ku górze. W przebiegu swoim przed podziałem leży zwykle krótki górny odcinek prawego ramienia w tkance łącznej podwsierdziowej, następny, dłuższy odcinek, głębiej wśród mięśnia przegrody, skąd znowu wychyla się pod wsierdzie mniejwięcej na wysokości szczytu mięśnia brodawkowego, a w okolicy punktu odejścia beleczki mięsnej, biegnącej od przegrody międzykomorowej ku przedniemu mięśniowi brodawkowemu (»Hilfsschenkel des vorderen grossen Papillarmuskels« Tawary, »moderator-band« autorów angielskich). W przebiegu prawego ramienia zdarzają się zresztą liczne odmiany indywidualne; niekiedy całe prawe ramię przebiega tuż pod wsierdziem (jak w przypadku Nagayo, gdzie przytem wychodziło z pomiędzy dwu gałęzi ramienia lewego u jego początku). W budowie również bywają różnice; czasem włókna Purkinyego pojawiają się dopiero w tem miejscu, gdzie się ramię prawe z powrotem ku wsierdziu przysuwa (Mönckeberg), a wtedy to miejsce dopiero stanowi analogię granicy części przedsionkowej (»węzła«) i komorowej (»pnia«), istniejącej tak wyraźnie u przeżuwaczy w miejscu, znacznie wyżej położonem. Zagłębione wśród mięśni przegrody komorowej położenie średniego odcinka ramienia prawego sprawia w razie braku otoczki włóknistej koło niego niemałe nieraz trudności w odszukaniu tego ramienia, zwłaszcza, jeżeli różnice jego utkania (włókien »węzłowych«) od zwykłego mięśnia sercowego nie są zbyt znaczne, co wcale często się zdarza. Wtedy tylko bardzo staranne badanie skrawków kolejnych (seryi) doprowadzić może do pożądanego wyniku. Na jeszcze większe trudności natrafia się przy śledzeniu przebiegu drobnych rozgałęzień obwodowych prawego ramienia.

Ramię lewe w przeciwieństwie do prawego odrazu po odejściu od pnia rozpłaszcza się i bardzo rozszerza, zajmując tuż pod wsierdziem szerokie pole wachlarzowate, widoczne gołem okiem w każdem sercu ludzkiem, — a szczególnie wyraźnie w sercach osób starszych, — na tylnej ścianie stożka tętniczego (conus arteriosus) wiodącego do aorty, poniżej tylnej i prawej zastawki aorty. Pole to odznacza się od sąsiedztwa swoją gładką powierzchnią i białawem zabarwieniem, pochodzącem stąd, że tkanka łączna podwsierdziowa jest tu gruba i że tu leży pod wsierdziem obfity pokład mięśni gładkich. Niżej, tam, gdzie to białawe zabarwienie słabnie i gdzie rozpoczynają się pierwsze (najwyższe) beleczki mięsne (trabeculae carneae) komory lewej, rozdziela się ramię lewe na kilka gałęzi odrębnych, najczęściej dwie lub trzy [8]). Najważniejsze z tych gałęzi zmierzają ku obu mięśniom brodawkowym, przedniemu i tylnemu, drogą najkrótszą, często więc biegnąc przez beleczki mięsne, a leżąc ciągle powierzchownie, pod wsierdziem. Dalej następuje podział na coraz drobniejsze gałązki, rozbiegające się po wewnętrznej powierzchni mięśnia komory lewej w różnych kierunkach i niejednokrotnie odginające się z powrotem ku górze. Gałązki te znajdują się nietylko w beleczkach mięsnych, z któremi razem przeskakują często przez zagłębienia między inaczej skierowanemi beleczkami, ale także w wielu t. zw. rzekomych nitkach ścięgnistych, t. j. takich, które pomimo zewnętrznego wejrzenia włóknistego zawierają mięśnie, a które, odchodząc od mięśni brodawkowych, przyczepiają się drugim swym końcem do przegrody międzykomorowej, albo łączą dwa jej miejsca ze sobą, albo nawet przechodzą z niej na ścianę przeciwległą.

Rozgałęzienia lewego ramienia są u niektórych zwierząt, zwłaszcza u przeżuwaczy (wół, owca), widoczne już

---

[7]) Podział na dwa ramiona jest tak stały, że brak rzekomy prawego ramienia, wspomniany przez Heineke-Müller-Hösslina, tłómaczyć należy błędem w badaniu tego przypadku.

[8]) Pospolicie jedna gałąź biegnie odrazu ku przodowi w beleczce mięsnej, idącej do przedniego mięśnia brodawkowego; pozostała tylna część ramienia lewego dzieli się na dwie wiązki, z których jedna wysyła drobniejsze gałązki ku koniuszkowi serca i do podstawy przedniego mięśnia brodawkowego, druga zaś (najbardziej ku tyłowi skierowana) rozpada się także na kilka gałązek, jedną z nich wysyłając do mięśnia brodawkowego tylnego, do którego gałązka ta wchodzi w połowie jego wysokości.



Rys. 9.



Rys. 10.

Rys. 9 i 10. Dwa przykłady przebiegu i rozgałęzień lewego ramienia pęczka Hisa w sercu ludzkiem według Tawary. Pień pęczka oznaczony konturem przerywanym, ramię lewe i rozgałęzienia czarno. W rys. 9 są oznaczone słabiej (szarawo) te gałązki obwodowe pęczka, których istnienie przyjmował Tawara na zasadzie badania gołem okiem, czego badania mikroskopowe nie potwierdzają (część górna komór ponad szczytem mm. brodawkowych nie zawiera gałązek o budowie swoistej). W rys. 10 pozostawiono obraz rozgałęzień takim, jak go sobie przedstawia Tawara.

gołem okiem, jako pasemka szarawe; są to właśnie znane zdawna włókna Purkinyego. U człowieka niekiedy można się przy oglądaniu gołem okiem domyślać przebiegu grubszych gałązek; najczęściej jednak jest to bardzo zawodne i zgodnie z Mönckebergiem stwierdziłem, że tylko mikroskopowe badanie może rzecz napewno rozstrzygnąć. Tawara, złudzony zapewne obrazem, jaki widywał w sercach zwierząt, nie uwzględnił tej okoliczności i opisał u człowieka sieć rozgałęzień układu przedsionkowokomorowego jedynie według badań makroskopowych. Zgodnie z Mönckebergiem i Fahrem przekonałem się jednak, że u człowieka sieć ta, przynajmniej o ile się składa z właściwych układowi włókien swoiście zbudowanych, — ani nie jest tak bogata, ani nie sięga tak wysoko, jak opisuje i rysuje Tawara. Swoiste włókna znaleść można u człowieka poza głównemi gałęziami lewego ramienia tylko w dolnej części przegrody międzyprzedsionkowej, w t. zw. części międzybrodawkowej (»interpapillärer Raum« Ehrenfr. Albrechta); przednia i tylna część przegrody powyżej szczytu mięśni brodawkowych, trzecia część górna samychże mięśni brodawkowych i górne części ściany przedniej i bocznej nie są zaopatrzone u człowieka w drobniejsze gałązki układu o swoistej budowie, w szczególności w t. zw. gałązki wsteczne. W prawej komorze serca ludzkiego również nie znajduje się swoiście zbudowanych gałązek układu na przeważnej części przegrody międzykomorowej, na przedniej ścianie powyżej podziału prawego ramienia na gałęzie drugorzędne, na odpowiedniej części górnej przedniego mięśnia brodawkowego, ani też na ścianie tylnej powyżej wolnego brzegu żagla tylnego zastawki trójdzielnej. Być może, że istnieją tu włókna, będące przedłużeniem bezpośredniem gałązek układu, ale włókien tych od zwykłych włókien mięśnia sercowego odróżnić nie można i nie leżą one w żadnym razie w podwsierdziowej tkance łącznej. Jeżeliby u człowieka w tych miejscach istnieć miały takie końcowe gałązki układu, to jednak byłyby one dla naszych środków badania na razie niedostępne.

Zakończenia najdrobniejszych gałązek obu ramion układu nie są dotąd dokładnie zbadane. Natrafia to na nieprzezwyciężone nieraz trudności z powodu nieznacznego przechodzenia swoistej budowy włókien w budowę zwykłych mięśni komory. Według Fahra włókna układu zagłębiają się między zwykłe włókna i biegną jeszcze jakąś przestrzeń zewsząd przez nie otoczone, zanim się ostatecznie z niemi zleją.

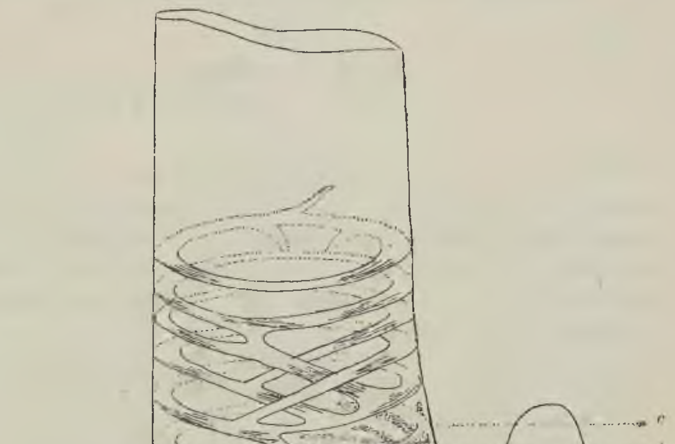
Makroskopowe tylko poszukiwanie rozgałęzień układu było przyczyną jednego jeszcze błędu Tawary. Mianowicie mikroskopowa kontrola jego twierdzeń o nitkach ścięgnistych rzekomych, podjęta przez Mönckeberga i i., dowiodła, że wbrew mniemaniu Tawary wiele z tych utworów, — pominąwszy takie, które nie zawierają wcale mięśni — zawiera wyłącznie tylko zwyczajne włókna mięsne, w innych znajdują się one obok włókien swoistych, a tylko w niektórych rzekomych nitkach ścięgnistych są same włókna mięsne swoiste bez domieszki zwykłych. Włókna swoiste można u człowieka znaleść tylko w tych nitkach ścięgnistych rzekomych, które jednym końcem przyczepione są do przegrody międzykomorowej w okolicy, zawierającej główniejsze gałęzie pęczka Hisa.

Kończąc o topografii tej części układu przedsionkowokomorowego, t. j. o układzie Tawary-Hisa, wspomnieć jeszcze muszę, że według Aschoffa część wypustek węzła Tawary, skierowanych ku lejkowi żyły wieńcowej, przechodzi u cielęcia w obfite pęczki włókien mięsnych gładkich, z któremi jest nader ściśle spleciona. Stosunki te nie są jednak jeszcze dokładnie zbadane.

Daleko mniej ustalone są wiadomości o drugiej części układu przedsionkowokomorowego, mianowicie tej, która jest, jak z danych rozwojowych wnosić należy, analogią połączenia zatokowo-przedsionkowego u zwierząt niższych. Jako pewnik przyjąć dziś można tylko istnienie jednego nagromadzenia tkanki węzłowej na przedniobocznej stronie ujścia żyły głównej górnej i przedsionka prawego. Jestto tak zwany węzeł Keith-Flacka czyli węzeł »zatokowy“ (Sinusknoten), lub »żylno przedsionkowy«, mający postać wrzecionowatą lub marchwiastą, długi 20—30 mm., a kilka milimetrów gruby. Według Schwartza węzeł ten ma kształt Λ (Sinusschleife), szczytem zwróconego ku górze i przodowi, ramieniem »bocznem« — ku dołowi i tyłowi, a »środkowem« — ku wewnątrz. Leży on w rowku, wypełnionym tkanką tłuszczową, wśród której znajdują się mnogie pęczki i zwoje nerwowe, a oddzielającym przedsionek od żyły. Węzeł leży w ten sposób, że głowa jego znajduje się bliżej osierdzia, rozgałęzienia jego zaś zagłębiają się ku wsierdziu. W rowku wspomnianym zbiega węzeł resp. jego ramię »boczne« ku tyłowi i dołowi, sięgając aż pod pęczek mięsny, biegnący skośnie od tyłu z przedsionka na żyłę, wyraźny nawet makroskopowo, zwłaszcza na sercach przerosłych, a noszący nazwę pęczka Wenckebacha (por. rys. 5).

Pęczek ów, uważany pierwotnie przez Wenckebacha za jedyne połączenie mięsne przedsionka z żyłą, przechodzi w dalszym ciągu w okrężne prążkowane mięśnie żyły, sięgające na niej na 1—2 cm. powyżej jej ujścia, (w sercach przerosłych 3—4 cm.) i zbiega potem stroną przeciwną, jako znacznie słabsze wiązki, od przodu i góry ku dołowi i bokowi, dochodząc prawie do swego punktu wyjścia.

Rola i stosunek pęczka Wenckebacha do węzła Keith-Flacka niezupełnie jeszcze są wyjaśnione. Większość badaczy odmawia pęczkowi Wenckebacha znaczenia swoistego połączenia między żyłą główną górną a przedsionkiem, raz dlatego, że znaleziono także inne pęczki mięsne, przechodzące z przedsionka na żyłę, a więc okazało się, że pęczek Wenckebacha jedynym mostkiem mięsnym w tem miejscu nie jest, a powtóre dlatego, że stwierdzono w nim (Koch) brak włókien mięsnych o swoistem, dla układu przedsionkowokomorowego znamiennem utkaniu. Wogóle istnienie włókien takich w całej okolicy żylno-przedsionkowej jest do dziś dnia przedmiotem sporu. Aschoff jeszcze w roku zeszłym utrzymywał stanowczo, że poza węzłem Keith-Flacka niema w tej okolicy u człowieka żadnych swoiście zbudowanych włókien mięsnych; przyznawał wprawdzie, że napotyka się tu włókna obfitujące w sarkoplazmę, jednakże włókna takie, według Palczewskiej wogóle częste wśród zwykłych mięśni przedsionka, zasadniczo od swoistych włókien odróżniał. Podobne obrazy widywali także Koch, oraz Fahr, ale uważają je za wyraz zwyrodnienia zwykłych włókien mięsnych. Natomiast Thorel twierdzi, że w ścianie żyły głównej górnej i w przedsionku znajdują się w różnych miejscach pęczki zupełnie charakterystycznych i napewno swoistych włókien, typu włókien Purkinyego, a zdanie jego potwierdzają Hauser i Spuler na zasadzie przejrzenia jego preparatów. Te pęczki włókien Purkinyego są według Thorela wypustkami (obwodowemi rozgałęzieniami) węzła Keith-Flacka i tworzą »sui generis« nader skomplikowany układ, przechodzący gdzieniegdzie w zwykłe włókna mięsne. Na zasadzie tego, co sam widziałem, muszę potwierdzić zdanie Thorela, że w ścianie żyły znajdują się istotnie takie zupełnie znamienne i oddzielne pęczki mięśni o budowie swoistej; czy układ ich, podany przez Thorela, jest czemś stałem, zbadać jeszcze nie zdążyłem, gdyż rzecz ta wymaga i obfitszego materyału i żmudnej rekonstrukcyi plastycznej całkowitych seryi preparatów. Mönckeberg podaje, że stwierdził pięciorakie połączenia węzła Keith-Flacka z przedsionkiem z jednej, a mięśniami żyły z drugiej strony, ale swoistej budowy włóknom łączącym »w pewnej odległości od węzła« odmawia. Najsporniejszą jednak jest sprawa połączenia węzła Keith-Flacka z węzłem Tawary zapomocą odrębnego pęczka mięsnego, nigdzie po drodze nie łączącego się z mięśniem przedsionka. Thorel nietylko twierdzi, że połączenie takie, bezpośrednie i nigdzie ze zwykłymi mięśniami przedsionka nie łączące się, u człowieka istnieje, ale że ma ono utkanie swoiste, złożone z włókien Purkinyego przynajmniej w pewnych odcinkach (sprungweise), pomiędzy którymi znajdują się odcinki o budowie zwykłych mięśni. Pęczek ten według Thorela zbiega od węzła Keith-Flacka w tylnobocznej ścianie przedsionka prawego aż po ujście żyły głównej dolnej, a stąd ma przebiegać w dolnym brzegu ujścia żyły wieńcowej ku przodowi (por. rys. 6) i przechodzić w końcu w jedną z wypustek tylnych węzła Tawary, jak o tem już wyżej wspomniałem. Mönckeberg, przecząc istnieniu tego pęczka, powołuje się między innemi także na argumenta, poczerpnięte z badań embryologicznych Retzera, według którego węzeł Tawary i jego rozgałęzienia powstają z le-



Rys. 11.

Schemat układu włókien mięsnych w okolicy żylno-przedsionkowej według Thorela. *a* węzeł zatokowy (Keith-Flacka), *b* wypustki węzła o budowie swoistej (kropkowane), przechodzące na żyłę główną górną i kończące się wolno, *c* wypustki, przechodzące w zwykłe włókna mięsne, które przebiegają okrężnie w ścianie żyły, *d* włókna o budowie swoistej (zaznaczone czarno), przechodzące z przedsionka na żyłę.

wej zastawki zatoki, wobec czego takiego bezpośredniego połączenia obu węzłów należałoby się spodziewać raczej przed przednim brzegiem otworu owalnego, a nie poniżej żyły wieńcowej. Ten argument wydaje mi się jednak najmniej usprawiedliwiony wobec wspomnianych wyżej poglądów Keitha na rozwój tej części serca. Ważniejszą natomiast jest opozycya przeciw zapatrywaniom Thorela ze strony Fahra i Mönckeberga, którzy osobiście przeglądali własne preparaty Thorela, oraz Aschoffa, Kocha i Schwartza, którzy podjęli badania kontrolne. Co prawda, badacze ci trzymają się bardzo ściśle stanowiska morfologicznego i nie chcą uznać swoistego charakteru pęczka Thorela już z tego względu, że tylko pewne jego odcinki mają się składać z włókien Purkinyego, a inne nie. Co do mnie, to dotąd również nie mogłem się przekonać o istnieniu pęczka Thorela, chociaż napotykałem w tej okolicy gdzieniegdzie typowe włókna Purkinyego. Rzecz stanowczo rozstrzygną dopiero dalsze badania, gdyż Thorel utrzymuje, że dokładnie w całym przebiegu można wyśledzić jego pęczek jedynie w sercach niektórych osobników starszych, i to na zupełnych seryach preparatów, skrajanych z niepodzielonego na kawałki całego przedsionka wraz z ujściem żył głównych. Ile zaś czasu muszą zająć takie badania, połączone z rekonstrukcyą plastyczną, to określa dostatecznie fakt, że na takie zupełne serye składa się po kilka tysięcy cięć.

(Dok. nast.).

Rzadka przyczyna niedrożności jelit.

Podał

Dr H. Goldberg,

ordynator szpitala św. Aleksandra w Łodzi.

18. VII. 1911 r. do szpitala św. Aleksandra przyniesiono 52-letnią kobietę z objawami niedrożności jelit, trwającymi od 2 dni. Wywiady wykazują, co następuje: W nocy, dwa dni temu, nagły napad bólu brzucha, bez ścisłego umiejscowienia. W ciągu pierwszej doby kilkakrotne wymioty, jednocześnie zatrzymanie stolca i wiatrów; w ciągu następnej doby brzuch stał się wzdętym i twardym, bóle zmniejszyły się, wymioty ustąpiły, stolca i wiatrów jednak w dalszym ciągu brak.

Chora średniego wzrostu, średnio odżywiona. W narządach wewnętrznych zboczeń od stanu prawidłowego nie zauważyłem. Chora przeczy, by przebywała poprzednio jakiekolwiek choroby. Powłoki brzucha bardzo ścieńczałe (venter propendens) w związku z 9 porodami. Brzuch równomiernie wzdęty, nieznacznie bolesny na ucisk, najbardziej jednak w prawym górnym kwadrancie. Język wilgotny, obłożony. Tętno 90, dobrze napięte, ciepłota (pod pachą) $38,2^0$.

Przy dokładniejszem obmacywaniu brzucha wyczułem w prawej linii sutkowej, około 5 cm poniżej łuku żebrowego, twór w postaci wału, twardy, równy, bolesny za uciskiem, długości koło 10 cm. Guz ten nieznacznie ruchomy, leżał skośnie w kierunku z prawej strony, od góry i z przodu, ku lewej stronie, w dół i ku tyłowi, i ginął w głębi jamy brzusznej.

Wobec podniesionej ciepłoty i wyczuwalnego bolesnego guza rozpoznanie skręcenia lub uwięźnięcia musiało upaść. Przypuszczenie, iż mamy przed sobą zapalenie otrzewnej, którego źródła należy się doszukiwać w stanie chorobowym wyrostka robaczkowego, upadło również wobec własności guza, zatrzymałem się więc ostatecznie na rozpoznaniu wgłobienia, chociaż przeciwko niemu przemawiał brak krwawych stolców.

W znieczuleniu lędźwiowem cięcie w środkowej linii brzucha. Jeden rzut oka na okolicę kątnicy przekonał mnie o bezwzględnem zdrowiu tego odcinka jelit. Macalny poprzednio guz wyczułem poza okrężnicą w pobliżu wątrobowego jej zagięcia; guz ten nie był niczem innem, jak olbrzymich rozmiarów pęcherzykiem żółciowym, blizko 15 cm długości. Tworzył on wał, w którego rozdętym dolnym końcu wyczuć można duży kamień żółciowy o równych brzegach. Ściany pęcherzyka nadzwyczaj ścieńczałe, w wielu miejscach obumarłe od ucisku, groziły pęknięciem lada chwila. Przednia ściana pęcherzyka na przestrzeni koło 5 cm pokryta świeżymi złogami zapalnymi, ściśle przylega do okrężnicy.

Bojąc się pęknięcia pęcherzyka przy jego wyłuszczeniu, postanowiłem go poprzednio opróżnić; nakłucie wykazało płyn rdzawy, lepki, gęsty, bez widocznej domieszki ropy. Po nacięciu pęcherzyka usunąłem płynną jego treść w ilości koło 250 gramów. Natychmiast wystąpiły ruchy robaczkowe jelit, wkrótce odeszły wiatry, a zaraz potem na stole operacyjnym nastąpił obfity stolec, przyczem wzdęcie jelit znikło, co, zdaje mi się, jest przekonywającym dowodem, iż przyczyną niedrożności był mechaniczny ucisk guza na okrężnicę, nie zaś porażenie ruchów robaczkowych wskutek miejscowego nieznacznego zapalenia otrzewnej, tembardziej, iż dalszy przebieg dowodził, że stan zapalny trwał jeszcze czas jakiś.

Po usunięciu treści pęcherzyka żółciowego usunąłem kamień, tkwiący w przewodzie pęcherzykowym w pobliżu wspólnego, poczem wyłuszczyłem cały pęcherzyk od dołu ku górze, kikut zaś przewodu podwiązałem i możliwie dokładnie obszyłem. Wobec zapalnego stanu otrzewnej wprowadziłem sączek z gazy jodoformowej.

W dalszym przebiegu w ciągu pierwszych dni mieliśmy objawy zapalne pochodzenia otrzewnego, następnie parę dni jeszcze trwały objawy niedowładu jelit przy ciepłocie i tętnie prawidłowem, w końcu tygodnia jednak stan chorej poprawił się zupełnie, a po miesiącu chora opuściła szpital zupełnie uleczona.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Juszczenko. **Tarczyca a sprawy fermentacyjne.** (Russkij Wracz, 1911, Nr 36 i 37). Autor prowadził badania nad stosunkiem gruczołu tarczowego do działania niektórych zaczynów. W tym celu badał stan katalazy i nukleazy w narządach szczeniąt zdrowych i pozbawionych tarczycy. Prócz tego badał stan katalazy, filokatalazy, nukleazy i własności surowicy krwi antytryptycznych i hemolitycznych u królików zdrowych, pozbawionych tarczycy i wreszcie u karmionych tyreojodyną. Wyniki badań są następujące: 1) Ilość nukleazy i katalazy u szczeniąt i królików po wycięciu tarczycy znacznie się zmniejsza. 2) Ilość filokatalazy u królików po wycięciu tarczycy zmniejsza się także. 3) Antytryptyczna własność surowicy krwi po wycięciu tarczycy u królików po okresie niejakiego wzmożenia się, zmniejsza się. 4) Podawanie tyreojodyny wywołuje zwiększenie się katalazy, nukleazy i własności krwi hemolitycznej i antytryptycznej, ilość zaś filokatalazy zmniejsza się.
Z. Gilewicz.

Gudzent. **Nieco o biologicznych właściwościach emanacyi radu i stosowaniu jej w chorobach** (Radium in Biol. u. Heilk. I. 1). Rad i jego produkty rozpadowe wywierają na ustrój działanie miejscowe i ogólne. Miejscowe działanie wywierają promienie α, β, γ, wysyłane przy rozpadaniu się związków radu, działanie zaś ogólne jest wy-

razem emanacyi radu. Emanacya radu jest to gaz, który rozpada się przy wysyłaniu promieni α. Rozróżniamy rad A, B, C, D, E i F, zależnie od stopnia rozkładu. Rad F jest identyczny z Polonium. Promienie γ odpowiadają zupełnie twardym promieniom Röntgena. Emanacya radu zachowuje się względem ustroju ludzkiego, jak gaz obojętny. Nawet w wielkich dawkach nie wywołuje uszkodzeń, wzięta wdechem wydziela się rychło wydechem, a tylko skąpa ilość jej przechodzi do moczu. Jedno tylko działanie jest bardzo wybitne, a mianowicie wpływanie na zaczyny i rozpuszczanie niektórych soli w ustroju, co nawet wyzyskuje się leczniczo przy skazie moczanowej. Emanacyę radu stosuje się obecnie w następujących cierpieniach: 1) przewlekły gościec stawowy i mięśniowy, 2) bóle przeszywające przy wiądzie rdzenia, 3) nerwobóle, zwłaszcza rwa kulszowa, 4) ropienia i zapalenia, 5) skaza moczanowa. Sposoby podawania: A) Kąpiele (1. łazienka powinna być mała i dokładnie uszczelniona, 2. kąpiel trwać powinna długo). B) Podawanie przez usta w postaci wód, tabletek i t. p. C) Wdychiwania w specyalnych kabinach. D) Promieniotwórcze okłady i szlam. E) Wstrzykiwania miejscowe soli radu, stosowane obecnie zwłaszcza do leczenia nowotworów. Pamiętać należy jednak o tem, że nie wszystkie znajdujące się w handlu przetwory mają wartość tę samą, a wiele firm przesadza w ogłoszeniach siłę i działanie emanacyi. A.

Muraszew. **W sprawie teoryi uśpienia morfinowego.** (Russkij Wracz, 1911, Nr 38 i 39). Badania autora na mózgach zwierząt zdrowych i takich, którym przez dłuższy czas podawano morfinę, dały następujące wyniki. 1) Mózg wiąże morfinę drogą fizyko-chemiczną, dzięki zawartym w komórce nerwowej lipoidom, które też rozkładają morfinę. 2) W sprawie wiązania morfiny istota białkowa komórki nerwowej żadnej roli nie odgrywa. 3) Stosunek mózgu zwierząt, którym przez czas dłuższy podawano morfinę (morfinistów), do tej ostatniej jest zupełnie takisam, jak mózgu zwierząt zdrowych. Z. Gilewicz.

Władyczko. **W sprawie wpływu niektórych jadów kiszkowych na układ nerwowy zwierząt.** (Russkij Wracz, 1911, Nr 39). Autor znalazł, iż długotrwałe podawanie wewnętrzne zwierzętom małych dawek parakrezolu i indolu nie wywołuje żadnych widocznych zmian w stanie ogólnym zwierząt, wiedzie jednak do znacznych zmian w naczyniach mózgowych, do destrukcyjnych spraw w komórkach nerwowych mózgu i do rozrostu gleju. Pracę swą wykonał autor w pracowni Prof. Miecznikowa w Paryżu, który nadaje wielkie znaczenie stałemu samozatruciu indolem, fenolem i związkami pokrewnymi, w których wytwarzaniu w przewodzie pokarmowym człowieka główną rolę odgrywają bac. colli communis, bac. lactis aërogenes i bac. perfringens. Z. Gilewicz.

Złatogorow i Wiłłanien. **O wpływie surowic leczniczych na odosobnione serce królika.** (Russkij Wracz, 1911, Nr 40). W ostatnich czasach przy coraz to szerszem stosowaniu surowic leczniczych, stwierdzono też i wpływ ich ujemny na ustrój człowieka. Wśród przejawów chorobowych, spostrzeganych nieraz po zastosowaniu surowic leczniczych, niepoślednią rolę odgrywają objawy ze strony serca. Wobec tego postanowili autorowie zbadać bezpośrednio wpływ surowic na serce. W tym celu używali 1% rozczynu surowicy prawidłowej krwi końskiej i surowic leczniczych, otrzymywanych przez uodparnianie koni. Surowicę stosowano dlatego w takich zgęszczeniach, gdyż zmiany w czynności serca, spostrzegane pod wpływem 1% rozczynu surowicy w płynie Ringer-Lockego, były najwybitniejsze. Praca autorów jest doniesieniem tymczasowem. Wyniki jednak badań są nader ciekawe. Z przytoczonych krzywych czynności serca widać, iż opada ona natychmiast po przepuszczeniu rozczynu surowicy, a w niektórych przypadkach zatrzymuje się zupełnie. Ogółem zrobili autorowie 36 doświadczeń z surowicami: prawidłową, przeciwbłoniczą, przeciwmorową, przeciwcholeryczną i przeciwczerwonkową. Na podstawie tych doświadczeń twierdzą, iż możność wpływu toksycznego surowicy na serce nie da się zaprzeczyć, przyczem różnicy we wpływie surowicy prawidłowej i surowic leczniczych spostrzedz się nie udaje. Przez następowe przemywanie serca płynem Lockego nie zawsze udaje się podnieść jego czynność. Długotrwałe trzymanie surowicy w warunkach aseptyki, a także ogrzewanie do 56—58° C. wpływu jej na serce nie zmienia. Z. Gilewicz.

Medycyna wewnętrzna.

Łowejko. **O znaczeniu odczynu Mandelbauma w rozpoznawaniu duru brzusznego.** (Russkij Wracz, 1911, Nr 38). Odczyn Mandelbauma polega na tem, iż krew chorego na dur brzuszny, rozcieńczona 10—15 razy pożywką bulionową, zawierającą prątki durowe, z dodatkiem 2% cytrynianu potasowego w celu zapobiegania krzepnięciu krwi, wywołuje swoisty wzrost prątków, które już po 3—4 godzinach tworzą długie nici, składające się z osobnych członów. Odczyn ten wykonała autorka 217 razy u 203 osób; w 106 przypadkach odczyn wypadł dodatnio, w 97 ujemnie, a w 14 niepewnie. W dodatnich swych wynikach odczyn przeczył klinicznemu przebiegowi choroby tylko raz, w 14 zaś przypadkach, w których odczyn Mandelbauma wypadł ujemnie, przebieg choroby stwierdził zakażenie durowe. W innych chorobach odczyn ani razu nie wypadł dodatnio. Z. Gilewicz.

Klose. **Doświadczalne badania nad chorobą Basedowa.** (Arch. f. klin. Chirurg, 95, III). U psów udaje się wywołać chorobę Basedowa, wprowadzając do krwi sok wyciśnięty z wola chorej na tę chorobę. Głównie zjawiają się: gorączka, drobne tętno, drżenie, poty, białko i cukromocz, wysadzenie gałek ocznych i limfocytoza. Natomiast wstrzykiwania soku ze zwykłego wola nie wywołują tych objawów, ale objawy występują typowo po wstrzykiwaniu jodku potasu (0,06—0,07 na kilogram wagi). Wynika z tego, że właściwie objawy pochodzą z zatrucia jodem, a gruczoł prawidłowy wiąże właśnie zbytni jod w jodotyrynę, do czego gruczoł zmieniony, np. przy chorobie Basedowa, nie jest zdolny. K.

Dopter. **Gorączka »trzydniówka« (febris a pappatacis).** (Paris medical, 1911, Nr 22). Chorobę tę, opisaną po raz pierwszy przez Pyma, spostrzegano w Pola, w Hercogowinie, Dalmacyi, we Włoszech, na Krecie, na Malcie, Filipinach, w Kairze i w Shangaju. Znana jest ona jako »gastritis endemica«, »febris estivalis«, »febris climatica« »influenza estivalis«, »influenza malarica«. W Hercogowinie popularna jest nazwa: »psia choroba«. Główna zasługa ustalenia istoty tej choroby przypada Taussigowi. Najczęściej wybucha choroba nagle po 5—7-dniowym okresie wylęgania. W ciągu kilku godzin podnosi się ciepłota do 39°, czemu towarzyszy silny ból głowy, sucha i rozpalona skóra, nastrzykanie spojówek, silne zajęcie układu nerwowego, połączone zazwyczaj ze znacznem osłabieniem i przygnębieniem, silne bóle w rdzeniu kręgowym i w mięśniach. Zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego wysuwają się niekiedy na pierwszy plan, a mianowicie brak apetytu, cuchnienie z ust, obłożony język z wolnym trójkątem na końcu, wymioty i zaparcie naprzemian z biegunkami, często krwawemi. Tętno bywa zwolnione, we krwi liczba ciałek białych zmniejszona. Na skórze często pojawia się rumień, podobny do płoniczego. Objawy powyższe dochodzą po 24 godzinach do największego natężenia, potem w ciągu trzech dni ustępują, a ciepłota wraca do stanu prawidłowego zazwyczaj wśród potów rozpływnych. Tylko zwolnienie tętna utrzymuje się jeszcze przez 6—8 dni. Okres zdrowienia trwa długo. Zazwyczaj przez przebycie jednorazowe choroby nabywa się odporności, atoli często w 1—8 dni po pierwszym napadzie pojawiają się nawroty. Choroba ta nie jest zaraźliwa przez zetknięcie, lecz przenoszą ją owady dwuskrzydłe: »phlebotomus pappataci«. Ukłucie tych owadów wywołuje nieznaczne zmiany na skórze, podobne do

ukłuć komarów. Tylko w tych okolicach i w tych porach, w których pappatakus żyje, panuje ta choroba. Owad ten przenosi jad, zawarty we krwi zakażonego, na człowieka zdrowego. Mimo, że drobnoustroju chorobotwórczego dotąd nie udało się wykryć, to jednak niezbicie stwierdzono, że siedzibą jadu jest surowica krwi chorego i że przez podskórne wstrzyknięcie surowicy można przenieść chorobę z jednego osobnika na drugiego. Środka leczniczego na tę chorobę dotąd nie znamy. Zazwyczaj kończy się ona sama pomyślnie.

Dr Blassberg.

Lesieur i Privey. **O zawartości białka w plwocinie** (albumoptysie). (Paris medical. 1911, Nr 22). Roger i Levy-Valensi stwierdzili, iż białko daje się przy gruźlicy płuc stale wykazać w plwocinie. Przy ostrych stanach zazapalnych oskrzeli i płuc pojawia się tylko czasowo i tylko w małej ilości. Przy przewlekłych zapaleniach oskrzeli nie ma zazwyczaj białka w plwocinie. Ujemny wynik próby ma zatem doniosłe znaczenie, ponieważ pozwala wyłączyć gruźlicę. Lesieur i Privey nazywają ten odczyn: »albumoptysis« i stwierdzili na całym szeregu własnych spostrzeżeń jego istotną wartość. Do odczynu tego używa się plwocin wolnych od krwi i, o ile tylko możliwe, wolnych też od domieszki śliny. Plwociny zbiera się w suchem naczyniu, dodaje równą ilość rozczynu ($7^0/_{00}$) soli, miesza się starannie pręcikiem szklanym i sączy przez bibułę. Do przesączu dodaje się 4—5 kropel kwasu octowego dla strącenia mucyny i włóknika, a po ponownem przesączeniu bada się zapomocą kwasu azotowego, czy białko jest obecne i w jakiej ilości. Próba ta jest doniosłą dla lekarzy praktyków, którzy nie mogą drobnowidem stwierdzać obecności prątków w plwocinie. Ma ona znaczenie zwłaszcza wówczas, gdy pojawia się stale w początkowych okresach cierpienia. Także ze stanowiska prognostycznego jest ta próba ważną, gdyż stałość i obfitość białka świadczy o ciężkości schorzenia. Patogeneza tego zjawiska obraca się dotąd w granicach przypuszczeń. W daleko posuniętych sprawach gruźliczych pochodzi białko z komórek płucnych i licznych leukocytów, w początkowych okresach zdaje się być przyczyną białka wysięk, wywołany przez jad gruźliczy. Sposób ten, aczkolwiek mniej swoisty, jest jednak zdaniem autorów pewniejszym od bakteryoskopii. Przy zapaleniu niegruźliczem płuc zwykło białko znikać w okresie zdrowienia; o ile się zaś pojawi ponownie po zniknięciu, świadczy to o powstawaniu jakiegoś powikłania lub o pojawianiu się nowego ogniska zapalnego. Znikanie białka z plwociny w przebiegu gruźlicy następuje zawsze później od znikania prątków Kocha i stanowi znakomitą wskazówkę poprawy.

Dr Blassberg.

Pedyatrya.

Roth. **Śmierć grasicza.** (Tow. med. wewn. berlińsk. VII. 1911). U oseska wobec silnej duszności grasicznej i wykazania dużego gruczołu wypukiem i promieniami Röntgena, usunięto operacyjnie dużą część grasicy. Tchawica okazała się nie uciśniętą. Po zabiegu chwilowa poprawa, potem znowu pogorszenie, w końcu śmierć. Sekcya nie wykazała żadnych zmian, wobec czego R. wyraża zdanie, że w podobnych przypadkach przyczyną śmierci jest działanie substancyi trujących na serce (zatrucie kwasami, oksypatya). Ucisk na tchawicę często można wyłączyć, chyba że chodzi o ucisk nerwów i naczyń, co wywoływać może następowe trwalsze zmiany (dusznica grasiczna). A.

N. R. Blumenau. **O czynnem uodpornianiu dzieci przeciw błonicy podług S. K. Dzierżgowskiego.** (Jahr. f. Kinderh. T. 24, Z. 2 1911). Ponieważ uodpornienie bierne trwa krótko, a przytem w wielu przypadkach zawodzi, zajęto się sprawą uodporniania czynnego. Otóż autor robił doświadczenia w ten sposób, że wkładał dzieciom tampony z waty, napojone toksyną błoniczą, do nosa, naprzemian do jednej i drugiej dziurki codziennie na $^1/_2$ godziny i powtarzał ten zabieg przez kilka do kilkudziesięciu dni. Oznaczał przedtem oraz po skończeniu uodpornianiu ilość antytoksyn we krwi. Ilość antytoksyn wzmagała się znacznie we krwi, a nawet przewyższała ilość, jaką autor przez badania porównawcze wykazał u ludzi dorosłych z odpornością naturalną. Autor dochodzi do wniosku, że ta metoda uodporniania ma wielkie znaczenie, zwłaszcza tam, gdzie panują ciężkie epidemie błonicy, np. w południowej Rosyi. O ile nam jednak chodzi o szybkie uzyskanie odporności, to naturalnie musimy się uciec do zapobiegawczego wstrzykiwania surowicy przeciwbłoniczej; możemy jednak już w czasie uzyskanej odporności biernej, krótkotrwałej, starać się metodą powyżej podaną o zyskanie odporności stałej, czynnej. Dadej.

Stroink. **Płonica a przewlekłe zapalenie nerek.** (Jahrb. f. Kinderh. Z. 2. T. 24). S. widział nieraz na stole sekcyjnym nerki marskie w takich przypadkach, w których nie można znaleść dla tego schorzenia zwykłego tła etyologicznego, jak kiła, alkoholizm i t. d. W ostatnich latach stwierdził w trzech przypadkach w następstwie przebytego zapalenia płoniczego nerek ze stale utrzymującym się białkomoczem po kilkunastu latach na sekcyi nerki marskie. Co do utrzymywania się białka w moczu, to S. robił badania u chorych, którzy opuszczali szpital ze stale utrzymującym się białkomoczem w następstwie płoniczego zapalenia nerek. Z 7 chorych po 2—5 latach sześciu miało białko w moczu, z 12 po 7—10 latach siedmiu, a z 4 po 11—15 latach jeden miał przewlekłe zapalenie nerek, a jeden zmarł na mocznicę. Co do wieku, to w wieku dziecięcym widoki co do wyleczenia są znacznie lepsze, niż w późniejszym. Na podstawie badań swoich dochodzi S. do wniosku, że pozostający po przebyciu płoniczego krwotocznego zapalenia nerek stały białkomocz bez innych wybitnych objawów może na razie ujść uwagi. Gdy po wielu latach stwierdzimy obraz marskiej nerki, nie wiemy, do czego go odnieść, gdyż płonicy, ani zapalenia nerek popłoniczego przez wywiady nie można już wykazać. W pewnej liczbie przypadków w ten sposób mogłoby być tłómaczone powstanie pewnej liczby nerek marskich, etyologicznie niejasnych. Dadej.

W. S. Archangelsky. **W sprawie możliwości wyleczenia gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.** (Jahrb. f. Kinderh. T. 24. Z. 2). A. opisuje kilka przypadków z piśmiennictwa, a jeden własny, gdzie z całą pewnością stwierdzono gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, które zakończyło się wyzdrowieniem. W przypadkach tych stwierdzono w płynie mózgowo-rdzeniowym prątki Kocha i wogóle badanie płynu dawało obraz typowy dla gruźliczego zapalenia. Dalej podaje A. opis przypadków sekcyonowanych, w których przed miesiącami, a nawet przed laty było gruźlicze zapalenie opon, stwierdzone na podstawie objawów klinicznych, a które na razie przechodziły pomyślnie, później jednak kończyły się śmiercią, albo wskutek nawrotu choroby, albo wskutek innej choroby. Otóż tutaj sekcye wykazywały stare zmiany gruźlicze opon, obok świeżych. Wyzdrowienie przy gruźliczem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych jest wyjątkowem, a rokowanie jest złe. Dadej.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 11. X. 1911.

Przewodniczący Prof. Cybulski, obecnych członków 38.

Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

1) Kol. Borzęcki przedstawia: a) chorą A. N., przyjętą do oddziału d. 4. X. z powodu cierpienia skóry twarzy. Chora (lat 30) podaje, że od szeregu lat bardzo często

występowało zaczerwienienie i obrzęk twarzy, poprzedzany zawsze dreszczem, a następnie gorączka. Badanie nie wykazuje nigdzie obrzęków, w moczu brak białka. Twarz chorej na pierwszy rzut oka sprawia wrażenie, że jest jednomiernie silnie obrzękła. Obrzęk zajmuje policzki, wargę górną, nos, okolicę powiek. Skóra w miejscach zajętych zmian nie przedstawia, ucisk palcem wgłobienia nie wywołuje. B. rozpoznaje **słoniowacinę twarzy.** b) Tenże przedstawia chorego M. Z., przyjętego przed tygodniem na oddział z rozpoznaniem: Zmiana kiłowa pierwotna w rowku zażołędnym, guzki sączące na skórze moszen, wysypka plamisto-guzkowa tułowia. D. 9. X. **śródżylnie 0·40 salwarsanu.** Dziś, t. j. w 48 godzin po wstrzyknięciu, guzki sączące prawie wszystkie pokryte naskórkiem. Wysypka guzkowa częściowo uległa wessaniu z pozostawieniem plam barwikowych. (Streszczenie własne).

2) Prof. Cybulski: **O zjawiskach bioelektrycznych i ich znaczeniu.**

3) Prof. Krzyształowicz i Weber: **O śródżylnych wlewaniach salwarsanu.** Przedewszystkiem przedstawiają prelegenci historyę rozwoju techniki wstrzykiwania tego przetworu: wstrzykiwania podskórne i miąższowe, wreszcie śródżylne; wady pierwszych, a zalety ostatnich. Wlewania nie sprawiają bólu ani podczas wstrzykiwań, ani potem, nie sprowadzają odczynów miejscowych, przy wstrzykiwaniach miąższowych niejednokrotnie bardzo ciężkich, nie pozostawiają zapasów, ulegających w miejscu wstrzykiwania rozkładowi. Te zapasy w mięśniach, które uległy częściowemu rozkładowi, mogą z jednej strony być przyczyną ciężkich następstw, z drugiej strony mogą uledz otorbieniu, przez co leczenie zapasowe jest w tym razie bardzo wątpliwe. Wstrzykiwania śródżylne pozwalają wreszcie na dokładne dawkowanie, a wydzielanie się arszeniku z ustroju nie jest tak szybkie, jak to początkowo przypuszczano.

Materyał K. i W. dotyczył 54 chorych, u których zrobiono 90 wlewań (u 20 jedno, u 30 dwa, u trzech trzy wlewania), w różnych okresach i postaciach kiły. Przeważnie były to przypadki kiły świeżej lub nawrotu, w mniejszej liczbie kiły późnej, mózgowej i wiądu rdzenia. W znacznej części przypadków wystąpił po wlewaniu pewien odczyn: w 1—2 godzin po wstrzykiwaniu występuje dreszcz o różnem nasileniu, trwający 10—20 minut, a termometr wykazuje nierzadko już w 2—3 godzin po wlewaniu podniesienie ciepłoty nawet powyżej 39° C., które jednak w 4. lub 5. godzinie zaczyna się obniżać i tylko wyjątkowo trwa jeszcze w kilkanaście godzin po wlewaniu. W przeważnej liczbie przypadków już w 12 godzin po wstrzyknięciu był stan bezgorączkowy, a w 24 godzin chorzy opuszczali zazwyczaj klinikę, czy prywatny dom zdrowia. Obok gorączki bywały w niektórych przypadkach wymioty, częściej biegunka, wypryszczki i ból głowy; ból głowy wyjątkowo tylko dość znacznego nasilenia. Ciepłoty powyżej 39° C. pojawiły się po 13 wlewaniach, po takiej samej liczbie nie było wcale podniesienia ciepłoty.

Z zestawienia wszystkich przypadków wynikałoby, że w przypadkach, w których były objawy, czy kiły świeżej, czy późnej, czy rozwijającego się schorzenia układu nerwowego, — odczyn po wlewaniach bywał częstszy i silniejszy, w przypadkach zaś choroby utajonej zazwyczaj słabszy. To też, chociaż po drugich wlewaniach u tego samego chorego pojawiał się w niektórych przypadkach odczyn silny, to jednakże zazwyczaj wtedy, gdy przerwa między wlewaniami była krótka (4 dni), a wogóle bywał rzadszy i słabszy; (powyżej 39° C. wystąpiła 10 razy po pierwszych wlewaniach, 3 razy po drugich). Dawka salwarsanu (między 0·15—0·45) nie zdawała się odgrywać bardzo wybitnej roli, jednak obok innych czynników miała pewne znaczenie, czego dowodziły odczyny po wlewaniach, robionych po krótkiej przerwie. Alkalizacya, a względnie jej stopień, jakoteż ciepłota płynu nie zdawały się wpływać na jakość odczynu. Zapatrywanie Wechselmanna, że odczyn po wlewaniu pochodzi od zanieczyszczeń białkowatych wody przekroplonej, nie zdaje się słuszne, gdyż doświadczenia prelegentów nie dozwalają na taki wniosek. W każdym razie obok różnych wspomnianych czynników pewna osobniczość chorych nie zdaje się być bez znaczenia. Na czem właściwie polega ten odczyn, co jest zasadniczą przyczyną wspomnianych objawów? trudno na razie osądzić. Niepodobna, jak dotąd, oznaczyć na pewno, czy odczyn powstaje pod wpływem samego przetworu, czy też przez działanie na wytwory chorobowe. Niejaką wskazówką byłoby występowanie odczynu o większem nasileniu w kile objawowej, z drugiej strony jednak odczyn występuje za szybko, aby można było odnosić go tylko do powyższego działania, a raczej przypuszczać trzeba i działanie toksyczne samego przetworu. Na razie zatem nie można jeszcze zdać sobie dokładnie sprawy z istoty odczynu po wlewaniach śródżylnych, ale ważnem jest przy stosowaniu tego przetworu, że odczyn taki może wystąpić. (Streszczenie własne).

Sekretarz doroczny: Dr G. Grzybowski.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 22. II. 1911.

Przewodniczący Sterling, sekretarz Tomaszewski.

1) Kol. Goldman przedstawił chorą, u której z powodu zapalenia wyrostka sutkowego i zakrzepu w zatoce poprzecznej był zmuszony **podwiązać żyłę szyjną wspólną.**

2) Kol. Abrutin przedstawił 2 mężczyzn z **kiłą,** jednego z wrzodami na podniebieniu miękkiem i twardem, drugiego z kiłą ogólną. Obydwom wstrzyknął **salwarsan** w dawce 0·6 z bardzo dobrym wynikiem, ponieważ w pierwszym przypadku wrzody w krótkim czasie zagoiły się zupełnie, a w drugim nastąpiło znaczne polepszenie.

3) Kol. Tereszkowicz przedstawił chorego z **gośćcem gruźliczym** (rheumatismus tuberc.) lewego kolana. Chorego leczono konserwatywnie wstrzykiwaniami zawiesiny jodoformowej, gorącem powietrzem i opatrunkami unieruchomiającymi, przyczem chory nietylko nie czuł ulgi, ale uczuwał coraz większe bóle, dopiero wstrzykiwania tuberkuliny na oddziale Dr Sterlinga przyniosły choremu szybką ulgę i poprawę stanu; obecnie chodzi zupełnie bez bólu.

4) Kol. Mogilnicki i Guudluch odczytali swą pracę: **O elektrargolu w płonicy.** Zachęceni dodatnimi wynikami stosowania elektrargolu przez francuskich autorów w chorobach zakaźnych i stanach septycznych — postanowili prelegenci wstrzykiwać elektrargol w płonicy; żeby w ten sposób zapobiedz wystąpieniu ogólnego zakażenia ustroju. Początkowe wyniki były dobre. Zdawało się, że stosowanie elektrargolu wpływa dodatnio na krzywą ciepłoty i łagodzi przebieg choroby. Dalsze spostrzeżenia nie potwierdziły pierwotnych przypuszczeń. Ogółem stosowano elektrargol w 70 przypadkach, przeważnie ciężkich lub bardzo ciężkich. 8 razy wstrzyknięto elektrargol 1-go dnia choroby, z tych umarło jedno dziecko, u 3 były powikłania. Z 30, którym wstrzyknięto elektrargol 2-go dnia choroby, umarło 9, 15 razy były powikłania. Z 24 chorych, którym wstrzyknięto elektrargol 3-go dnia choroby, zmarło 10, 9 razy były powikłania. Z 8 przypadków, gdzie wstrzyknięcia dokonano 4-go lub 5-go dnia choroby, zmarło 2 i 3 razy były powikłania. Ogółem śmiertelność u tych, którym wstrzykiwano elektrargol, wynosiła 31%; coprawda wszystkie przypadki były bardzo ciężkie, niekiedy od początku beznadziejne. Ani razu nie zauważono po wstrzykiwaniu pogorszenia lub wrzodu na miejscu wstrzyknięcia. Ogólny wniosek, że elektrargol ani na przebieg płonicy, ani na zejście wpływu nie wywiera.

W dyskusyi zabrał głos kol. Goldman; nie widział on wyniku pomyślnego w stanach septycznych po wstrzyknięciu elektrargolu. — Kol. Trenkner zaznacza, że u siebie w szpitalu dla zakaźnych miał mniejszą śmiertelność, bo 19%. Wszystkich przypadków płonicy przez rok ubie-

gły miał 261, najcięższą była epidemia w październiku. — Kol. Łukasiewicz zapytuje, dlaczego elektrargolu nie wstrzykiwano do żył.

Kol. Sterling: Ponieważ w dyskusyi słyszał wyrażenie, że »elektrargol widocznie nie zabił wszystkich drobnoustrojów«, zwraca uwagę na podstawy teoretyczne działania leczniczego metalów kolloidalnych. Ma to być działanie katalityczne. Metale te działają jako katalizatory, t. j. przyspieszają szybkość odczynu. Mowca przypomina, że katalizatory są to ciała, które swą obecnością, nie wchodząc w skład ostatecznego wyniku odczynu chemicznego, nie zużywając się, przyspieszają ten odczyn, któryby się i bez nich odbywał, ale w tempie zgoła innem, że kolloidalny stan metali, jeśli działają one jako katalizatory, przypomina działanie fermentów. Badania »in vitro« dowiodły, że np. stafilotoksyny szybko się utleniają w obecności np. kollargolu. I w ustroju toksyny są spalane, ale bardzo wolno, t. j. działają przedtem długo, a powolne ich spalanie pozwala produktom pośrednim wywierać zgubny wpływ na ustrój. Katalizator, przyspieszając działanie, uwalniałby szybko ustrój od toksyn. Jeśli więc elektrargol działa w tem stężeniu, w jakiem stosuje go lecznictwo, to jedynie w charakterze katalizatora, spalając szybko wytwory drobnoustrojów. Wnioski prelegenta o braku działania zapobiegawczego (przy zastosowaniu w początku choroby) nie są słuszne, albowiem spodziewał się od tego leku działania, jakiego mu teorya nie obiecuje: ma on jedynie niszczyć to tylko, co w danej chwili zostało już wyprodukowane przez drobnoustroje chorobotwórcze. Sterling widywał dodatni wpływ leczniczy elektrargolu, systematycznie stosowanego, w kilku przypadkach zapalenia wsierdzia na tle zakażenia krwi.

Co do przypadku przedstawionego przez kol. Tereszkowicza, zabrał głos kol. Schoenaich, który u siebie na oddziale również leczył tuberkuliną chłopca z gruźlicą stawu skokowego i chociaż nastąpiła poprawa podmiotowa, jednak promienie Roentgena wykazywały zmiany. Mowca nie widział chłopca miesiąc po wypuszczeniu ze szpitala, więc nie może powiedzieć, jaki był ostateczny wynik.

Sekretarz: Tomaszewski.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. »Medycyna i Kronika lek.« ogłasza w Nr 43. wyniki ankiety, jaką urządziła z powodu nagłego wzrostu przypadków duru brzusznego w Warszawie. Ankieta dostarczyła danych o 142 chorych, leczonych w szpitalach. Wynika z nich, że epidemia została do miasta najprawdopodobniej zawleczona z zewnątrz (mleko, owoce) i że istnieje obawa dalszego jej szerzenia się, o ile nie zostaną przedsięwzięte energiczne środki zaradcze.

— W szpitalu Dzieciątka Jezus dobiega końca rozszerzenie pawilonu administracyjnego, a mają być dobudowane dwa nowe pawilony dla chorych.

— Adela hr. Ożarowska, właścicielka dóbr Brzuza, zapisała na ufundowanie szpitala dla dzieci w Radomiu 270.000 rb.

Z różnych stron. W czasie Zjazdu dla medycyny wewnętrznej w Lyonie odbyło się 22. X. b. r. uroczyste pożegnanie ustępującego po 35 latach z katedry Prof. Lépine. Na uroczystość zaproszono przybyłych na zjazd cudzoziemców. Jubilatowi wręczono okazałą księgę jubileuszową, wypełnioną pracami jego uczniów. W.

— XV. posiedzenie Wydziału lekarskiego »Związku polskiego lek. i przyr.« w Petersburgu d. 14. (27) X. miało następujący porządek dzienny: 1) Dr St. Ostrowski: Morfologia krwi przy krzywicy (z demonstracyą preparatów). 2) Dr M. Michałowicz: O mylnem uzależnianiu gorączki od sprawy gruźliczej u odżywianych forsownie dzieci gruźliczych.

— Z inicyatywy austryackiego Towarzystwa dla pielęgnowania zębów w szkołach otwarto w Wiedniu w dzielnicy XIII (Hütteldorf) pierwszą szkolną klinikę dentystyczną. Z czasem ma być założona druga klinika w Ottakring, o ile fundusze na to pozwolą. Klęsk.

— W Londynie po raz pierwszy lord-mayorem (burmistrzem) został wybrany lekarz Sir Thomas Crosby, liczący 82 lat życia. X.

— Ciekawy przypadek symulacyi białkomoczu zapomocą białka kurzego przez matkę chorego dziecka (przedtem cierpiało ono na białkomocz) podaje Hadda (Tow. lek. chir. we Wrocławiu). Matka czyniła to dla zysku, albowiem, jako współopiekunka, w razie choroby dziecka dostawała więcej pieniędzy na jego utrzymanie. X.

— O pielęgnowaniu zębów w szkołach wykładał Kirchner na Zjeździe dla publicznej opieki zdrowia w Droźnie. Badania lekarzy szkolnych wykazały, że właśnie w czasie zmiany uzębienia, zwłaszcza, jeżeli zęby są popsute, następuje wybitny zastój we wzroście ciała. Liczba zepsutych zębów u dzieci tam, gdzie lekarze specyalnie o to się nie troszczą, jest zastraszająca. Konieczne są szkolne ambulatorya i kliniki dentystyczne na wzór założonych już w Strassburgu, Altonie, Droźnie, Darmstadzie, a w końcu w Wiedniu. Koszta (zresztą niewielkie) ponosić musi gmina. Dzieci badać należy co do uzębienia półrocznie, prowadząc odpowiednie zapiski. Klęsk.

— Dla chorych, udających się do miejscowości leczniczych, ma zarząd dróg żelaznych w Szwajcaryi oddać do użytku 4 zbytkownie urządzone, elektrycznie oświetlone wozy, z których każdy obejmuje pokoik z łóżkiem dla chorego, przedziały dla lekarza, dla rodziny i służby, kuchnię, 1000 litrów zapasu wody. X.

— Przed spożywaniem kupowanego w jatce już siekanego mięsa przestrzega Trautmann, zwłaszcza jeżeli spożywać się je ma w stanie niedobrze upieczonym, np. smażone. W mięsie takiem znajduje się bowiem mnóstwo drobnoustrojów, a rzeźnicy celem lepszej konserwacyi tego mięsa i nadania mu czerwonego koloru dodają różne sole, które wprawdzie same nie są bardzo szkodliwe, ale posiadają tę wadę, że nie chronią wcale od rozwoju drobnoustrojów i to bardzo szkodliwych, jak np. paratyfusu. X.

— O grzybie domowym ciekawe uwagi podaje Wangern (Med. Klinik Nr 41). Działanie destrukcyjne tego grzyba polega na tem, że fermenty grzybni rozluźniają w drzewie ścisłe połączenie cellulozy z ligniną, poczem pierwsza ulega jako węglowodan łatwo wessaniu przez grzyb. Sposoby tępienia grzyba są jeszcze bardzo niedoskonałe; głównie stosuje się sposoby mechaniczne, połączenia krezolu, a zwłaszcza gorąco i suszenie. Grzyb domowy daje się także hodować sztucznie na pożywkach. Dla zdrowia grzyb ten, zdaniem W., sam przez się nie jest szkodliwy. X.

— Psa bez mózgu, który usunięto operacyjnie, pokazywał Rothmann w Towarzystwie medycyny wewnętrznej w Berlinie. Pies ów żyje już $2^1/_4$ lat po operacyi i wyćwiczył się w pewnych czynnościach. Odczuwa ból, ale nie umie go lokalizować, odróżnia jedzenie, nie ma węchu, ale węszy nosem, na stukania oddziaływa uszami, mruga oczyma, choć niema poczucia światła, śpi prawidłowo. X.

Mianowani: pedyatra Prof. Tobler z Heidelbergu profesorem w Bonn, internista doc. R. Schmidt z Wiednia profesorem w Innsbrucku, patolog doc. Beitzke z Berlina profesorem w Lozannie.

Zmarli:

Dr Józef Zanietowski senior, były wiceprezes, a jeden z najstarszych członków Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, w 82 r. ż. w Krakowie. Prawość charakteru i zalety osobiste zjednały ś. p. Zanietowskiemu powszechną sympatyę i szacunek w kołach koleżeńskich, a niestrudzona działalność filantropijna, wykonywana do ostatnich niemal dni życia z prawdziwem poświęceniem, zapewniły mu miłość i przywiązanie szerokich warstw ubogiej ludności; ś. p. Zanietowski działał bowiem czynnie jako członek prawie wszystkich krakowskich Towarzystw dobroczynnych, odwiedzając i spiesząc osobiście z pomocą ubogim i nieszczęśliwym po najodleglejszych nawet przedmieściach. Nad grobem przemawiał imieniem Towarzystwa lekarskiego prezes Prof. Cybulski, imieniem Towarzystw dobroczynnych szambelan Lubecki.

Dnia 22. X. zmarł w Muszynie Dr Stanisław Szyszka, lekarz miejski, w 38. roku życia. Ś. p. Dr Szyszka przez dwa lata pobytu swego w Muszynie zaskarbił sobie do tego stopnia zaufanie u obywateli, że gdy w b. r. podania jego o posadę lekarza okręgowego władze nie uwzględniły, obywatele miasteczka Muszyny uchwalili jednomyślnie zatrzymać go nadal u siebie, tworząc dla niego poza okręgiem posadę lekarza miejskiego. Niezwykły ten odruch uznania dla pracy i poświęcania się lekarza świadczy dobitnie, jaką zmarły cieszył się tam sympatyą. Krótkie jego życie przecięła trawiąca go od lat kilku choroba, która nie pozwoliła, wśród trudnych warunków na prowincyi, doczekać się owoców swej pracy. Jako zacny człowiek i prawy kolega padł przedwcześnie na posterunku. Oby mu ziemia była lekką!

Dr Franciszek Kmietowicz.

Dermatolog Prof. Caspary zmarł w Królewcu.

Redakcya otrzymała: R. Spira: 1) Zur Frage der Seekrankheit. 2) Otorhinologische Kasuistik. »Monatsschr. f. Ohrenheilk.« 1911. — W. Türschmid: Przepuklina zasłonowa jajowodu. (Odb. z »Nowin lek.« 1911, Z. 7). — Skalski: Lekarz fabryczny w roli rzeczoznawcy. (Odb. z »Med. i Kron. lek.« 1911). — Jan Nelken: Psychologische Untersuchungen an Dementia praecox-Kranken. (Odb. z »Journal f. Psychologie und Neurologie«. Lipsk 1911). — Kostanecki: 1) Ś. p. Antoni Dohrn. Warszawa 1910. 2) T. n. ligamentum appendiculo-ovaricum (Clado). Kraków 1910. 3) Z badań nad wielobiegunową mitozą. Kraków 1911. 4) Über parthenogenetische Entwicklung der Eier von Mactra mit vorausgegangener oder unterbliebener Ausstossung der Richtungskörper. (Arch. f. mikrosk. Anatomie. 1911). 5) Experimentelle Studien an den Eiern von Mactra. (Akad. Umiej. Kraków 1911). 6) Einleitung der künstlichen Parthenogenese bei Aricia. (Akad. Umiej. Kraków). — Gallant (New-York): 1) Vaginoureterostomy after nephrectomy for pyonephrosis due to a »sigmate« constriction of the ureter. 2) Therapeutic drainage in one hundert and

eighty-five cases of uterine obstruction. (»Med. Record« 1910). 3) Panhysterocolpectomy. (»Amer. Journ. of Surgery«. 1911).

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w październiku 1911.

Gazeta lekarska Nr 39—43. Janowski: O różnych postaciach niemiarowości serca z dzisiejszego punktu widzenia. (39—43). — W. Osmolski: Przyczynek do patologicznej anatomii moru. (39—41). — Falgowski: Niezwykłe spostrzeżenia z dziedziny poronień zbrodniczych. (40). — Bohdanowicz: Przyczynek do badań nad działaniem surowicy przeciwgruźliczej Marmorka, (42—43). — Löwenstein: Appendicitis perforativa in extremis. (43).

Medycyna i Kronika lek. Nr 39—43. A. Landau: Kwas moczowy, dna i artrytyzm. (39—41). — Chodecki: Zasady współczesnego zapobiegania i zwalczania duru brzusznego. (39). — S. Grosglik: Przyczynek do patologii i leczenia chirurgicznego niedomogi pęcherza na tle zaniku sterczu. (40—43). — Rosenblatówna: O stosunku skazy wysiękowej, względnie »limfatyzmu« do zołzów i gruźlicy (43—44). — Endelman: Przypadek obustronnej ślepoty połowiczej z aleksyą i agrafią w następstwie porodu. (43). (Dok. nast.).

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 8. listopada 1911 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Dr Kozłowski: Demonstracya wlewania śródżylnego salwarsanu na chorym przyrządem Assmy - Mucha - Schramek. 2) Dr Z. Szymanowski: Precypitacya wąglika. 3) Prof. N. Cybulski: Prądy czynnościowe w mięśniach. 4) Prof. Bujwid: Bakteryologiczne badania wody w rzece Wiśle na długości 200 klm. poniżej Krakowa.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

»Pyonin«. O doświadczeniach osiągniętych pyoniną przy leczeniu chorób skórnych. Dr Aleksander Peschka. Z c. k. szpitala sądu krajowego w Wiedniu. (Kierownik:Prymaryusz Dr Rudolf Ritter v. Kundrat) (Wiener klin. Rundschau, 1910, Nr 48—49).

Jednym z najważniejszych środków leczniczych skórnych jest siarka.

Pomiędzy używanymi rodzajami siarki nie nadaje się z góry każdy do celów leczniczych, gdyż posiadają częścią zanieczyszczenia, częścią przykry zapach. Z tego też powodu używa się dotąd prawie wyłącznie siarki precypitowanej, wytwarzanej w stosunkowo bardzo czystym stanie i bezwonnej. Skuteczność zewnętrznie stosowanego przetworu siarki zależy w pierwszym rzędzie od rozdziału siarki. Czem delikatniej jest ona rozdzielona, czem prędzej i łatwiej wodorosiarczek się wydziela, tem energiczniejszym jest wpływ na tkankę i skórę. Szczególne zalety pod tym względem przypisują rozpuszczalnemu w wodzie przetworowi siarki, zwanym »**pyonin**«. Między innymi stosował »**pyonin**« **tajny radca medyc. Prof. Dr Neisser we Wrocławiu w swej klinice,** poliklinice i praktyce prywatnej; ten przetwór okazał się lekiem nadającym się dobrze do użycia. Do podobnego sądu w pracy ogłoszonej o »pyoninie« (wzgl. Mochalles przetworach siarkowych) doszedł Dr Gerhard Hahn (z król. kliniki uniwersyteckiej Prof. Neissera we Wrocławiu) (Allgemeine Mediz. Centralzeitung 1908 Nr 32). Stosowano ten przetwór w dwóch postaciach, jako mydło pyoninowe i maść pyoninową, na bogatym materyale chorych tego zakładu. Leczono następujące schorzenia skórne: Pityriasis capillitii, seborrhoea oleosa, acne vulgaris, rosacea i varioliformis, scabies, psoriasis vulgaris i pityriasis versicolor.

»Co do stosowania mydła pyoninowego wogóle, to przeprowadzano u naszych chorych zwykłe zmywania mydłem i w postaci wcierania i pozostawienia do wyschnięcia piany z mydła; w ostatnim przypadku rozbijano zapomocą pędzla szczecinowego i małej ilości wody mydło na pianę, potem nakładano na chore części skóry w grubej warstwie i silnie wcierano; po zasuszeniu piany z mydła następowało w końcu opudrowanie skóry. Zwykle zostawiano pianę przez 12—24 godzin i potem oddalano znowu przez zmycie ciepłą wodą«.

Reasumując powiada Peschka, »że na podstawie naszych doświadczeń nastręczyła się sposobność do potwierdzenia spostrzeganego przez Prof. Neissera i Dra Hahna zadowalniającego wpływu »pyoniny«, jakoteż pewnych zalet wobec innych przetworów siarkowych, dających się zapewne odnieść do nadzwyczajnie delikatnego rozdzielenia siarki w »pyoninie«.

Rok L. Kraków, dnia 11. listopada 1911. Nr 45.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z zakładu anatomii patologicznej Uniwersytetu Jagiell. (Dyrektor Prof. Dr Browicz).

Układ przedsionkowokomorowy i jego stosunek do patologii serca

podał

Stanisław Ciechanowski.

(Według referatu do tematu: »Arytmia« na wspólnem posiedzeniu sekcyi med. teoret. i wewn. XI. Zjazdu lekarzy i przyrodn. polskich w Krakowie, 18. VII. 1911).

(Dokończenie).

IV.

Własności fizyologiczne układu przedsionkowokomorowego mają być według badaczy niemieckich dwojakie, według angielskich trojakie. Anglicy bowiem oprócz zdolności wytwarzania rytmicznych bodźców ruchowych czyli oprócz automatyzmu oraz oprócz zdolności przewodzenia tych bodźców przypisują układowi jeszcze zdolność kojarzenia (koordynacyi) czynności serca [9]). Tej trzeciej zdolności nie uznają fizyologowie niemieccy, jako samoistnej, a Hering powiada: »Die Koordination der Herztätigkeit ist eine Funktion der Reizleitung; die Koordinationszentren im Sinne der Volkmann'schen Lehre von der Koordination der Skelettmuskel, gibt es nicht im Herzen«

Nie mogę wdawać się tutaj w rozpatrywanie wszystkich badań, podejmowanych w tej sprawie przez fizyologów. Znaczna część ogromnej już dziś literatury tego przedmiotu odnosi się zresztą nietylko do własności układu przedsionkowokomorowego, ale także do odwiecznego sporu między zwolennikami teoryi mięśniowej i zwolennikami teoryi nerwowej, sporu, który po obaleniu przypuszczenia, że pęczek przedsionkowokomorowy pozbawiony jest elementów nerwowych, zdaje się znowu stawać na martwym punkcie. Pozostawiając uwzględnienie wszystkich tych spraw w szerszym zakresie innym kolegom referentom [10]), którzy przedstawią dalsze działy zajmującego nas dziś tematu, muszę jednakże wspomnieć o kilku zasadniczych faktach i poglądach z zakresu fizyologii układu przedsionkowokomorowego, bez czego dalszy ciąg mojego referatu byłby niezrozumiały. Według dzisiejszych poglądów, obie własności, powyżej wspomniane: zdolność wytwarzania bodźców i zdolność ich przewodzenia, taksamo jak i kurczliwość, posiadają wogóle wszystkie części mięśnia sercowego. Ale w warunkach normalnych kurczliwość schodzi w układzie przedsionkowokomorowym na plan ostatni, a tamte dwie własności wysuwają się w tym układzie bardzo na pierwszy plan w porównaniu z resztą włókien mięsnych serca, tak że sprawiają wrażenie własności niemal swoistych.

Bodźce, powstające w takich normalnych warunkach w pewnych stałych miejscach układu przedsionkowokomorowego, nazywa Hering nomotopowymi; jeżeli te miejsca ulegną zniszczeniu, lub nadwerężeniu, lub jeśli przeważy nad niemi automatyzm innych miejsc, normalnie spoczywających, to wówczas powstają bodźce w innych, niższych częściach układu, — które wyzwalają skurcze serca, mogące następować w rytmie odmiennym od prawidłowego, np. o ile bodźce pochodzą z komór, w t. zw. rytmie komorowym — powolniejszym od zwykłego. Za takie w warunkach prawidłowych stałe źródło bodźców nomotopowych uznano dziś już powszechnie tkankę węzłową w obrębie węzła zatokowego — Keith-Flacka. Wprawdzie Koch pierwotnie, na zasadzie obserwacyi, poczynionych na sercu obumierającem, uważał za takie źródło węzeł Tawary, sam jednakże później pogląd swój porzucił, przechodząc na stronę większości z Heringem na czele, na którego doświadczeniach i spostrzeżeniach opiera się głównie całe dzisiejsze w tej sprawie stanowisko. Doświadczenia te polegały na ogrzewaniu i oziębianiu okolicy węzła zatokowego, przyczem rytm skurczów przyspieszał się, resp. zwalniał; na odcięciu okolicy węzła zatokowego, — wtedy serce bić ustawało, poczem powracała czynność tylko komór (Langendorff i Lohmann); na drażnieniu węzła zatokowego przez przykładanie waty, napojonej formaliną (Hering, Lohmann); na badaniu cech elektrokardyogramu przy podrażnieniu tego węzła (krzywa normalna) i przy podrażnieniu innych

[9]) Należy tu wspomnieć, że pomimo ogólnego już dziś uznania układu przedsionkowokomorowego, a w szczególności tkanki węzłowej, za normalne źródło podniet automatycznych, Ivy Mackenzie w jednej z najnowszych swych prac, uważając związek węzła Keith-Flacka z mięśniami żyły głównej górnej i z mięśniem przedsionka prawego za jeszcze wątpliwy, skłonny jest jednakże przypisywać węzłowi temu jedynie zdolność kojarzenia (koordynacyi) ruchów sercowych, których podniety miałyby według niego brać początek gdzieindziej — w komórkach nerwowych zwojów sercowych.

[10]) Doc. Franke ogłosił już swój referat w »Tygodniku lekarskim«, r. b. Nr. 40—41, a Doc. Janowski w »Gazecie lek.«.

punktów (zupełnie inna forma elektrokardyogramu) (Lewis, Wybauw); na badaniu wpływu pewnych trucizn wprowadzonych do krążenia (naparstnica, atropina); na obserwacyi serc obumierających i nanowo ożywianych zapomocą sztucznego krążenia, przyczem skurcze najdłużej się utrzymywały, resp. najwcześniej powracały w części żylno-zatokowej serca. Z wszystkich tych badań wysnuto wniosek, że podnieta do skurczu wychodzi normalnie zawsze z tej okolicy. Podnieta ta przechodzi stąd na przedsionki i wywołuje ich skurcz; dalszą drogę odbywa podnieta przez węzeł Tawary i pęczek Hisa, gdzie przewodzenie jej ulega zwolnieniu i stąd tłómaczy się przerwa między skurczem przedsionków i skurczem komór. Rozgałęzieniami pęczka dobiega podnieta z kolei do komór i to naprzód do mięśni brodawkowych, potem do reszty mięśnia komór.

A skoro źródłem podniet w warunkach prawidłowych jest węzeł Keith-Flacka, to zniszczenie jego powinno położyć kres podnietom nomotopowym i dać pole do wyzwalania się podniet, zwanych przez Heringa heterotopowemi, w miejscu, z kolei do tego najzdolniejszem, mianowicie w drugiem ognisku tkanki węzłowej, w węźle Tawary. Wtedy zaś podnieta, rozchodząc się w obie strony, w kierunku zwykłym — na komory — i odwrotnym do zwykłego — na przedsionki, powinna wobec odpadnięcia opóźnienia w węźle Tawary wywołać równoczesny skurcz komór i przedsionków, t. zw. rytm węzłowy (»nodal rythme« autorów angielskich). »Aus meinem Befund, dass der Tawara'sche Knoten die Überleitungsverzögerung bewirkt« — pisał swego czasu Hering — »folgt, dass im Falle des gleichzeitigen oder nahezu gleichzeitigen Schlagens der Vorhöfe und Kammern, die heterotopen Ursprungsreize sich im Tawara'schen Knoten bilden«. Doświadczenia, w których niszczono węzeł Keith-Flacka dokładnie i całkowicie przez wypalenie, przypuszczenie to zupełnie potwierdziły.

Wprawdzie Jäger twierdzi, że zniszczenie węzła Keith-Flacka termokauterem nie zmieniało u psów i kotów rytmu serca, ale zdanie jego jest odosobnione, a takie ujemne wyniki doświadczeń miałyby tylko wtedy wartość, jeżeliby były dokładnie skontrolowane przez badania mikroskopowe, t. j. gdyby uzyskano bezwzględną pewność, że zniszczeniu uległa istotnie cała ta część, którą zniszczyć zamierzono.

Podniety heterotopowe powstawać mogą jednak w układzie przedsionkowokomorowym i poniżej węzła Tawary i pnia pęczka Hisa. Pominąwszy nawet wzmiankę Aschoffa o możliwości istnienia oprócz węzła Keith-Flacka i Tawary jeszcze innych podrzędnych, swoiście zbudowanych »węzłów« w sercu (np. w okolicy lejka żyły wieńcowej), należy uznać zdolność wytwarzania podniet w pewnych warunkach także w obwodowych częściach układu na zasadzie doświadczeń Eppingera i Rothbergera, polegających na całkowitem przecięciu obu ramion pęczka Hisa, prawego i lewego. Według Jamesa Mackenziego mogą być źródła podniet czworakie: 1) w węźle Keith-Flacka (rytm normalny, »Sinusrythmus«, nomotopia podniet), 2) w węźle Tawary (rytm węzłowy, »atrioventrikuläre Schlagfolge«), 3) w komorowym odcinku układu (komory kurczą się w swoim własnym rytmie, — »Kammerautomatie«, a przedsionki w swoim — »Vorhofssinusrythmus«), 4) w tkance przedsionka wogóle, gdzie siedziby ich dokładniej w tych razach nie określono jeszcze, ale gdzie one zapewne powstają w gniazdach tkanki o swoistem utkaniu, w pozostałościach »primitiv cardiac tube«. Ale nawet, gdyby te wszystkie źródła podniet były nieczynne, to własność wytwarzania podniet może się ujawnić jeszcze w innych częściach mięśnia sercowego. »In nuce« spoczywa ona nawet w zwykłym mięśniu sercowym, nad którym układ przedsionkowokomorowy tylko, rzec można, ilościowo tu góruje. Różnicę stopnia tej własności w różnych częściach tego układu ocenić trudno. Doświadczalnie stwierdzono kurczenie się rytmiczne serc rozkawałkowanych, a Hering, rozciąwszy serce podłużnie na trzy pasy, u góry jeszcze spojone, obserwował trwanie rytmicznych kurczów w każdej z tych części, a każdej w odmiennem tempie. E. Magnus na zasadzie swoich doświadczeń dochodzi nawet do wniosku, że chociaż w normalnych warunkach bodźce wychodzą zawsze z węzła Keith-Flacka, to jednak punkt ten ma co do zdolności tworzenia bodźców conajwyżej znaczenie »primus inter pares«. Czynność może zań każdej chwili objąć inne miejsce, przedtem nieczynne wprawdzie, ale równie zdolne do wytwarzania bodźców. Jeśli węzeł Keith-Flacka przestanie działać, to automatyzm stopniowo może przesuwać się ku dolnym częściom układu.

Przyznanie układowi przedsionkowokomorowemu własności przewodzenia bodźców ruchowych (Reizleitung) opiera się głównie na wynikach eksperymentalnego przecinania lub ugniatania pęczka Hisa, zwłaszcza po przecięciu nerwów serca lub na zupełnie wyciętem sercu przy sztucznem krążeniu. Doświadczenia z przecinaniem pęczka podejmował już sam His jeszcze w r. 1894, po nim Humblet, Gaskell, Hering, Tabora i inni. Najcharakterystyczniejsze są wyniki doświadczeń Erlangera i Blackmana. Ugniatając szczypczykami okolicę, w której znajduje się pęczek, stwierdzili oni, że podnieta ruchowa nie przechodziła normalnie z przedsionków na komory, lecz że przy lżejszym ucisku skurcz komory następował dopiero za każdym drugim skurczem przedsionka, przy wzmaganiu się ucisku dopiero za każdym trzecim skurczem przedsionka i t. d.; komory kurczyły się rzadziej, niż przedsionki, ale zawsze jeszcze odpowiednio do ich rytmu. Na komory przechodziły więc z przedsionka tylko niektóre podniety, wytwarzało się częściowe zahamowanie przewodzenia (partieller Herzblock autorów niemieckich, Kammersystolenausfall Heringa). Dalsze wzmacnianie ucisku znosiło w końcu zupełnie przewodzenie, komory zupełnie bić przestawały (totaler Herzblock). Po zwolnieniu ucisku czynność serca powracała do normy w porządku odwrotnym.

Zupełne zniesienie przewodzenia następowało również w takich doświadczeniach, gdzie pęczek całkowicie zmiażdżono lub przecięto. Wtedy jednak zniesienie przewodzenia jest trwałe i wtedy też może ujawnić się automatyzm niższych komorowych odcinków układu: komory po niejakim czasie poczynają się znowu kurczyć. Skurcze ich następują rzadziej, niż skurcze przedsionków, a więc napozór podobnie, jak przy częściowem zahamowaniu przewodzenia, ale rytm tych autonomicznych skurczów komór jest zupełnie inny, niż rytm przedsionków (Dissoziation Heringa, »rozkojarzenie« komór i przedsionków). Przy takiem zupełnem rozkojarzeniu, przedsionki i komory, bijąc zupełnie niezależnie od siebie, oddziałują także każde z osobna, zupełnie niezależnie, na podrażnienie nerwów, do serca do-

chodzących (Hering). Takieżsamo zupełne zniesienie przewodzenia nastaje po przecięciu obu (prawego oraz lewego) głównych ramion pęczka (Eppinger i Rothberger); natomiast zranienia różnych części serca nie znoszą przewodzenia, jeżeli nie trafiły pnia lub ramion pęczka Hisa.

Przecięcie jednego tylko ramienia pęczka daje również wyniki, znamienne dla sprawy przewodzenia. Eppinger i Rothberger, a w ostatnim czasie Trendelenburg i Cohn, którzy wykonali bardzo liczne doświadczenia na rozmaitych zwierzętach (koty, króliki, psy, kozy, małpy), stwierdzili elektrokardyograficznie, iż po przecięciu lewego ramienia pęczka komory nie kurczyły się obie równocześnie, lecz że z prawej komory powstawał skurcz dodatkowy (extrasystole). Bodziec ruchowy nie dochodził tedy po przecięciu lewego ramienia równocześnie do obu komór, ale naprzód drogą zwykłą przez nienaruszone ramię prawe do komory prawej, a z niej dopiero pośrednio, spóźniony, do lewej.

Wprawdzie nie brakło i oponentów. Niektórzy badacze twierdzili, że zniszczenie pęczka Hisa nie wywołuje zniesienia przewodzenia bodźców; Imchanitzky nie dostrzegał po tem żadnego zaburzenia w czynności serca, Kronecker nie widział również zmian po założeniu podwiązki »en masse« wzdłuż granicy przedsionkowokomorowej w sercu prawem, Paukul stwierdzał zboczenia w przewodzeniu bodźców u królików tylko wtedy, jeżeli w podwiązkę ujął prócz pęczka sporo sąsiedniego mięśnia. W doświadczeniach tych jednak bądź nie przeprowadzono kontroli zapomocą badań mikroskopowych, bądź też posługiwano się nieodpowiednim materyałem; u królików np., jak wspomniałem, jeszcze przed podziałem pęczka na dwa główne ramiona odchodzą od niego do komór gałązki, które po zniszczeniu pęczka poniżej ich odejścia mogły jeszcze wystarczać, jako droga przewodząca, co łatwo tłómaczyłoby ujemne wyniki doświadczeń np. Paukula. Trendelenburg i Cohn przekonali się istotnie, że w ten sposób wyjaśniają się ujemne wyniki, które i oni miewali w doświadczeniach u kotów i królików. Podobnież zarzucają Mönckeberg, Curran i Aschoff ujemnym doświadczeniom Lawelysa, Barkera i Hirschfeldera, że prawdopodobnie nie zniszczono w nich wszystkich włókien pęczka. Trendelenburg i Cohn sprawdzili zaś badaniem mikroskopowem, że z ich własnych doświadczeń te właśnie nie dały wyniku, w których pęczek nie był całkowicie przerwany.

Te wyniki ujemne nie obalają więc zapatrywania, że układ przedsionkowokomorowy ma własność przewodzenia bodźców, wskazują tylko, że dla zniesienia przewodzenia konieczna jest całkowita przerwa drogi przewodzącej i że przerwa niezupełna może wcale nie wywoływać uchwytnych zaburzeń przewodzenia.

V.

Chcąc ocenić znaczenie układu przedsionkowokomorowego w patologii serca, należy pamiętać, że i tu, jak wszędzie w ustroju, zmiany morfologiczne, dostępne naszym środkom badania, odpowiadają tylko jednej części stanów i spraw chorobowych, jakie się w tkankach i narządach mogą odgrywać, że wiele spraw chorobowych może przebiegać bez uchwytnych zmian morfologicznych. Należy także uprzytomnić sobie, że takiesame objawy kliniczne ze strony serca, w pewnych warunkach mogą być w związku ze zmianami, usadowionemi w samem sercu, — w innych zaś przypadkach ze zmianami, usadowionemi poza sercem, w narządzie nerwowym, a tu nas nie obchodzącemi [11]).

Z temi zastrzeżeniami przystępując do rzeczy, rozpatrzyć należy naprzód jakość, siedzibę, warunki powstawania zmian anatomicznych w układzie przedsionkowokomorowym i dopiero z temi danemi w ręku zapytać, czy i o ile stwierdzić można równoległość pewnych typów zmian anatomicznych z pewnymi klinicznymi typami objawów chorobowych ze strony serca.

Przedewszystkiem nasuwa się pytanie, czy wśród zmian, występujących w układzie komorowoprzedsionkowym, są takie, któreby jakością były odrębne od zmian gdzieindziej spotykanych, czyli któreby były dla układu swoiste. Gdyby przyjąć przypuszczenie autorów angielskich, że tkanka układu przedsionkowokomorowego jest czemś pośredniem między tkanką nerwową, a mięsną i gdyby układowi przypisać jeżeli nie wyłączne, to główne zadanie przewodzenia bodźców, — wówczas trzebaby oczekiwać w tym układzie w razie przerwy jego ciągłości zmian »sui generis«, stanowiących analogię do zwyrodnień obwodowych odcinków przerwanego neuronu. Otóż w rzeczywistości nic podobnego w układzie przedsionkowokomorowym nie następuje. Stąd najlepsza wskazówka, że zestawianie jakichś ściślejszych analogii między tym układem, a układem nerwowym niema podstawy. Nawet nazwę »układu przewodzącego« (Reizleitungssystem) należałoby zarzucić, jako dającą powód do nieporozumień, a zresztą zbyt ciasną. Ani u ludzi w przypadkach chorobowych, ani doświadczalnie u zwierząt nie stwierdzono dotąd żadnych dostrzegalnych śladów zwyrodnienia obwodowych rozgałęzień układu po całkowitem przerwaniu jego ciągłości. Jeden z psów, użytych do doświadczeń przez Erlangera i Blackmana, żył 373 dni po zmiażdżeniu pęczka, poczem nie znaleziono w układzie ani śladu jakiegokolwiek zwyrodnienia poniżej miejsca zniszczenia pęczka Hisa. Również w wielu przypadkach u ludzi, u których miesiącami istniały objawy, zależne od zmian tego pęczka, nie znaleziono następstw tego w częściach obwodowych układu. (Fahr, Keith, Mönckeberg, Nagayo).

Zdaje się, że nietylko takich »sui generis« zwyrodnień, analogicznych do zwyrodnień nerwów, ale wogóle żadnego szczególnego rodzaju zmian, właściwego tylko układowi przedsionkowokomorowemu, niema. Wprawdzie Fiessinger i Roudowska opisywali rodzaj zwyrodnienia szklistego w pęczku (dégénérescence homogène), które nazywając »myocardite préagonique«, uważali za przyczynę zaburzeń rytmu serca w okresie przedzgonnym; wszelako i ta

[11]) Przykładem tego są mnogie spostrzeżenia, zebrane zarówno u zwierząt przy sposobności różnych doświadczeń, jak i u ludzi. I tak np. Hering spostrzegał ubytek, wypadanie skurczów komór (Kammersystolenausfall) przy duszeniu zwierząt, które podrażnia nerw błędny. Rihl stwierdził, że objaw ten można wywołać (lub już istniejący wzmocnić) u ludzi przez ucisk na nerw błędny, a usunąć lub osłabić przez wstrzykiwanie atropiny; w przypadku częściowego zahamowania przewodzenia znaleźli Mollard-Dumas-Rebattu pęczek Hisa prawidłowy, ale zmiany włókniste śródpiersia z uciśnięciem nerwów; Umber miał nawet wywoływać na drodze wpływów psychicznych wypadanie skurczów komór u zdrowego zresztą człowieka i t. p.

zmiana — gdyby nawet nie było wątpliwości, czy nie były to zmiany pośmiertne, — nie była wyłączną w pęczku Hisa, ale występować miała także w innych częściach mięśnia sercowego (mm. brodawkowe), tylko w lżejszym stopniu.

Sporniejszą, niż sprawa jakości zmian układu przedsionkowokomorowego, jest sprawa różnic — że tak powiem — ilościowych, różnic w natężeniu i rozległości zmian między układem a resztą mięśnia sercowego. Chodzi tu mianowicie o to, czy te rodzaje zmian, które spotyka się wogóle w sercu, mogą w danym razie zająć wyłącznie tylko, lub przeważnie układ przedsionkowokomorowy, nie występując wcale lub tylko w nieznacznym stopniu występując w reszcie serca, i naodwrót, czy zmiany takie, pojawiając się w sercu, mogą układ przedsionkowokomorowy pozostawić nietkniętym lub prawie nietkniętym? Innemi słowy chodzi o to, czy układ przedsionkowokomorowy ma we względzie patologicznym w stosunku do reszty mięśnia sercowego pewną niezależność, odrębność?

Pytanie to powstało wskutek spostrzeżenia, że układ przedsionkowokomorowy zdaje się nie uczestniczyć w przeroście serca, ani też nie bierze wybitniejszego udziału w zaniku mięśnia sercowego (Tawara, Mönckeberg, Koch, Saigo, Schiboni) tak, że np. główne gałęzie lewego ramienia pęczka Hisa występują wybitniej dla gołego oka właśnie szczególnie w wieku podeszłym, w sercach, ulegających zanikowi, co sam także potwierdzić mogę. Również bardzo łatwo przekonać się można, że włókna pęczka Hisa w zmianach barwikowych, właściwych zanikowi brunatnemu serca, bardzo często albo wcale, albo prawie wcale nie uczestniczą. Co do przerostu serca, to powoływano się nawet na przerastanie pęczka Wenckebacha w przypadkach przerostu serca, jako właśnie na dowód, że pęczek ten niema nic wspólnego ze swoistym układem przedsionkowokomorowym, gdyż ten nie ulega przerostowi. Jednakże zdaje mi się, że co do przerostu, to nie można sprawy obecnie jeszcze stanowczo rozstrzygać, a to z tego powodu, że już w prawidłowych warunkach mają włókna pęczka Hisa grubość bardzo różną, a grubość poszczególnych wiązek włókien tego pęczka bywa indywidualnie także bardzo rozmaita. Wskutek tego ocena ich udziału lub braku udziału w przeroście leży w granicach błędów podmiotowych badacza.

Szukając odpowiedzi na pytanie co do odrębności patologicznej układu przedsionkowokomorowego, zwrócono uwagę przedewszystkiem na zmiany, występujące w mięśniu sercowym w sposób rozlany, oraz na zmiany wieloogniskowe. Najwięcej badano występowanie tłuszczu w samychże włóknach mięsnych pęczka, ale też i zdania są tu najwięcej podzielone. Mönckeberg, który najwcześniej opisał w pęczku odosobnione pojawianie się obrazu morfologicznego, zwanego pospolicie stłuszczeniem, najwięcej się też ku temu skłania, aby na zasadzie tych swoich spostrzeżeń uznać niezależność zmian pęczka od zmian reszty mięśnia sercowego. Wprost przeciwnie twierdzą Sternberg i Löw, że pojawianie się, stopień i rozległość stłuszczenia pęczka są zawsze równoległe do stłuszczenia mięśnia sercowego w innych częściach serca, ale badania ich obejmują tylko 72 przypadki. Saigo, zbadawszy 100 serc, zaznacza częstość stłuszczenia pęczka Hisa; stłuszczenie samego tylko tego pęczka opisuje także Cohn. Lubarsch, opierając się na największym ze wszystkich badaczy tej sprawy materyale, bo na wynikach badania około 500 serc, rozróżnia pięć kombinacyi zmian: 1) zupełny brak stłuszczenia w pęczku obok miernego ogniskowego stłuszczenia w innych częściach serca, 2) bardzo małe zmiany pęczka przy bardzo znacznem i rozległem ogniskowem stłuszczeniu w reszcie mięśnia sercowego, 3) stłuszczenie pęczka zupełnie odosobnione bez śladu stłuszczenia w innych częściach serca, — nie wyjmując mięśni brodawkowych, — kombinacya bardzo rzadka, — 4) stłuszczenie pęczka wybitnie silniejsze i rozleglejsze obok nieznacznego ogniskowego stłuszczenia reszty serca, czasem ograniczonego tylko do mięśni brodawkowych, 5) mniejwięcej równe stłuszczenie pęczka i reszty serca przy średniem i znacznem stłuszczeniu rozlanem. Na zasadzie własnych badań potwierdzić muszę zdanie Lubarscha, że kombinacye stopnia i rozległości stłuszczenia w pęczku i w reszcie serca mogą być rozmaite i że istnieją przypadki stłuszczenia, zajmującego prawie lub zupełnie wyłącznie pęczek Hisa, — i przypadki braku stłuszczenia w pęczku przy rozmaitym stopniu i rozległości stłuszczenia reszty serca.

Ocenę znaczenia tych faktów utrudnia ta okoliczność, że niektórzy autorowie (Aschoff, Lubarsch) wyrażają wątpliwość, czy to »stłuszczenie« pęczka Hisa należy zaliczać do rzeczywiście patologicznych zmian. U ludzi starych bywa stłuszczenie pęczka bardzo częste, a panna Engel spotykać miała rozległe stłuszczenie obu ramion pęczka u osobników zresztą zdrowych (»bei voller Gesundheit«, jak wyraża się o tych badaniach Aschoff). W każdym jednak razie co do »stłuszczenia« — bez względu na to, czy się je uzna w pęczku Hisa za stan patologiczny, czy nie, — okazuje pęczek względną niezależność, tłómaczącą się odrębnem jego unaczynieniem, o którem już poprzednio była mowa.

Podobną względną niezależność stwierdzić można także co do t. zw. otłuszczenia (lipomatosis) pęczka Hisa i jego rozgałęzień, to jest przemiany podwsierdziowej tkanki łącznej, otaczającej i rozdzielającej jego wiązki, na tkankę tłuszczową. Stan taki spotyka się, jak sam stwierdziłem, wcale nierzadko, nieraz w stopniu bardzo znacznym; ani nie byłbym jednak skłonny przypisywać mu nawet przy wysokich stopniach tak poważnego znaczenia dla czynności pęczka, jak to czynią niektórzy autorowie (Mönckeberg, Sapegno), ani nie mógłbym — przynajmniej dziś jeszcze — stanowczo powiedzieć, czy Mönckeberg ma słuszność, twierdząc, że stan ten jest częstszy u ludzi starszych, oraz czy Monrad-Krohn słusznie przestrzega, by otłuszczenia pęczka u starców nie uważać za stan patologiczny. Sądzę, że z rozstrzygnięciem tych spraw należy się wstrzymać aż do zebrania znacznie obfitszego materyału, niż ten, jakim rozporządzał Mönckeberg i jaki ja dotychczas zebrać zdołałem.

Daleko poważniejsze znaczenie, niż oba stany poprzednie, mogą mieć wybroczyny podwsierdne, zdarzające się w rozmaitych przypadkach przy rozmaitych sprawach chorobowych u ludzi (spostrzegane też u zwierząt, używanych do doświadczeń przez Eppingera i Rothbergera). Wybroczyny te bowiem występują prawie wyłącznie w tych okolicach, gdzie przebiegają ramiona pęczka i ich główne rozgałęzienia, co się tłómaczy odrębnością i obfitością unaczynienia obok wiotszej budowy tkanki łącznej podwsierdnej tych okolic. Wybroczyny takie mogą w wielu miejscach naraz i na znacznej przestrzeni przerywać ciągłość układu przedsionkowokomorowego.

Z wieloogniskowych zmian ostrych lub podostrych dotknięty bywa dalej pęczek i jego ramiona w szczególnie znacznej mierze występowaniem t. zw. guzków gośćcowych Aschoffa [12]), przerzutowemi ogniskami zapalnemi w toku ostrych zapaleń zastawek sercowych (spostrzeżenia Mönckeberga i in.), zatorowemi ogniskami martwicy (Jellick-Cooper-Ophuls), naciekami białaczkowymi (Saigo). W innych częściach serca zmiany te bywają wtedy zazwyczaj znacznie mniej rozległe, niż w obrębie pęczka i jego rozgałęzień. W przeciwieństwie natomiast do spraw zapalnych przerzutowych w toku zapaleń zastawek serca, — nie docierają zwykle zapalenia ostre, toczące się na wsierdziu ściennem w sąsiedztwie ramion i głównych gałęzi pęczki Hisa, w głąb aż do nich, lecz zatrzymują się już w powierzchowniejszych warstwach tkanki łącznej podwsierdnej, w tych miejscach właśnie grubszej, niż w innych częściach komór. Szerzeniu się takich spraw zapalnych wsierdzia ściennego w głąb stawia zresztą może poczęści zaporę podwsierdna warstwa włókien mięsnych gładkich (Thorel) i warstwa elastyczna (Mönckeberg), a nie sprzyja mu odrębne unaczynienie układu.

Tymi odrębnymi stosunkami unaczynienia tłómaczy się też, dlaczego często pęczek nie bywa dotknięty żadną zmianą w przypadkach nawet licznych i sporych ognisk włóknistych, sadowiących się w sąsiednich częściach przegrody międzykomorowej wśród zwykłych włókien mięsnych serca (Schiboni, Monrad-Krohn), jak również w przypadkach zmian włóknistych sąsiadującego z pęczkiem wsierdzia ściennego (Thorel). Sam niedawno badałem przypadek, w którym w przegrodzie komór mniejwięcej na wysokości podziału lewego ramienia pęczka Hisa na gałęzie główne znajdowało się duże ognisko bliznowate, zajmujące całą niemal grubość przegrody, docierające tuż prawie pod pęczek, a jednak nań nie przechodzące.

Naodwrót zdarzają się w pęczku ogniska włókniste niszczące znaczną jego część, albo nawet zupełnie przerywające jego ciągłość, jak to szczególnie łatwo zdarzyć się może we właściwym »pniu« pęczka, mającym niewielką grubość. Te ogniska włókniste, blizny, odgrywają, jak dotąd, w patologii pęczka rolę najważniejszą [13]), obok spotykanych w nim ognisk kiłowych [14]) (kilaków, blizn i zwapnień po kilakach), uważanych przez wielu autorów za najczęstszą zmianę w przypadkach rozkojarzenia komór i przedsionków, oraz obok ogniskowych zwapnień [15]), tak częstych w przypadkach miażdżycy u ludzi starych w obrębie pierścienia włóknistego, gdzie łatwo zająć mogą biegnący tu pień pęczka Hisa, o ile przy powolniejszym ich rozwoju nie zostanie on przez nie na jeden lub oba boki (przypadek Mönckeberga) odsunięty. Znacznie rzadziej wchodzą w rachubę duże ogniska serowate w ścianach serca, szerzące się na pęczek [16]), oraz przypadkowo w ważnych częściach układu przedsionkowo-komorowego usadowione lub z sąsiedztwa nań przechodzące przerzutowe ogniska nowotworowe [17]).

Zestawiając ogłoszone dotąd spostrzeżenia różnych badaczy z tem, co sam widziałem, przychylić się muszę na stronę tych, którzy przyznają układowi przedsionkowokomorowemu pewną odrębność, pewną względną niezależność co do występujących w nim zmian patologicznych, nie co do ich jakości, lecz co do ich rozległości i stopnia.

VI.

Z tego, co dotąd powiedziałem, wynika, że przy pewnem usadowieniu wymienionych powyżej zmian patologicznych mogą czynności układu przedsionkowokomorowego uledz mniej lub więcej głębokim zaburzeniom i że wtedy mogą wystąpić charakterystyczne zespoły objawów klinicznych. Ale zebrany dotychczas materyał anatomo-patologiczny, któryby mógł służyć za podstawę do stanowczego ustalenia równoległości pewnych t y p ó w klinicznych z pewnymi t y p a m i anatomicznymi, ani nie jest bardzo obfity, ani nie dał wyników tak prostych i jasnych, jakby »a priori«, na zasadzie zdobyczy eksperymentalnych, przypuszczać można.

Trzy punkta starano się dotąd w tym zakresie wyświetlić: 1) stosunek zmian układu przedsionkowokomorowego do osłabienia serca, względnie do przypadków śmierci nagłej bez wykazalnych zmian w innych częściach ustroju, 2) sprawę objawów sercowych, spotykanych w chorobie Adam-Stokesa, 3) sprawę t. zw. tętna stale niemiarowego (pulsus irregularis perpetuus).

1) Co do punktu pierwszego, który nas tu dzisiaj bliżej nie obchodzi, to nadmienię tylko tyle, że dotychczasowe wyniki badań są bardzo niezadowalniające i nie spełniają nadziei, z góry powziętych po ogłoszeniu monografii Tawary (Aschoff i Tawara, E. Albrecht), że może w pęczku Hisa-Tawary leży przyczyna nagłych zejść śmiertelnych w przypadkach niejasnych, u ludzi pozornie zdrowych, a przynajmniej w toku lub przy zejściu pewnych chorób zakaźnych (błonica). Jedyni może Mönckeberg i Sapegno radziby i dziś jeszcze dopatrywać się związku między śmiercią nagłą, a zmianami znalezionemi w niektórych takich przypadkach w pęczku. Wszelako już ze względu na rodzaj znalezionych w tych razach zmian, — jak otłuszczenie (przypadki Fahra, Gibsona, Butlera, Aschoff-Tawary, Sapegno), stłuszczenie (w błonicy, Amenomiya), wakuolizacya (Saigo), — nie byłbym skłonny nadawać im znaczenia, zmiany bowiem tegoż rodzaju, a bardzo rozległe i znacznego stopnia, zdarzają się, jak sam także stwierdziłem, również w wielu przypadkach, nie zakończonych zgonem nagłym. Pomijam już nawet tę okoliczność, że np. materyał Amenomiyi, dotyczący błonicy, obejmuje tylko 12

[12]) Przypadki Aschoffa, Tawary, Saigo, Geipla, Bracht-Wächtera, Mönckeberga.

[13]) Tu należą przypadki, które ogłosili: Barr, Bramwell, Deneke-Fahr (p. II), Fahr, Gibson-Turrel, Gibson-Ritchie, Heineke-Müller-Hösslin (p. II), Herxheimer-Kohl, A. Hoffmann, Karcher-Schaffner, Keith-Flack, Mackenzie, Mönckeberg, Vaquez-Esmien, Saltykow, Heilhecker.

[14]) Przypadki: Ashton-Norris-Lavenson, Deneke-Fahr (p. I), Eppinger-Störk, Goldfrank, Grünbaum, Handwerk, Heineke-Müller-Hösslin (p. I), Hanford, Luce-Fahr, Robinson. Niektórzy autorowie uważali za zmianę kiłową znalezione blizny i zwapnienia (Vaquez-Esmien, Keith-Miller, Nagayo i in.).

[15]) Takie spostrzeżenia podali: Beeson, Bönniger, Chapmann-Keith-Flack, Gibson-Ritchie, Hay-Moore, Keith-Miller, Löwenstein, Mönckeberg, Nagayo, Sendler, Stengel.

[16]) Przypadek Tabory i Tilpa.

[17]) Spostrzeżenie Mönckeberga (1910); Nagayo opisuje mięśniaka.

przypadków (9 razy stłuszczenie pęczka [18]). Co do zmian ostrych innego rodzaju, jak ogniska zapalne, jak t. zw. guzki gośćcowe (przypadki Aschoffa i Bracht-Wächtera), to możnaby może przyjąć, że sadowiąc się w pęczku, usposabiają one do łatwiejszego powstawania osłabienia serca, jednakże i tutaj większość badaczy zachowuje rezerwę, przyjmując (jak m. i. Aschoff), że np. guzki gośćcowe mogą dawać powód do niemiarowości, ale wyrażając wątpliwość, czy mogą one być także przyczyną osłabienia serca.

Ujemny wynik badania pęczka w przypadkach śmierci nagłej skłonił też niektórych do ponowienia badań nerwów (błędnych, Fahr) i zwojów serca (Stiénon), podejmowanych już dawniej, przed odkryciem układu przedsionkowokomorowego; i tu jednak nie uzyskano dotychczas albo żadnych wyników, albo niepewne i niecharakterystyczne.

2) Najliczniejsze badania wykonano dotąd co do punktu drugiego, t. j. co do niemiarowości serca, występującej w chorobie Adam-Stokesa [19]). Z kilkudziesięciu jednak opisanych dotąd przypadków zaledwo część wytrzymuje krytykę, jako dostatecznie zbadana klinicznie i anatomicznie [20]).

W większości spostrzeżeń natomiast albo brakuje dokładnej obserwacyi klinicznej, (krzywych tętna tętnic obwodowych, tętna żylnego i uderzeń serca) [21]), wobec czego znaczenia znalezionych przy sekcyi zmian w obrębie pęczka przedsionkowokomorowego nie można należycie ocenić, albo też nie przeprowadzono dokładnego, odpowiadającego wszelkim wymaganiom (serye skrawków, zbadanie przynajmniej całego węzła Tawary i pęczka Hisa) badania mikroskopowego [22]).

W tych przypadkach, w których i badanie kliniczne i badanie anatomiczne czyni zadość wymaganiom, stwierdzano zupełną przerwę w ciągłości pnia pęczka Hisa wskutek spraw włóknistych (Fahr, Heineke, Mackenzie, Mönckeberg), zwapnień (Mönckeberg, Nagayo), kilaków (Ashton), albo też zniszczenie obu ramion pęczka Hisa (przez blizny, Herxheimer-Kohl, Heilhecker), a wtedy i objawy za życia odpowiadały temu obrazowi, który powstawał w eksperymencie na zwierzęciu: rozkojarzenie (dissociatio) komór i przedsionków, całkowite zniesienie przewodzenia (totaler Herzblock). Przy objawach zaś klinicznych utrudnienia przewodnictwa (partieller Herzblock, Kammersystolenausfall Heringa) stwierdzano niezupełne zniszczenie pnia pęczka Hisa (t. j. zmiany, nie zajmujące go w całej grubości) lub zniszczenie tylko jednego z obu głównych ramion pęczka. W przypadkach zmienności objawów za życia, to słabnących, to wzmagających się, znajdowano w układzie przedsionkowokomorowym wieloogniskowe zmiany ostre (np. zapalne); czasowem zmniejszeniem się tych ognisk tłomaczono czasowe ustępowanie lub słabnięcie, — zwiększaniem się zaś ponowne występowanie lub nasilanie się objawów klinicznych. Zwiększanie się zmian zapalnych upośledzało przewodzenie bodźców normalnych lub wyzwalało powstawanie bodźców heterotopowych w niższych częściach układu; ustępowanie zmian pozwalało bodźcom napowrót normalnie przebiegać.

Obok tych spostrzeżeń, zupełnie zgodnych z wynikami eksperymentów na zwierzętach, opisano jednak kilka przypadków choroby Adam-Stokesa, w których pomiędzy obrazem klinicznym a anatomicznym niema równoległości. Są to przypadki, w których pomimo zupełnego za życia rozkojarzenia nie znaleziono przy badaniu pośmiertnem zmian, zajmujących całą grubość pnia pęczka Hisa, lecz tylko zmianę jego częściową lub zmiany ogniskowo rozsiane w różnych gałęziach pęczka obok zmian rozsianych w innych częściach serca (blizny, ogniska zapalne, wybroczyny — przypadki Vollhard-Mönckeberga, Hoffmann-Lubarscha, może i spostrzeżenie Karcher-Schaffnera, które jednak ma braki w opisie klinicznym). W tych przypadkach dałoby się jednak tę inkongruencyę wytłomaczyć w sposób dwojaki: raz przez przyjęcie, że nie wszystkie serca jednakowo oddziałują na tesame zmiany patologiczne, jak to i w innych narządach codzienne doświadczenie stwierdza; indywidualność ustroju oddziaływa na jedne i tesame zmiany w jednym przypadku mniej, w innym ciężej. Powtóre, uwzględniając, zgodnie z poglądem Nagayo, że spotykane w chorobie czy zespole objawów Adam-Stokesa przypady sercowe mogą mieć źródło nietylko w zmianach pęczka (Reizleitungstypus Nagayo), ale również w rozległych zmianach samegoż mięśnia sercowego (muskularer Typus Nagayo), a także w zmianach poza obrębem serca (extrakardialer, neurogener Typus Nagayo). Coprawda, wznowione w ostatnich latach przez kilku autorów (Fahr, Stiénon, Rössle) badania zwojów i nerwów serca nie doprowadziły dotąd, jak już wspomniałem, do żadnych stanowczych wyników.

Znacznie trudniej wytłomaczyć takie przypadki, w których pomimo zupełnego zniszczenia pęczka Hisa w pewnem miejscu, miano za życia nie stwierdzić objawów rozkojarzenia komór i przedsionków (jeden z przypadków Nagayo i spostrzeżenie Martina-Klotza), — albo był obraz zawikłany, czasowo całkowite, czasowo częściowe rozkojarzenie

---

18) Z 4 przypadków błonicy (z zejściem wśród objawów sercowych), ogłoszonych świeżo przez Heilheckera, w 2 pęczek wcale nie był stłuszczony, w 2 innych słabiej, niż reszta mięśnia przegrody. (Dopisek w korekcie).

19) W nowszych czasach zyskuje coraz więcej zwolenników zapatrywanie, że t. zw. choroba Adam-Stokesa nie jest jednostką nosologiczną i że wobec różnorodności obrazu w poszczególnych przypadkach można mówić tylko o »zespole objawów« (Symptomenkomplex, syndrôme) Adam-Stokesa. Według tego należałoby odróżnić różne typy, zależnie od tego, czy bradykardya (24—30 uderzeń na minutę) z napadowem jeszcze znaczniejszem zwolnieniem (aż poniżej 10 uderzeń), utratą przytomności i drgawkami lub tylko zamroczeniem, zawrotami itp., — łączy się z cechami rozkojarzenia komór i przedsionków, czy też nie, albo też czy występują same tylko objawy rozkojarzenia bez innych przypadów. Sprawa związku zmian anatomicznych układu przedsionkowokomorowego z objawami klinicznymi Adam-Stokesa dotyczy tylko tego typu, w którym istnieją cechy rozkojarzenia.

20) Według zestawień Aschoffa, Thorela, Lubarscha i moich własnych są to przypadki, które podali: Aschoff, Ashton, Barr, Fahr, Gibson, Grünbaum, Gerhardt, Hay-Moore, Heineke (przyp. II), Herxheimer-Kohl, Jellick-Cooper-Ophuls, Keith-Miller, Mackenzie, Mönckeberg, Magnus-Alsleben, Nagayo (przyp. II), Robinson, ogółem około 20 spostrzeżeń, z których trzecia część z zupełnem przerwaniem przewodnictwa (totaler Herzblock). (W czasie druku tego artykułu ogłosił Heilhecker jeszcze jeden należący tu przypadek).

21) Klinicznie niezupełne przypadki ogłosili: Buttler, Chapman-Keith-Flack, Deneke-Fahr, Eppinger-Störk, Goldfrank, Luce, Löwenstein, Karcher-Schaffner, Monrad-Krohn, Schiboni, Schmoll i i.

22) Niedostatecznie zbadane mikroskopowo są przypadki: Bassoo, Besson, Bishop, Handwerk, Jagic, Löwenstein, Meigs, Rendu, Sendler, Stengel, Tabora-Tilp, Vichery, Vaquez-Esmien. Tu zaliczyćby trzeba także przypadek Krumbhaara, który przy znacznej bradykardyi i zupełnem rozkojarzeniu komór i przedsionków opisuje zmiany w węźle Keith-Flacka.

lub tylko zwolnienie ruchów serca (bradykardya) bez rozkojarzenia (Heineke-Müller-Hösslin). W takich przypadkach niepodobna pisać się na hipotezę Heineke-Müller-Hösslina, żeby się po zniszczeniu pęczka Hisa nowe jakieś drogi przedsionkowokomorowe wytwarzać mogły; raczej już możnaby przypuścić wyjątkowe istnienie u człowieka nieprawidłowych gałązek ubocznych, możność pewnego rodzaju atawizmu, zasadzającego się na takich stosunkach anatomicznych, jakie się normalnie spotyka u kotów i królików, a które przy badaniach danego przypadku, z natury swej żmudnych i skomplikowanych, mogły ujść uwagi badaczy. Należy też uwzględnić, że brak rozkojarzenia za życia mógł w tych przypadkach być tylko pozorny; mianowicie Aschoff słusznie zwraca uwagę na przypadkowy zbieg rytmu komór z rytmem przedsionków, mogący łudząco przypominać utrudnienie przewodzenia (Kammersystolenausfall) pomimo istniejącej w rzeczywistości dysocyacyi zupełnej.

Chociaż więc w ogólnym zarysie spostrzeżenia, zebrane u człowieka w przypadkach zespołu objawów Adam-Stokesa z rozkojarzeniem komór i przedsionków, zgadzają się z wynikami doświadczeń, dokonanych u zwierząt, niemniej jednak sprawy tej nie można jeszcze uważać za zamkniętą. Tyle tylko przyjąć można, że ten typ choroby Adam-Stokesa bywa najczęściej, chociaż nie wyłącznie, skutkiem zmian w pęczku Hisa względnie w węźle Tawary, że jednak podstawą jego mogą być prawdopodobnie także i zmiany w innych częściach mięśnia sercowego, choćby w postaci przynajmniej t. zw. typu mieszanego, (gemischter Typus, Bündelkammertypus Lubarscha). I ta przeto, względnie najlepiej opracowana strona stosunku układu przedsionkowokomorowego do patologii serca wymaga jeszcze dalszych, bardzo skrupulatnych badań.

3) Bez porównania gorzej przedstawia się stan badań, dotyczących punktu trzeciego, to jest związku zmian układu przedsionkowokomorowego z t. zw. tętnem stale niemiarowem (pulsus irregularis perpetuus). Poprostu trzeba uznać wszystkie dotychczasowe w tym kierunku spostrzeżenia za niewystarczające i zupełnie niewytrzymujące krytyki.

Podstawy tego obrazu klinicznego szukano w zmianach pęczka Wenckebacha i w zmianach węzła Keith-Flacka. Mianowicie Wenckebach przypuszczał, że tętno stale niemiarowe jest wyrazem zahamowania lub przerwy przewodzenia z żylnozatokowego odcinka serca na przedsionki, a uważając swój pęczek za jedyne połączenie mięśni obu tych odcinków, ograniczył się w swoich badaniach tylko do badania tego pęczka. Wyniki jego badań straciły wszelką wartość, gdy wykazano (Koch), że pęczek Wenckebacha nietylko niema budowy swoistej, znamionującej układ przedsionkowokomorowy, ale przedewszystkiem, że nie jest jedynem połączeniem żylnozatokowo-przedsionkowem, że więc nawet zupełne jego zniszczenie nie może jeszcze być przeszkodą dla przechodzenia bodźców na przedsionki.

Nieliczne spostrzeżenia, dotyczące zmian w węźle Keith-Flacka, ogłoszone przez Schönberga i Hedingera, nie są bez zarzutu przedewszystkiem pod względem klinicznym. Schönberg i Hedinger podają razem tylko 20 przypadków; żaden z nich nie jest poparty dokładnym opisem obrazu klinicznego, ani krzywemi tętna. Przytem, wychodząc z przypuszczenia, że tętno stale niemiarowe jest skutkiem ustania bodźców nomotopowych, wychodzących z węzła Keith-Flacka, i rozchodzenia się bodźców heterotopowych z węzła Tawary w dwu kierunkach, — na komory i na przedsionki, — ograniczyli się ci autorowie tylko do badania samego węzła Keith-Flacka. Tymczasem tętna stale niemiarowego dziś już w ten sposób tłómaczyć nie można i dlatego badanie samego węzła zatokowego nie jest wystarczające. Mianowicie Hering podkreśla, że zmiany rytmu, zależne od zniszczenia samego tylko węzła zatokowego, a polegające na współczesności skurczów przedsionków ze skurczami komór (nodal rythme autorów angielskich), należy ściśle odróżnić od tętna stale niemiarowego, gdzie zaburzenia w wytwarzaniu się bodźców nomotopowych (w węźle zatokowym) są powikłane oprócz tego jeszcze przez skurcze dodatkowe wskutek nieregularnych bodźców heterotopowych i heterochronicznych, pochodzących z różnych okolic, a wywołujących trzepotanie się przedsionków (Vorhofflattern) [23]). Gdyby jednak nawet tej ważnej okoliczności nie uwzględnić i przyjąć badanie samego tylko węzła zatokowego w przypadkach tętna stale niemiarowego za wystarczające, to i wtedy jeszcze pozostanie zarzut najcięższy, jaki trafia badania Schönberga i Hedingera. Jest nim wielkie prawdopodobieństwo, że i jeden i drugi z tych badaczy brali za zmiany patologiczne to, co w węźle zatokowym i w jego okolicy leży w granicach stanów prawidłowych. Schönberg opisywał jako zmianę chorobową nacieki, złożone z limfocytów; wszyscy jednak inni badacze zwracają w krytykach pracy Schönberga zgodnie uwagę na wielką obfitość limfocytów w tej okolicy już w warunkach zwykłych. Hedinger, uzupełniając podania Schönberga i cofając się przytem nieco w sprawie limfocytów, główny nacisk kładzie na znalezioną przez siebie obfitość tkanki włóknistej w węźle zatokowym i okolicy, uważając ją za skutek zwyrodnienia włóknistego. Ale, pominąwszy nawet wahania indywidualne, węzeł zatokowy, jak wspomniałem już poprzednio, zawiera zwykle tak dużo zbitej tkanki łącznej, że w preparatach barwionych sposobem Van Giesona wyróżnia się swem zabarwieniem pomarańczowoczerwonem.

Oprócz niemiarowości w chorobie Adam-Stokesa i oprócz tętna stale niemiarowego poruszano jeszcze, ze względu na wyniki doświadczeń Eppingera i Rothbergera oraz Trendelenburga i Cohna, sprawę związku zmian układu przedsionkowokomorowego z rozkojarzeniem jednej komory od drugiej, uważając istnienie takiego rozkojarzenia obu komór u ludzi za możliwe w razie zmian, przerywających całkowicie ciągłość jednego z głównych ramion pęczka Hisa, a więc albo tylko lewego, albo tylko prawego głównego ramienia. W tym względzie brak jednak jeszcze zupełnie spostrzeżeń, dokładnie zbadanych klinicznie i anatomicznie. Tosamo odnosi się do obrazu napadowego kołatania serca (tachycardia paroxysmalis), w którem upatrywanie przyczyny w zmianach, podrażniających pęczek Hisa-Tawary (Vaquez-Esmien) leży jeszcze w sferze przypuszczeń, nieopartych dotąd na postawie anatomicznej.

---

[23]) Dawniejsze przypuszczenie, że w przypadkach tętna stale niemiarowego przedsionki zupełnie się nie kurczą (Vorhofstillstand), nie okazało się uzasadnione.

Wogóle więc można uważać dzisiaj za częściowo wyjaśniony tylko związek objawów sercowych w pewnych typach choroby Adam-Stokesa ze zmianami układu przedsionkowokomorowego serca; w szczegółach jednak potrzebuje i on jeszcze dalszych studyów, opartych na ścisłem współdziałaniu klinicystów i anatomów, a wymagających żmudnych badań mikroskopowych tysięcy skrawków z dokładną plastyczną rekonstrukcyą i skrupulatnych obserwacyi klinicznych z badaniami kardyograficznemi i sfigmograficznemi. Tem więcej wymagają dalszych badań inne, poruszone powyżej zagadnienia; wszak w samych już podstawowych wiadomościach, jak np. dokładniejsza znajomość układów mięsnych w zatokowo-przedsionkowej części serca ludzkiego, błąkamy się wśród sprzeczności i wiele rzeczy jest jeszcze zupełnie niewyjaśnionych. Toteż, jeżeli odkrycie układu przedsionkowokomorowego i badania tego układu w przypadkach chorobowych, wykonane w ostatnich pięciu latach, nazwać można otwarciem nowej karty w patologii serca, niemniej jednak dotychczasowe wyniki porównać trzeba z przesylabizowaniem dopiero pierwszych wierszy tego nowego rozdziału nauki.

Piśmiennictwo*). 1) Amenomiya. Virchow's Archiv 1910. T. 199. — 2) Amenomiya. Ibid. 1910. T. 202. — 3) Albrecht E. Frankf. Zeitschr. f. Path. 1909. T. 2. — 4) Arnold. Archiv f. mikr. Anat. 1909. T. 73. — 5) Arnold. Zentralbl. f. allg. Path. 1909. — 6) Aschoff. Zentralbl. f. Physiol. 1905. T. 19. Nr 10.— 7) Aschoff. Münchener med. Woch. 1905. s. 1904. — 8) Aschoff. Deutsche med. Woch. 1908. Nr 9 i 51. — 9) Aschoff. Tamże. 1910. Nr 2. — 10) Aschoff. Mediz. Klinik. 1909. Nr 8. 9. — 11) Aschoff. Verhandl. d. deutsch. pathol. Geselsch. 1908. T. 12.— 12) Aschoff. Tamże 1910. T. 14. — 13) Aschoff i Tawara. Die heutige Lehre von den pathol.-anat. Grundlagen der Herzschwäche. Jena 1906. — 14) Ashton. *Amer. Journ. of med. sc. T. 133. — 15) Ashton, Norris, Lavenson. *Tamże. T. 138. — 16) Barker i Hirschfelder (*Arch. of internat. medic. 1909. T. 4) Zentr. f. allg. Path. 1911. Nr 9. — 17) Barr. *Brit. med. Journ. 1906. s. 1122. — 18) Barringer *Zentr. f. inn. Med. 1910. s. 577. — 19) Beeson. *Journ. of Amer. med. Assoc. 1908. Nr 3.— 20) Bergé i Pélissier. Soc. med. des hôp. 5. XI. 1909. Semaine med. 1909. Nr 45. — 21) Bishop. Amer. Journ. of med. sc. 1910. Jan. — 22) Bönniger. Deutsch. med. Woch. 1908. s. 2293. — 23) Bracht i Wächter. Deutsch. Archiv f. klin. Med. 1909. T. 96.— 24) Bräunig. *Über muskulöse Verbindungen zwischen Vorkammer u. Kammer bei verschiedenen Wirbelthieren. Inaug. Diss. 1904. — 25) Butler. *Amer. Journ. of med. sc. 1907. T. 133.— 26) Cohn. *Heart. 1909. T. 1. Nr 2. — 27) Cohn i Trendelenburg, Pflügers Archiv 1910. T. 81. — 28) Curran. Anat. Anzeiger 1909, T. 35. Z. 4. — 29) Deneke. Münch. med. Wochens. 1907. t. 1101. — 30) Dietrich. Die Elemente des Herzmuskels. Jena 1910. — 31) Dumas. *Bradycardies et faisceau de His. Paris 1909. — 32) Edens. Verhandl. d. deutsch. path. Ges. 1910. T. 14. — 33) Engel. Ziegler's Beiträge 1910. T. 48. Z. 3. — 34) Erlanger. *Amer. Journ. of Physiol. 1909. T. 24. — 35) Erlanger i Blackmann. *Heart 1910. Nr 3. — 36) Erlanger i Hirschfelder. Zentr. f. Physiol. 1905. T 19. — 37) Eppinger i Rothberger. Wiener klin. Wochschr. 1909. Nr 31. — 38) Eppinger i Rothberger. *Zeitschr. f. klin. Med. T. 70. Z. 1. i 2. — 39) Eppinger i Störk. 27. Kongr. f. inn. Med. 1910. — 40) Fahr. Virchow's Archiv 1907. T. 188. — 41) Fahr. Verhandl. d. deutsch. path. Ges. 1908, T. 12. — 42) Fahr. Ibid. 1909. T. 13. — 43) Fahr. Ibid. 1910. T. 14. — 44) Fahr. Münchener med. Wochs. 1909. S. 948 i 1509. — 45) Fiessinger i Roudowska. Archiv. de med. exper. 1911. T. 23. Nr 1. — 46) Gaskell. *Journ. of. Phys. 1883. s. 43. — 47) Geipel. Münchener med. Woch. 1909. Nr. 48.— 48) Gerhardt. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1908. T. 93, Z. 5 i 6.— 49) Gerhardt. Zentralbl. f. Herzkr. 1910. — 50) Gerhardt. Verhandl. d. deutsch. path. Ges. 1910. T. 14. (dysk.). — 51) Gibson. *British med. Journ. 1906, s. 1113 i 1909. s. 149. — 52) Gibson i Ritchie. *Lancet. 1909. I. Nr 4460. — 53) Goldfrank. *Journ. of Amer. med. Assoc. 1905. Nov. — 54) Gouget. Presse med. 1910. Nr 57 (ref. zb.). — 55) Hauser. Verhandl. d. deutsch. path. Ges. 1910. T. 14. (dysk.). — 56) Handwerk. Münch. med. Woch. 1909. Nr 18. — 57) Hay i Moore. *Lancet 1906. II. s. 139 i 1271. — 58) Hedinger. Frankf. Zeitschr. f. Path. 1910. T. 5. — 59) Heineke. Münch. med. Woch. 1907. s. 1962. — 60) Heineke, Müller, Hösslin. Deutsch. Archiv f. klin. Med. 1908. T. 93. Z. 5. i 6. — 61) Hering. Pflüger's Archiv. 1905. T. 108.— 62) Hering. Ibid. 1906. T. 111. — 63) Hering. Ibid. 1907. T. 116. — 64) Hering. Ibid. 1908. T. 126. — 65) Hering. Zentralbl. f. Physiol. 1905. T. 21. — 66) Hering. *Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther. 1906. T. 2. 3. — 67) *Hering. Ibid. 1909. T. 7.— 68) Hering. Deutsche med. Woch. 1908. Nr 15. — 69) Hering. Deutsch. Archiv f. klin. Med. 1908. T. 94. Z. 1. 2. — 70) Hering. Münch. med. Woch. 1909. Nr 17. — 71) Hering. Verhandl. d. deutsch. path. Ges. 1910. T. 14. — 72) Hering. (*28. Kongr. f. inn. Med. 1911) Deutsche med. Woch. 1911. Nr 18. s. 859.— 73) Herxheimer. Verhandl. d. deutsch. path. Ges. 1908. T. 12.— 74) Herxheimer i Kohl. Deutsch. Archiv. f. klin. Med. 1910. T. 98. Z. 4—6. — 75) His. *Arbeiten aus d. med. Klinik zu Leipzig. 1893. — 76) His. Wiener med. Blätter. 1894. — 77) His. Deuts. Archiv. f. klin. Med. 1899. T. 64. — 78) His. Berliner klin. Woch. 1908. Nr 21. — 79) Hoffmann Aug. Deut. Archiv f. klin. Med. 1910. T. 100. Z. 1. 2. — 80) Humblet. *Archiv. internat. de physiol. T. 3. — 81) Imchanitzky. Archiv f. Anat. u. Physiol. Phys. Abt. 1909. — 82) Jäger. Deutsch. Archiv f. klin. Med. T. 100. Z. 1. 2. — 83) Jagic. *Zeitschr. f. klin. Med. 1908. T. 66. Z. 1. 2. — 84) Jamin. *24. Kongr. f. inn. Med. 1907. — 85) Janowski. Współczesne metody badania serca. Warszawa 1910. — 86) Jellick, Cooper i Ophuls. *Journ. of Amer. med. Assoc. 1906. s. 955. — 87) Kahn. Gesell. deutsch. Ärzte in Böhmen 3. III. 1911. Münch. med. Woch. 1911. Nr 14. — 88) Karcher i Schaffner. Berliner klin. Woch. 1908. Nr 27. — 89) Keith. *Lancet. 1904 i 1906. I. — 90) Keith i Flack. *Lancet. 1906. II. Aug. 11. — 91) Keith i Flack. *Journ. of Anat. and Phys. 1907. T. 41. — 92) Keith i Miller. Ref. Münch. med. Woch. 1907. s. 386. — 93) Keith i Mackenzie. *Lancet. 1910. I. Nr 2. — 94) Koch. Ziegler's Beiträge. 1907. T. 42. — 95) Koch. Deutsche med. Woch. 1909. Nr 10. — 96) Koch. Ibid. 1910. Nr 14. — 97) Koch. Verhandl. d. deutsch. path. Ges. 1909. T. 13. — 98) Koch. Ibid. 1910. T. 14. — 99) Koch. Münchener med. Woch. 1909. Nr 46. — 100) Koch. Berliner klin. Woch. 1910. Nr 24. — 101) Krumbhaar (*Arch. of internat. Medic. 1910. 5.) Zentr. f. Pathol. 1911. Nr 11. — 102) Külbs. 27. Kongr. f. inn. Med., Münch. med. Woch. 1910. Nr 21. — 103) Külbs i Lange. *Zeitschr. f. exp. Path. u. Ther. T. 8. Z. 2. — 104) Lereboullet i Heitz. Paris med. 1911. Nr 31. — 105) Lewis. *Heart. 1910. T. 2. — 106) Lohmann. Pflüger's Arehiv. 1907. T. 120. — 107) Lohmann. Ibid. 1908. T. 123. — 108) Löw. Ziegler's Beiträge. 1910. T. 49. — 109) Lubarsch. Jahreskurse f. ärztl. Fortb. 1911. Z. 1. — 110) Luce. Deutsche med. Wochenschr. 1907. s. 1883. — 111) Luce. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1902. T. 74. — 112) Mackenzie. Mediz. Klinik 1907. — 113) Mackenzie. *Heart 1909. T. I. Nr 1. — 114) Mackenzie Ivy. Verhandl. d. deutsch. path. Ges. 1910. T. 14. — 115) Magnus-Alsleben. Zentrbl. f. allg. Path. 1906. Nr 22. — 116) Magnus-Alsleben. Deutsch. Archiv f. klin. Med. 1909. T. 96. Z. 3. 4. — 117) Magnus-Alsleben. *Zeitschr. f. klin. Med. 1909. T. 69. Z. 1. 2. — 118) Magnus-Alsleben. Archiv f. exper. Path. u. Pharm. 1911. T. 64. s. 228. — 119) Martin i Klotz. *Amer. Journ. of med. sc. 1910. Nr 3. — 120) Mollard, Dumas. Rebattu. *Arch. de mal. du coeur 1911. Nr 5. — 121) Mönckeberg. Untersuchungen über das Atrioventrikularbündel im menschlichen Herzen. Jena 1908. — 122) Mönckeberg. Verhandl. d. deutsch. path. Ges. (Kiel) 1908. T. 12. — 123) Mönckeberg. Ibidem (Lipsk) 1909. T. 13. — 124) Mönckeberg. Ibid. (Erlangen) 1910. T. 14. — 125) Mönckeberg. Berliner klin. Woch. 1909. Nr 2. — 126) Mönckeberg. Zentralbl. f. Herzkrank. 1910. T. 2. Nr 1. — 127) Mönckeberg w Lubarsch-Ostertag: Ergebnisse der allg. Path. und der path. Anat. 1910. R. 14. I. Abt. s. 594. — 128) Monrad-Krohn. *Arch. des. mal. du coeur. 1911. Nr 6. — 129) Nagayo. *Zeitschr. f. klin. Med. 1908. s. 67. Z. 5—6. — 130) Nagayo. Verhandl. d. deutsch. path. Ges. 1908. T. 12. — 131) Nagayo. Ziegler's Beiträge. 1909. T. 45. — 132) Nagayo. (*Tow. lek. Tokio). Deutsche med. Woch. 1910. —

*) Dla dokładniejszego zapoznania się z całością przedmiotu najprzydatniejsze są oprócz monografii Tawary (171) i Mönckeberga (121), — sprawozdania poglądowe Mönckeberga (127) i Thorela (178) oraz referaty i wykłady na zjazdach niemieckiego Towarzystwa patologicznego, zwłaszcza na ostatnim (184). Prace oznaczone * nie były mi w oryginale dostępne.

133) Nicolai i Plesch. Deutsche med. Woch. 1909. Nr 51. — 134) Oczesalski. Gazeta lek. 1910. Nr 16—17 (spr. pogl.). — 135) Pace Domenico. * R. Accad. med. chir. di Napoli 17. VII. 1910. — 136) Palczewska. Arch. f. mikr. Anatomie. 1910. T. 75.— 137) Palladino (* Movimento med. chir. 1876), Centralbl. f. d. med. Wiss. 1877. — 138) Panieński W. Nowiny lek. 1910. Nr 7. — 139) Paukul. (* Zeitschr. f. Biologie. 1908. T. 51.), Zentr. f. Path. 1909. Nr 10. — 140) Retzer. Archiv. f. Anat. u. Physiol. Anat. Abt. 1904. s. 1. — 141) Retzer. * The anat. Record. 1908. II. — 142) Riebold. Berliner klin. Woch. 1909. Nr 33. — 143) Riebold. Ges. f. Natur- u. Heilk. Dresden. 22. IV. 1911. Münch. med. Woch. 1911. Nr 27. s. 1475. — 144) Rihl. * Zeitschr. f. exper. Path. 1906. T. 2. — 145) Robinson. * Ref. Deutsche med. Woch. 1908. s. 1116. — 146) Rössle. Verhandl. d. deutsch. path. Ges. 1910. T. 14. (dysk.). — 147) Rothberger. Ibid. (dysk.). — 148) Rothberger i Winterberg. Wiener klin. Woch. 1909. Nr 24.— 149) Rothberger i Winterberg. Pflüger's Archiv. T. 135. — 150) Roussy i Ameuille. * Riforma med. 1910. Nr 17. — 151) Sacharow i Wenulet. * Zeitschr, f. exper. Path. u. Ther. T. 7. Z. 3.— 152) Saigo. Verh. d. deutsch. path. Ges. 1908. T. 12. — 153) Saigo. Ziegler's Beitr. 1908. T. 44. Z. 2. — 154) Saltykow. Verh. d. deutsch. path. Ges. 1910. T. 14. (dysk.). — 155) Sapegno. (* Arch. delle sc. mediche. 1910) Zentr. f. allg. Path. 1910. Nr 10. — 156) Sapegno. Pathologica. 1910. T. 2. Nr 35. — 157) Sapegno. Ibid. 1910. T. 2. Nr 46. — 158) Schiboni. (* Ric. nel laborat. di anat. path. di Roma. 1910. T. 15.) Zentr. f. allg. Path. 1910. Nr 23. — 159) Schmoll. Deutsch. Archiv f. klin. Med. 1906. T. 87. i 1907. T. 89. — 160) Schönberg. Frankf. Zeitschr. f. Path. 1908. T. 1. — 161) Schönberg. Ibid. 1909. T. 2. Z. 4.— 162) Schwartz. * Untersuchungen üb. das Sinusgebiet im Wiederkäuerherzen. Inaug. Dissert. Giessen. 1910. — 163) Stanley-Kent. * Journ. of Physiol. 1893. T. 14. s. 233. — 164) Stengel. * Americ. Journ. of med. sc. 1905. — 165) Sternberg. Verh. d. deutsch. path. Ges. 1910. T. 14. — 166) Stiénon. (* Soc. roy. de sc. med. et nat. de Bruxelles. 1911. T. 69. Nr 2.) Zentr. f. allg. Path. 1911. Nr 11. Arch. de mal. du coeur. 1910. Nr 8. — 167) Tabora. Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther. 1906. T. 3. — 168) Tabora i Tilp. * Strassburger med. Zeit. 1908. V. 3. — 169) Tawara. Zentralbl. f. Physiol. 1905. T. 19. — 170) Tawara. Pflüger's Archiv. 1905. T. 111. — 171) Tawara. Das Reizleitungssystem des Saügetierherzens. Jena 1906. — 172) Tawara. Ziegler's Beiträge. 1906. T. 39. — 173) Thorel. (Aerztl. Ver. Nürnberg. 21. I. 1909). Münch. med. Woch. 1909. Nr 17. — 174) Thorel. Münch. med. Woch. 1909. Nr 42. — 175) Thorel. Ibid. 1910. Nr 4. — 176) Thorel. Verh. d. deutsch. path. Ges. 1910. T. 14.— 177) Thorel w Lubarsch-Ostertag: Ergebnisse der allg. Path. u. d. path. Anat. 1907. T. 11. — 178) Thorel. Ibidem. 1911. T. 14. 2. Abt. — 179) Trendelenburg. (Naturf. Gesell. Freiburg i B. 8. VII. 1909) Deutsche med. Woch. 1909. Nr 31. s. 1374; Arch. f. Anat. u. Physiol. Phys. Abt. 1909. — 180) Trendelenburg i Cohn. Zentralbl. f. Physiol. 1909. T. 23. — 181) Umber. Deutsche med. Woch. 1907. s. 1883. — 182) Vaquez i Esmien. Presse med. 1907. s. 57. — 183) Vaquez i Esmien. * Soc. med. des hôp. 17. XII. 1909. — 184) Verhandlungen der deutschen pathol. Gesellschaft. 12. Vers. Kiel 1908, 13. Vers. Leipzig 1909, 14. Vers. Erlangen 1910. — 185) Volhard. Deutsch. Archiv f. klin. Med. 1909. T. 97. Z. 3. 4. — 186) Wenckebach. Archiv f. Anat. u. Physiol. Phys. Abt. 1906. s. 297. — 187) Wenckebach. Ibidem 1907. s. 1. — 188) Wenckebach. Ibid. 1908. Suppl.— 189) Wenckebach. Münch. med. Woch. 1909. s. 2190. — 190) Wilson. * Proceed. of the Royal Society. B. Vol. 81. 1909. — 191) de Witt. * Anatom. Record. 1909. — 192) Wybauw (* Soc. roy. des sc. med. de Bruxelles. T. 68., Nr 5.) Pathologica 1911. Nr 60. s. 213. — 193) Heilhecker. Frankf. Zeitschr. f. Pathol. 1911. T. 8. Z. 2, str. 319.

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.
Dyrektor: Prof. Dr W. L. Jaworski.

Zapiski lecznicze

podał
Dr Z. Wachtel,
asystent kliniki.

1. Diplosal.

Nowy ten przetwór, jako ester salicylowy kwasu salicylowego (OH, C_6H_4, COO, C_6H_4, COOH) zawiera dwie drobiny kwasu salicylowego, odpowiada więc np. aspirynie, w której w miejsce drobiny kwasu octowego weszła drobina kwasu salicylowego po utracie jednej drobiny wody, lub np. salolowi, w którym grupa fenolowa zastąpiona została grupą salicylową. W handel wprowadza go w formie proszków lub pastylek firma Boehringer z Mannheim.

Jestto biały proszek, topiący się w 147°, prawie nierozpuszczalny w wodzie ani w rozcieńczonych kwasach, natomiast rozpuszczalny w rozcieńczonych alkaliach i stąd też, dostawszy się do przewodu pokarmowego, rozpuszcza się dopiero w jelicie, gdzie pobrawszy jedną drobinę wody rozszczepia się na 2 drobiny kwasu salicylowego i ulega wessaniu.

Przy rozszczepianiu wytwarza się na 100 części diplosalu 107 kwasu salicylowego, natomiast np. z aspiryny 77, salolu 64,5, benzosaliny 53 a kwasu salicylowego 86.

Polecają stosować przetwór ten w ostrym i przewlekłym gośćcu stawowym, oraz mięśniowym, w nerwobólach, wreszcie w zapaleniach pęcherza.

W klinice medycznej krakowskiej probowano nowego tego przetworu, który, jak powiada reklama, ma być pewny i nieszkodliwy i nie wywołuje ani potów ani dolegliwości żołądkowych, i podawano lek ten w dawkach przepisanych 0,5 gr. 3 - 4 razy dziennie, czasami w dawkach wyższych, t j. po 1 gr. 3—4 razy dnia w odpowiednich sprawach chorobowych, jak np. w ostrym gośćcu stawowym (6 przyp.), w przewlekłym (12 przyp.), w ostrych zapaleniach migdałków (3 przyp.), w wysiękowych i suchych zapaleniach opłucnej (14 przyp.), w odrze (2 przyp.), żółtaczce nieżytowej (3 przyp.), wogóle w schorzeniach, w których zazwyczaj lekarz zwykł podawać przetwory salicylowe.

Na podstawie tego doświadczenia nie można powiedzieć, by diplosal przewyższał pokrewne mu przetwory salicylowe; przyznać wprawdzie trzeba, iż n i e w y w o ł u j e p o t ó w, jak to czyni np. aspiryna lub salicyl, natomiast u niektórych chorych wywołuje silny szum w uszach i głowie, u innych znów wymioty. U jednego chorego wymioty pojawiły się kilkakrotnie w ciągu dnia już po zażyciu 1 gr. diplosalu. Wogóle zauważyć należy, iż niektórzy chorzy znoszą diplosal dobrze i bez jakichkolwiek przypadłości, inni znów, zwłaszcza chorzy, dotknięci gruźlicą, znoszą go źle i u takich chorych głównie spostrzegano nieprzyjemne objawy ubocznego działania diplosalu. W gośćcu stawowym ostrym można z pewnym skutkiem podawać diplosal, lecz przynajmniej w dawkach po 1 gr. 3—4 razy dnia. W tych to dawkach uśmierza on nieco bóle i wpływa korzystnie na sprawę chorobową; w gośćcu przewlekłym natomiast żadnego skutku nie wywiera.

O ile więc diplosal przewyższa inne leki salicylowe tem, iż nie wywołuje potów, o tyle znów wspomniane przypadłości żołądkowe (wymioty), oraz szum w uszach i w głowie mogłyby stanowić czynnik, przemawiający na jego niekorzyść.

Pierwszy stosował lek ten w r. 1908 Minkowski z Greifwaldu i polecił go jako środek, który może zastąpić inne przetwory salicylowe w ostrym gośćcu stawowym. Minkowski przenosi go też nieco ponad inne głównie z powodu własności, iż potów nie wywołuje. Objawy zatrucia (uderzenia do głowy, stan podniecenia) spostrzegł Minkowski u dwu chorych po zastosowaniu dawki 3 gr., zauważył jednakże, iż ci sami chorzy później znosili bardzo dobrze dawki większe, wobec czego radzi podawać dawki duże (po 1 gr. 3—4 razy dnia). Inni autorowie (Strauch. Lewy, Schulze, Thür, Burnoff i t. p.) objawów ubocznego działania diplosalu nie spostrzegali i uważają lek ten za środek dobry, polecenia godny przedewszystkiem w leczeniu ostrego gośćca stawowego.

2. Anestezyna.

Jestto ester etylowy kwasu amidobędźwinowego, wzoru

$$C_6H_4 \left\langle \begin{array}{l} NH_2 \\ Coo\ C_2H_5 \end{array} \right.$$

podany jeszcze w roku 1870 przez Ritserta, wyrabiany przez fabrykę Meister Lucius i Brüning w Hoechst n. Menem.

Stanowi biały proszek nierozpuszczalny w wodzie, łatwo rozpuszczalny w alkoholu, eterze, benzolu i tłuszczach. Polecają go w postaci proszków podawanych wewnętrznie w przeczulicach żołądka, wrzodzie okrągłym, niestrawności nerwowej, wymiotach u ciężarnych, chorobie morskiej itp.; w postaci wziewań, pędzlowań lub wdmuchiwań w chorobach nosa, uszu i krtani; w postaci pręcików w zapaleniach cewki moczowej lub w postaci czopków odbytnicowych, wreszcie w postaci czyto zasypek, czy maści w chorobach skórnych, z bólem lub świądem przebiegających.

Środek ten stosowano w klinice medycznej przez dwa ostatnie lata wyłącznie wewnętrznie (przez usta) w postaci proszków w 104 przypadkach chorób żołądka oraz jelit, czyto na tle zmian anatomicznych [(wrzody okrągłe (11 przyp.), raki (22 przyp.), zanik błony śluzowej żołądka (9 przyp.)], czy czynnościowych [(nadmierne wydzielanie soku żołądkowego (26 przyp.), sokotok (14 przyp.), nieżyty kwaśne (16 przyp.), nieżyty jelit (6 przyp.)], czy wreszcie w nerwicach; jednem słowem w tych chorobach przewodu pokarmowego, którym towarzyszyły b ó l e, podawano lek ten w dawkach, dochodzących do 1 gr. na raz, a do 3 gr. dziennie (jakkolwiek dawka najwyższa ma być 0,5 gr.) przez czas dłuższy, zależnie od przypadku, zawsze przed jedzeniem lub w czasie, kiedy u chorego występowały bóle. O tem, by anestezyna w jakikolwiek sposób wpływała na zmiany chorobowe narządów, mowy oczywiście niema, podawanie zaś jej miało na celu działanie czysto objawowe, t. j. uśmierzenie bolów, zwłaszcza u osób z pewnym podkładem nerwowym i pod tym względem anestezyna okazuje się skuteczna. Podawana w raku żołądka, niejednokrotnie koiła bóle przynajmniej na kilka godzin; działanie jej znieczulające miejscowe, dość rychłe i dość długotrwałe. Działanie to rozciąga się i na dolny odcinek przewodu pokarmowego, gdyż, jak spostrzegaliśmy, zdołała anestezyna w jednym przypadku (gruźlica jelit) na krótki czas uśmierzyć bóle jelita zstępującego, a nawet parcie na stolec, towarzyszące częstym wypróżnieniom.

Zauważyć należy, iż w nerwicach żołądka lub jelit lub w innych tym podobnych stanach, gdzie inne leki nie odnosiły skutku, anestezyna okazała się skuteczna; prócz tego w jednym przypadku uporczywa czkawka, dwa dni trwająca, która wystąpiła u chorego na mocznicę i żadnymi lekami usunąć się nie dała, po podaniu 1 gr. anestezyny jednorazowo, w krótkim czasie ustąpiła.

T r u j ą c e g o d z i a ł a n i a l e k u n i e s p o s t r z e g a n o n a w e t p o p o d a n i u d u ż y c h d a w e k (1 gr. 3 razy dnia); najwyższa dawka, jaką podano w klinice naszej, wynosiła 4 gr. na dobę.

Lek ten, wypróbowany na zwierzętach przez Buiza z Bonn, oraz przez Roberta co do swych własności trujących, okazał się środkiem zupełnie nieszkodliwym w dawkach, podawanych zwykle w celach leczniczych; w dawkach wielkich, których jednak w praktyce nigdy się nie stosuje, wywołuje anestezyna methemoglobinemię, oraz objawy podobne do zatruć pokrewną jej fenacetyną. Literatura, dotycząca anestezyny, jest bardzo rozległa; wszędzie czyta się tylko pochlebne wzmianki o tym leku i jednocześnie prawie wszyscy uznają go za pewny i nieszkodliwy środek miejscowo znieczulający i polecają go głównie w praktyce laryngologicznej, w której dobre usługi oddaje w gruźlicy krtani. W praktyce ubogich trzeba się liczyć z wysoką ceną tego przetworu, gdyż gram kosztuje 35 halerzy.

(Dokończenie nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Dr St. W e i l: **Nowe środki lekarskie.** (Warszawa, Wende i Sp. 1908, str. 397). Książka ta wydana została już przed trzema laty i z pewnością niezmiernie chętnie przyjęta została przez koła farmaceutyczne, a również i chemiczne. To, co o niej teraz pragnę powiedzieć, jest odpowiedzią na pytania, skierowane ze sfer lekarskich. Otóż jest to książka, obejmująca materyał chemiczny wprost ogromny, zebrany bardzo starannie, przyczem uderza fakt, że autor nietylko zna doskonale przedmiot ze strony analitycznej, ale, nie będąc lekarzem, oryentuje się dobrze w zagadnieniach fizyologicznych i farmakologicznych. Omawiane nowe środki lekarskie ułożone są według grup farmakologicznych: środki przeciwgorączkowe, moczopędne i t. d.; każda grupa poprzedzona jest ogólnym rzutem oka na historyę powstania owych środków i wzajemnego ich pokrewieństwa chemicznego, a na początku książki znajdujemy obszerniejszy z werwą napisany wstęp, poświęcony zasadom farmakoterapii — wzgl. chemoterapii. Przy omawianiu poszczególnych środków uwydatnia autor racyonalny krytycyzm. To też, chociaż większa część książki zajęta jest materyałem ściśle analitycznym, — nie waham się, wobec zaznaczonych zalet książki, wypowiedzieć zdania, że książka ta powinna być zaliczona do rzędu tych, które każdy wykształcony lekarz polski powinien mieć pod ręką. Części ogólne stanowić będą zajmującą lekturę, rozszerzającą horyzont wiadomości farmakoterapeutycznych, działy poszczególne zaś dostarczą, w razie potrzeby, wszelkich danych odnoszących się do składu chemicznego, wzoru, własności fizycznych i chemicznych omawianego środka.

Pewne usterki, łatwe zresztą do poprawienia, przedstawia słownictwo; tak np. wszędzie widzimy dziwnie brzmiącą liczbę mn. od ester — estery, zamiast utartej powszechnie estry, dalej zamiast moczan sodowy (na str. 110), używa autor nazwy u r a n, niedopuszczalnej choćby z tego powodu, że jest ona nazwą pierwiastka chemicznego. Następnie: sulfurowanie, hydrobromek, i wiele innych tego rodzaju wyrażeń wymaga poprawy w nowem wydaniu książki.

T. Koźniewski.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

E s c h. **O przedoperacyjnem postępowaniu przy znacznej niedokrwistości z pomocą śródżylnych wstrzykiwań odwłóknionej krwi ludzkiej.** (Münch. med. Woch. 1911, Nr 41). Wobec zamierzonej operacyi u osoby bardzo niedokrwistej wskutek krwawień, zaleca Esch na podstawie swego doświadczenia wstrzykiwać śródmięśniowo w pośladki co kilka dni do 30 cm^3 odwłóknionej krwi z innej osoby, aż do poprawy stanu, co z badania krwi zaraz wyczytać można. Skutek występuje zwykle w tydzień. Wstrzykiwania te działają zarazem tamująco na krwawienia i nadają się jako wstęp do leczenia mięśniaków macicy promieniami Röntgena, które to leczenie zwykle zrazu zwiększa krwotok, co może być niebezpieczne dla życia leczonej. K.

F r i e d r i c h. **Uwagi w sprawie wycinania żeber przy gruźlicy płuc z jamami i krwotokami.** (Münch. med. Woch. 1911, Nr 39—40). Ograniczone czy też rozległe wycinanie żeber przy gruźlicy płuc nietylko zyskało już prawo obywatelstwa, ale nieraz ratuje życie chorych. Stwierdza to F. na podstawie 28 przypadków. Wogóle, o ile można, zaleca F. rozległe wycinanie żeber, tam zaś, gdzie tego nie można uczynić, radzi próbować wycinań mniejszych, np. z podłużnego cięcia w linii pachowej. Gorączka, krwotoki

i obfite prątki w plwocinie nie są przeciwwskazaniem. Zawsze upewnić się należy zapomocą promieni Röntgena, jak zachowuje się śródpiersie. W razie, gdy ono jest unieruchomione, operować można śmiało rozlegle. Skutek operacyi bywa zwykle wybitny: spadek ciepłoty, zmiana plwociny, znikanie prątków, poprawa stanu ogólnego. Czasem po rozległej resekcyi żeber udaje się otworzyć jamę płuca i leczyć ją jak zwykły ropień, np. lapisować, przyczem gojenie postępuje bardzo szybko. Obecnie niemal w $^2/_3$ przypadków osiąga się przez operacyę pożądany skutek. O jakości operacyi rozstrzygać powinien internista, określając dokładnie stan płuc, położenie, wielkość jamy, skłonność płuc do kurczenia się itp. F. operuje tylko między 15 – 35. rokiem życia i w razie braku świeżych przerzutów w innych narządach. K.

Jakobaeus. **Krótki przegląd doświadczenia co do laparo- i torakoskopii.** (Münch med. Woch. 1911, Nr 38). Zeszłego roku polecił J. nowy sposób badania (przed 9 laty coś podobnego zalecał na zwierzętach już Kelling), mianowicie wprowadzanie przez trójgraniec cystoskopu i badanie w ten sposób brzucha i klatki piersiowej. Obecnie donosi J. o 115 badaniach brzucha i 35 klatki piersiowej. Osiąga się przytem nieraz cenne wskazówki rozpoznawcze, a J. ma nadzieję, że może uda się z czasem w ten sposób i operować np. wstrzykiwać, przepalać i t. p. J. rozpoznał np. tym sposobem wysięk gruźliczy opłucnej, marskość, kiłę, nowotwór wątroby, przerzuty w sieci i t. p. K.

Schöne. **W sprawie rozpoznania różniczkowego zapalenia wyrostka robaczkowego.** (Münch. med. Woch. 1911, Nr 36). Wskutek ciągłych dyskusyi i rozpraw nad schorzeniami wyrostka robaczkowego doszło do tego, że raczej rozpoznajemy to cierpienie za często, niż za rzadko. To drugie obecnie zdarza się chyba przy przebiegu nietypowym, powikłaniach, wielkich przypadłościach pęcherzowych i t. p. Natomiast częściej rozpoznajemy naodwrót zapalenie w wyrostku tam, gdzie go niema lub cierpienie odnosi się do narządów sąsiednich (kamyki wątrobowe, wrzód żołądka i t. p.). Taksamo bardzo często rozpoznaje się zapalenie wyrostka w ostrych chorobach gorączkowych, przebiegających czasem z objawami jelitowymi. Zwłaszcza należą tu: środkowe zapalenie płuc, płonica i t. p. Nieraz też cierpienia nerek są brane za zapalenie wyrostka robaczkowego. Chroni tu nieraz od pomyłki brak bólu głowy przy schorzeniu wyrostka w przeciwieństwie do chorób ostrych. K.

Walther. **Leczenie przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego.** (Klin. therap. Woch. 1911, Nr 41—43). Leczenie przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego nie należy tylko do internisty lub tylko do chirurga, bo miewa ono tło bardzo różne, a więc i takie, gdzie operacyi nie trzeba, a i takie, gdzie jest ona niezbędna. Tak np. przy sprawach w jelicie ślepem (t. zw. typhlatonia) przy ruchomej kątnicy i t. p. wycięcie wyrostka nie na wiele się przyda, podobnież w razie powikłań z cierpieniami części rodnych kobiecych, natomiast w innych przypadkach zabieg chirurgiczny leczy doszczętnie chorobę. W leczeniu wewnętrznem główną rolę odgrywa spokój, chronienie się od zaziębień, ścisła dyeta (wegetaryanizm, kefir, unikanie tłuszczów, jaj i mięsa), ostrożne regulowanie stolca, leczenie nieżytów jelit i t. p. Wskazaniami do leczenia chirurgicznego są częste ostre napady, wiek dziecięcy, położenie socyalne, ciąża, powikłania z innemi cierpieniami itp. Także przy operacyach kamicy żółciowej, wrzodu żołądka, przy operacyach trzustki, a szczególnie przy nerce wędrującej, należy zwracać baczną uwagę na wyrostek, bo często cierpienia te wikłają się razem, lub jedno bierzemy w naszem rozpoznaniu mylnie za drugie. Nieraz znów spotyka się powikłania zapalenia wyrostka z chorobą przydatków. Także u osób gruźliczych powinno się rychło usuwać wyrostek, by je uchronić od konieczności zachowywania dyety, a módz dozwolić na obfite odżywianie się. U młodych dziewcząt zapalenie wyrostka łudząco nieraz naśladuje gruźlicę, wywołując wychudzenie, zaburzenia trawienia, brak apetytu, niedokrwistość, nawet kaszel, t. zw. »kaszel wyrostkowy«. Po omówieniu techniki operacyjnej zwraca autor uwagę na leczenie następowe po operacyi, na które zwykle może za mało kładzie się wagi. A jest ono ważne, zwłaszcza, jeżeli równocześnie są zmiany w jelicie grubem. Wyniki operacyjne zwykle są bardzo dobre. Na 1453 operowanych przypadków miał autor 10 przypadków śmierci (płonica, mocznica, zatory, powikłania płucne i t. p.). Czasem wikła przebieg pooperacyjny zapalenie gruczołu przyusznego, przebiega ono jednak nieraz bez ropienia. Zwykle stan chorych poprawia się szybko po operacyi. W przypadkach zapalenia okrężnicy poprawa ta, ze względu na uporczywość cierpienia następuje wolniej, a rokować co do trwałego wyniku, zwłaszcza u dzieci, trzeba ostrożnie. K.

Gant. **Mechaniczne czyli chirurgiczne zaparcie stolca.** (Klin. ther. Woch. 1911, Nr 38). W przeciwieństwie do anatomicznego czyli nawykowego zaparcia stolca, uważa Gant zaparcie na tle przeszkód mechanicznych za cierpienie czysto chirurgiczne. Jako specyalista w takich właśnie cierpieniach, rozporządza G. bogatą statystyką kilkuset operacyi. 25% przypadków przewlekłego zaparcia stolca polega na czynnikach mechanicznych i nadaje się do leczenia chirurgicznego (leczenie miejscowe kiszki stolcowej, — zwężenia, szczeliny, krwawnice, — leczenie złego położenia kiszek, np. choroba Hirschsprunga, wgłobienia, zrosty itp.). Nieraz niedowład powoduje przeszkody mechaniczne i na odwrót. Rozpoznać sprawę można zwykle dość pewnie. Nieraz rozstrzygają promienie Röntgena. Również zapomocą lawatywy nieraz dowiedzieć się możemy o siedlisku cierpienia, względnie przeszkody. Gdy przeszkoda znajduje się w kiszce stolcowej, wchodzi wody bardzo mało, gdy w zagięciu esowatem, to wchodzi litr wody, gdy w okrężnicy poprzecznej, to około dwu litrów i t. p. Nieraz też badanie palcem rozstrzyga rozpoznanie. Przy przeszkodach mechanicznych jedynie leczenie chirurgiczne wiedzie rychło i pewnie do celu. W 50% uzyskuje się zupełne wyleczenie, w 40% poprawę, a w 10% stan pozostaje ten sam. Wreszcie zastanawia się autor nad poszczególnymi zabiegami przy różnych schorzeniach, wywołanych przeszkodami mechanicznemi. K.

Tavel. **O podskórnem sączkowaniu puchliny brzusznej.** (Kor. f. Schw. Ärzte, 1911, Nr 23). Przy puchlinie brzusznej (ascites) poleca autor sączkować jamę brzuszną podskórnie zapomocą szpulki szklanej, której jeden (szerszy) koniec leży w otrzewnej, a drugi w jamie wyżłobionej pod skórą. Zabieg mały, da się wykonać w znieczuleniu miejscowem, a płyn z pod skóry łatwo potem ulega wessaniu. K.

Rohr. **W sprawie typowego obrazu zapalenia otrzewnej, wywołanego przez dwoinki zapalenia płuc.** (Mit. a. d. Grenz. d. Med. u. Chir. 23. IV). R. omawia rzecz na podstawie 9 własnych przypadków. Zapalenie otrzewnej na tem tle występuje głównie u dzieci i osób młodych i to w postaci odgraniczającej się lub rozlanej. Chorobę cechuje nagłe powstanie i brak odruchowego napięcia powłok brzusznych, natomiast nieraz pępek się wypukla, zwłaszcza przy zapaleniach odgraniczonych. Zapalenia rozlane cechuje znowu prócz złego stanu nieraz uporczywa biegunka. Zakażenie bierze początek z części rodnych kobiecych, z opłucnej, z krwi. Przy zapaleniach odgraniczonych rokowanie niezłe (86% wyleczeń), przy rozlanych bardzo smutne. Operacya w razie poważnego stanu powinna być bezwarunkowo zaraz wykonana. W ostatnich czasach polecają także leczenie surowicą. A.

Holzbach. **O zapobieganiu i leczeniu pooperacyjnego zapalenia otrzewnej.** (Münch. med. Woch. 1911, Nr 39). W leczeniu zapalenia otrzewnej chodzi nam obecnie o zwolnienie wessania i poprawę krążenia krwi. Zapobiegamy ew. zakażeniu otrzewnej, np. przy operacyach

nieczystych, zapomocą tamponady. Do tego też celu zalecił Glimm »naoliwianie« otrzewnej, a Höhne poleca czynić to nawet zapobiegawczo na kilka dni przed operacyą. Autor na zapobiegawcze »naoliwianie« zdecydować się nie mógł, natomiast naoliwia otrzewnę przy operacyi, zwłaszcza razem z tamponadą, napajając tampony oliwą kamforową. Sposoby te przy wybuchu zakażenia są już bezskuteczne. Wtedy uciekamy się do drugiego sposobu leczenia, t. j. poprawy krążenia, a zwłaszcza znakomite usługi oddają przytem podane niedawno ciągłe wlewania do żył rozczynów soli z adrenaliną. Służą do tego specyalne przyrządy, dozwalające wlewać do żyły godzinami płyn o jednakiej ciepłocie. Może być, że miejsce adrenaliny jeszcze skuteczniej zastąpi pituitryna, którą można wstrzykiwać w tym celu śródmięśniowo. K.

Hoehne. **Kliniczne doświadczenia nad przygotowywaniem otrzewnej w celu ochrony przed zakażeniem.** (Klin. therap. Woch. 1911, Nr 40). H. pokłada wielkie nadzieje w naoliwianiu otrzewnej w celach zapobiegawczych i radzi czynić to na kilka dni przed zamierzoną operacyą, a najmniej na 24 godzin naprzód. Naoliwienie to działa drażniąco, pobudzając do tworzenia się pokładów włóknika, które uniemożliwiają wessanie, podobnie jak tkanka granulacyjna w ranie. W ten sposób postępowano w 114 przypadkach przed operacyami w klinice ginekologicznej w Kiel; ani razu nie spostrzegano śmierci z zapalenia otrzewnej mimo operacyi dokonanej wśród zakażenia. Postępowanie to działa nieraz korzystnie przy gruźlicy otrzewnej i części rodnych. Technika jest prosta: nożykiem nacina się skórę tuż pod pępkiem i wprowadza się kaniulę prostopadle aż do otrzewnej, a potem po przebiciu otrzewnej skośnie, by nie skaleczyć jelit, wyciąga się sztylet, dołącza strzykawkę i najpierw wstrzykuje się 10 cm³ 1% nowokainy z suprareniną, a w 5—10 minut do 50 cm³ 1% oliwy kamforowej. Czasem, ale rzadko, zjawiają się po wstrzyknięciu silne bóle, trwające przez dzień, a wtedy ciepłe okłady sprawiają ulgę. Wstrzykiwać należy naczczo lub wieczorem przed posiłkiem. Wyniki mają być bardzo dobre, szkodliwych skutków (zrostów i t. p.) nie spostrzegano. K.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Digitoksynę zaleca Corin (Le Scalpel 1910), szczególnie w zapaleniu płuc włóknikowem; w początkach choroby zastosowana może digitoksyna nawet przerwać sprawę chorobową, wogóle zaś obniża ciepłotę i poprawia tętno. Według statystyki Corina na 600 przyp. zapalenia śmiertelność wynosiła tylko 5·4%. Dawki: dorosłym podaje się dawki dość duże, 0·003 gr na raz w początkach choroby, w późniejszych zaś okresach 0·004; u dzieci powyżej 10 lat 0·002, u młodszych zaś 0·003—0·001. Digitoksyna działać ma najlepiej w początkach zapalenia płuc. N.

Gwajakolowe przetwory zalecają znowu w ostatnich czasach (Martin, Burow, Haagner i t. p.) w leczeniu gruźlicy, czy to w połączeniu ze środkami żywicznymi (bals. peruv., myrrha), czy też z arsenem. Przetwory gwajakolowe, wywierając silne działanie przeciwgnilne na przewód pokarmowy, mogą być również użyte z pomyślnym skutkiem w przewlekłych zapaleniach jelit, przebiegających z gniciem, zwłaszcza u dzieci. Dawki 0·1—0·2 p. dos. 0·5—1·0 p. die. N.

Limonen, polecany swego czasu przez Koberta, jako środek zastępujący olejek terpentynowy, a składający się z olejków eterycznych, zawartych w pomarańczy, znajduje zastosowanie podobnie jak terpentyna, w chorobach płuc, oraz oskrzeli, połączonych z wykrztuszaniem obfitej plwociny cuchnącej: 3 razy dnia po 10—20 kropli we wodzie lub na cukrze. N.

Idyosynkrazyę do 10 substancyi u jednego osobnika (jodoform, rtęć, brom, weronal, morfina, bor, cynk, poziomki, raki, sublimat) spostrzegał Mertens. (Münch. med. Wochs. Nr 39). A.

Gruźlicę płuc u królików, u których z pomocą drutu unieruchomiono szczyty, wywołał Bacmeister, ale zawsze tylko drogą krwi lub gruczołów, a nigdy przez samo wdychiwanie prątków. (Mit. a. d. Grenzgeb. 23. IV.). A.

Liście naparstnicy jako napar (infusum) stosuje Focke (Ther. d. Geg. 1910, 9) w krwotokach nosa, przyjmując za przyczynę ich powstawania zmiany w krążeniu obwodowem. W ciągu dwu dni podaje dawkę 0·7—0·8; wyniki ma bardzo dobre.

Rubow (Hospitalstidende 1910, 12) radzi podawać naparstnicę w niedomodze serca z przerwami, więc n. p. przez 4—5 dni podawać 0·1—0·125 fol. digit. pulver., poczem przerwa 2—3 dniowa: w ten sposób chory znajduje się pod ciągłem działaniem naparstnicy, a nie łatwo ulega zatruciu.

Quisling zaleca w zapaleniu płuc włóknikowem leczenie skombinowane naparstnicą z kamforą; podaje w ciągu 12 pierwszych godzin co godzinę 0·15 liści naparstnicy jako napar i 0·04 kamfory w zawiesinie. N.

Choleinian sodowy podany przez odbytnicę, n. p. w formie czopków w dawce 0·2—0·5, okazuje się wybornym środkiem przeczyszczającym; wkrótce bowiem sprowadza wypróżnienie nawet w bardzo uporczywych postaciach zaparcia nawykowego, oraz u osób, pozostających stale w łóżku. (Glässner-Singer, Wiener klinische Wochs. 1910, 1).

Olejek terpentynowy stosuje Arnold (Brit. med. Journ. 1910) w leczeniu duru brzusznego; podaje go mianowicie jako lawatywę (30 gr ol. terpent. w 600 cm³ oliwy, co dwa dni; za czwartym razem zmniejsza ilość terpentyny na 15 gr w 450 oliwy). Przy tem leczeniu otrzymywał A. bardzo dobre wyniki: nigdy nie było wzdęcia brzucha, nieprzytomności, bole głowy szybko ustępowały i z 30 przypadków jeden tylko zakończył się śmiercią. N.

Magnesium chloratum, bardzo dobry środek przeczyszczający, a zbyt mało używany, podnieca i reguluje ruchy robaczkowe jelita i zwiększa wydzielanie błony śluzowej (Chibret, Rev. d. Ther. 1910). Użyty często w dawce małej 0·05—0·25 gr wewnętrznie lub 0·25—0·40 przez odbytnicę sprawia ten środek pożądany skutek w zaparciu stolca, tak atonicznem, jak i spastycznem, i w wielu innych przypadłościach (colitis membran., coprostasis, enteritis chron. i t. p.); nie wywołuje bolów, ani następowego zaparcia, jak wiele innych środkow przeczyszczających. N.

Neuryna według doświadczeń Deyckego i Mucha (Münchener med. Wochs.) rozpuszcza bakterye gruźlicze w 37° w 25% rozczynie wodnym w przeciągu kilku minut. Własność tę zamierzają autorowie ci wyzyskać dla otrzymywania szczepionek, oraz antygenów gruźliczych. N.

W cukrzycy i jej powikłaniach (śpiączka, bóle, swędzenie skóry) zaleca Sicard wstrzykiwać śródżylnie co kilka dni 100—250 cm³, 9—10% rozczynu dwuwęglanu sody. (Soc. med. des hôpit 1911, VI.). A.

Magnesium-perhydrol stosował w cukrzycy Stümer (Münch. med. Wochs. 1910, 49). Przy podawaniu 0·5 gr 3 razy dnia zmniejsza się ilość cukru bardzo znacznie, przytem mocz staje się zasadowy. N.

Przy ostrym gośćcu stawowym zaleca Jackson z Filadelfii wstrzykiwania śródmięśniowe (4 cm³—25% rozczynu) siarkanu magnezyi co drugi dzień aż do skutku. Występuje przytem także działanie przeczyszczające. A.

Diplosal, przetwór salicylowy, zawierający dwie drobiny kwasu salicylowego, stosują obecnie w ostrym gośćcu stawowym z dobrym skutkiem. Wartość diplosalu podnosi ta

jego własność, iż rozpada się on dopiero w jelicie cienkiem i że nie wywołuje takich potów, jak aspiryna. W gośćcu przewlekłym nie działa tak, jak w ostrym (Schulze, Fortschr. d. Med. 1909. Barbier. Fol. Therap. 1910, 1). N.

Wielkie dawki emanacyi radu działają dobrze podług Noordena i Falty w niektórych postaciach gośćca ostrego, w gośćcu przewlekłym, rwach nerwowych i bolach wiądowych. Unikać jednak należy tego leczenia u osób nerwowych, jakoteż takich, które nie mogą poddać się leczeniu na stałe, lecz tylko ambulatoryjnie wśród zajęcia. (Med. Klinik Nr 39). K.

Dioninę stosuje z dobrym skutkiem Schlesinger (Deutsche med. Wochs. 1910. 1) w połączeniu ze skopolaminą w leczeniu morfinistów. Podaje ją w sposób następujący: w 1. dniu 2—4 razy 1 cm³ rozczynu: 0·3 dioniny, 0·00025 skopolaminy i 0·2 morfiny w 16 cm³ wody i stopniowo zmniejsza dawki tak, że dziesiątego dnia usuwa zupełnie morfinę. Wogóle zachwala dioninę jako środek, zastępujący wybornie morfinę, przytem znacznie mniej trujący. N.

Żelatyna wstrzyknięta podskórnie ma według badań Graua (Deutsche med. Wochs. 1910, 27) zwiększać krzepliwość krwi, która dochodzi do szczytu po 10—12 godzinach (do 85%). Potwierdza to Rénard (Russk. Wracz 1910, 11), który stwierdził po wstrzykiwaniach żelatyny wzmożenie się fermentu włóknikowego we krwi. Engelmann (Deutsche med. Wochs. 1910, 24) radzi stosować żelatynę w czarnej chorobie noworodków (melaena), w której śmiertelność według jego statystyki obniżyła się przy tem leczeniu z 61·3% na 8·8%. Podobnie i w skazach krwotocznych okazuje się żelatyna dobrym środkiem. Wreszcie w ostatnich czasach znajduje żelatyna zastosowanie w leczeniu przewlekłych nieżytów jelita grubego; stosuje się ją w tych razach w postaci wlewań (codzień 40—80 gr żelatyny w 400—500 cm³ wody karlsbadzkiej 45⁰. (Ther. Monatshefte 1910, 4). N.

O rozszerzaniu się płonicy ciekawe uwagi podaje Kokall, lekarz naczelny miasta Berna. Podaje on n. p., że płonicą zarażać mogą dzieci, które były 40—50 dni w szpitalu. Zakażenie przenosi się głównie drogą jamy ustnej, na co bardzo uważać należy. Obecne sposoby odkażania uważa Kokall jeszcze za niedoskonałe. (Wiener klin. Wochs. Nr 52). A.

W płonicy i odrze zaleca Milne nacieranie całego ciała olejkiem eukaliptusowym i pędzlowanie błon śluzowych oliwą karbolową. (Brit. med. Ass. Birmingham). A.

Gliceryna ma według Fausta i Vallquista (Arch. f. exp. Path. u. Ther. 1907, T. 57) usuwać szkodliwe działanie hemolitycznej substancyi lipoidalnej (kwasu oleinowego), wytwarzanej przez brózdogłowca (bothriocephalus latus) i wywołującej silną niedokrwistość. Również i w przebiegu niedokrwistości złośliwej można wykazać obecność podobnej substancyi w błonie śluzowej żołądka, oraz jelit. Gliceryna podana wewnętrznie (3 × dnia po łyżce stołowej, ewent. z dodatkiem soku cytrynowego) w tych stanach działać ma bardzo dobrze; wkrótce bowiem zwiększa się ilość hemoglobiny, oraz ciałek czerwonych. N.

Gynoval, przetwór kozłkowy, ma być według niektórych autorów (Silbermann, Flatau, Nitsche, Siebold itp.) dobrym środkiem w leczeniu różnych stanów nerwowych, jak n. p. bicia serca, napadów lęku, bezsenności, bolów i zawrotów głowy, objawów histerycznych i wielu innych; odznaczać się ma przytem tem, iż nie wywołuje zaburzeń żołądkowych. N.

Enesol zaleca Pregoat (D. med. Zeitschr. 1910) jako dobry środek przeciwkiłowy, działający korzystnie przez swą zawartość arsenu w przypadkach, w których leczenie rtęcią okazało się bezskuteczne. Fleckseder zaś (Wien. klin. Wochs. 1910, 36) w przypadkach nawrotów zimnicy, na które chinina już nie działa. Wstrzykiwania śródmiąższowe tego środka są niebolesne. N.

Hegonon (Silbernitratamoniakalbumose), zawierający 7% srebra, rozpuszczalny w wodzie w stosunku 1 : 10, nie zawierający wolnego amoniaku, zasługuje na zastosowanie w leczeniu wiewióra, tembardziej, iż nie ścina białka ani w zimnym, ani w gorącym rozczynie; używa się go w 0·25% rozczynie wodnym 4—6 razy dziennie jako wstrzykiwania lub w stosunku 1 : 6000—2000 do przepłukiwań. Wyniki dobre. (Klingmüller. Münch. med Wochs. 1910, 32).

Hektinu używa Hallopeau (Rev. d. Ther. 1910, Nr 16) w celu leczenia poronnego kiły. Przetwór ten w ilości 0,1 na 2 cm³ wody wstrzykuje H. miejscowo w prącie podskórnie pod wrzód pierwotny. Prócz tego leczy tych chorych zwykłym sposobem rtęcią i jodem. N.

Rtęć metaliczna, użyta jako lek przeciwkiłowy, nie jest według Richtera wcale niebezpieczna (Berl. kl. Wochs. 1910, 34); stosując ją u ludzi w ilości 0·5—1 cm³, nie zauważył on wcale objawów zatrucia rtęcią. N.

Salicylan rtęciowy w zawiesinie z parafiną, stojąc w naczyniu, zazwyczaj opada na dno w postaci gęstego osadu, tak, że chcąc go następnie użyć do wstrzykiwań, należy silnie wstrząsać, co niejednokrotnie nie czyni jeszcze zawiesiny jednolitej; dlatego Porges radzi, by do naczynia dodawać nieco zwiru szklannego, dzięki któremu, wstrząsając następnie, otrzyma się zawiesinę jednolitą. N.

Jodipinę w połączeniu z salolem (Jodipin 100, salol. 25·0) stosuje Daniel (La Clinique 1910, 34) w leczeniu bolów kończyn u chorych na kiłę; wstrzykuje 5 cm³ podskórnie i bole szybko znikają. O jodipinie wyrażają się Lane (Lancet, 1910) i Buos (Ther. Monatsheft. 1910, 12) bardzo pochlebnie i uważają środek ten, użyty podskórnie, za bardzo skuteczny w leczeniu kiły, nawet bardzo ciężkiej. Lek ten powoli wsysa się i wydziela, nie wywołuje zaburzeń żołądkowych, a bardzo rzadko tylko zatrucie (jodismus). N.

Magnesium carbonicum poleca Ohleyer (Aerztl. Rundschau, 1910) do suchych opatrunków, n. p. w oparzeniach III. stopnia, zgorzeli i t. p. Przez swe oddziaływanie zasadowe ma węglan magnowy zobojętniać kwasy tkanki zgorzelinowej i przeszkadzać maceracyi skóry przez ropę. N.

Brak gruczołów potnych jako wadę rodzinną u kilku osób znaleźli Wechselmann i Löwy. Osoby te przy wysokiej ciepłocie zewnętrznej, wskutek braku regulacyi ciepłoty ustroju, dostawały gorączki do 40⁰, tak, że podczas upałów zupełnie do pracy nie były zdolne. (Berl, klin. Wochs. 1911, Nr 30). A.

Róża podług Czyhlarza przebiegać może (zwłaszcza na twarzy) także bez gorączki; zwykle ma wtedy przebieg łagodny, ale tak samo może wtedy być zaraźliwą, jak róża zwykła. (Berl. klin. Wochs. Nr 37). A.

Na t. zw. gorączkę jodową zwraca uwagę Solmsen. Przeszedł on sam operacyę »na zimno« z powodu zapalenia wyrostka i po operacyi mimo zupełnie prawidłowego przebiegu gorączkował dłuższy czas do 38⁰, a przyczyną był jedynie tylko jod w katgucie, co i inni już podnosili. Chodzi tu naturalnie o wyjątkową wrażliwość na jod. (Med. Klinik Nr 37). A.

Wydzielanie jodu u zdrowego człowieka badali Haupt i Herzfeld i doszli do przekonania, że wydzielanie to podlega wielkim indywidualnym wahaniom, ale wogóle więcej ulega wydaleniu jod w połączeniach nieorganicznych, tak że związki jego organiczne nadają się z tego powodu znacznie lepiej do użytku. (Med. Klinik Nr 37). A.

Myrmalyd jest to połączenie urotropiny z mrówczanem sodowym. Zaleca je Esch, jako pewny środek odkażający drogi moczowe w dawce 3—6 tabletek (a 0,5) dziennie. (Tow. lek. Marburg. V.). A.

Jod w następującym przepisie: »Rp. Jod 9·5, kal. jodat. 1·5, phenoli 0·5, glycerini 1·5, aquae ad 100« radzi Bradt (Ther. d. Geg. 1910) stosować raz dziennie do pędzlowań gardła, oraz jamy nosowo-gardłowej przy krztuścu.

Leczenie to ma wywierać pomyślny wpływ na przebieg krztuśca, przerywając lub skracając napady. N.

Zatrucia aspiryną występują podług Morgana wyjątkowo, ale bardzo znamiennie, a mianowicie w postaci silnego obrzęku twarzy, niepokoju, pokrzywki, zaczerwienienia spojówek i t. p.; zwłaszcza obrzęk powiek, języka, warg i nosa jest cechującym. (Brit. med. Journ. S. 308). A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.
Wydział matematyczno-przyrodniczy.
Komisya historyi nauk przyrodniczych.

Posiedzenie dnia 15 VII 1911 r.

Historyi medycyny dotyczyły następujące komunikaty, przedstawione na tem posiedzeniu:

1) Prof. A. Wrzosek zakomunikował wiadomość o **muzeum** anatomiczno-patologicznem, założonem w Krakowie przez Prof. Ludwika Bierkowskiego († 1860). Rzecz ta jest fragmentem z obszerniejszej prelegenta monografii o Bierkowskim.

Wśród dyskusyi powstała myśl, podniesiona przez Prof. Natansona, ażeby dążyć do utworzenia muzeum historycznego, złożonego z istniejących jeszcze dotychczas, ale w rozproszeniu będących, dawnych zabytków naukowych Uniwersytetu Jagiellońskiego.

2) Dr J. Lachs przedstawił komunikat p. t.: **Krakowskie księgozbiory lekarskie z XVI stulecia.** Przy przeglądaniu inwentarzy w archiwum dawnych aktów miasta Krakowa, prelegent znalazł spisy książek niektórych lekarzy i księgarzy krakowskich. Prelegent uważa te spisy za pośrednią wskazówkę, co i jak u nas czytano i wykładano, w jakim kierunku pokolenia lekarskie kształcono, kiedy rozmaite dzieła lekarskie do Krakowa przybywały. Mówca dochodzi do wniosku, że przedmiotem lektury naszych lekarzy XVI w. były przeważnie dzieła z Zachodu sprowadzane i że skromnemu prawdopodobnie popytowi na dzieła polskie odpowiadała skromna podaż ze strony księgarzy.

III. Zjazd niemieckiego Towarzystwa urologicznego

w Wiedniu 1—13 września 1911

podał **Dr A. Klęsk.**

(Dokończenie).

9) Asch (Strassburg). **Wpływ nawykowego zaparcia stolca na narządy moczowe.** Zaparcie stolca wpływać może na narządy moczowe w pierwszym rzędzie mechanicznie, uciskając pęcherz, gruczoł krokowy i cewkę. Dalej bardzo często bywa ono przyczyną parcia na mocz, co jest wyrazem przekrwienia, wywołanego częstem zażywaniem środków przeczyszczających. Wreszcie spotykamy chorych z białkomoczem i wałeczkami, które to objawy są następstwem zakażenia dróg moczowych prątkiem okrężnicy, wobec przekrwienia błon śluzowych mogących się łatwo przedostać z jelit do dróg moczowych.

10) Casper (Berlin). **Uwagi w sprawie leczenia przerostu sterczu.** C. uznaje w leczeniu przerostu sterczu albo tylko jałowe cewnikowanie, albo wycięcie podług zasad Freyera. Śmiertelność przy operacyi wynosi jeszcze 18·5%. Unikać należy znieczulenia rdzeniowego, a stosować uśpienie eterowo-chloroformowe z zamroczeniem skopolaminowomorfinowem.

11) Hock (Praga). **Czy zdarzają się łagodne nowotwory sterczu?** Nowotwory sterczu zwykle są złośliwe, choć niekiedy (statystyka) spotyka się nowotwory łagodne.

12) Müller (Bazyleja). **Histologiczne studya nad zapaleniem nerek i miedniczek.** Z badań swych doszedł prelegent do przekonania, że zakażenie z miedniczek przenosi się na miąższ nerki nie kanalikami moczowymi, lecz drogą limfatyczną.

13) Götz (Praga). **O anafilaksyi gruczołów płciowych.** Biologiczny związek sterczu z gruczołami płciowymi jest wybitny. Sok wyciśnięty ze sterczu działa wyraźnie na gruczoły płciowe. Jądro, jajnik i stercz mają wspólną białkowatą substancyę, która ma zdolność sensybilizacyi.

14) Reiter (Berlin). **Znaczenie szczepionek w urologii.** Przedstawienie wyników leczenia szczepionkami gruźliczych, wiewiórowych i mieszanych cierpień dróg moczowopłciowych.

15) Casper (Berlin). **W sprawie złego zatrzymywania moczu u kobiet.** Po omówieniu części klinicznej przedstawia Casper swój nowy sposób leczenia złego zatrzymywania moczu u kobiet. Przyżega on zwieracz wewnętrzny, przez co z czasem powstająca blizna zaciska szczelnie pęcherz. Można próbować tego sposobu i przy mimowolnem moczeniu nocnem.

16) Kyrle (Wiedeń). **Wyniki leczenia ostrego wiewiórowego zapalenia najądrza elektrargolem.** W zmienione miejsce najądrza wstrzykuje się 1—2 cm^3 elektrargolu. Bóle, które towarzyszą chorobie, znikają potem szybko, tak, że po 2—4 dniach chory może wstać z łóżka.

17) Tandler (Wiedeń). **W sprawie anatomii przerostu sterczu.** Po omówieniu anatomii przerostu sterczu oświadcza się T. za drogą pęcherzową wyjęcia sterczu, jako mniej uszkadzającą sąsiednie narządy.

18) Necker (Wiedeń). **Kliniczne spostrzeżenia u chorych na cukrzycę, dotkniętych przerostem sterczu.** U prostatyków z czasem w miarę zastoju moczu zmniejsza się ilość cukru w moczu, a nawet znika cukier zupełnie; w miarę cewnikowania pęcherza cukier nieraz się pojawia ponownie.

19) Posner (Berlin). **Znaczenie lipoidów dla urologii.** Lipoidy produkuje stercz, a w wyjątkowych warunkach nerka. Rozpoznaje się je zapomocą mikroskopu polaryzacyjnego.

20) Thelen (Kolonia). **Jednostronne schorzenia nerek po urazach.** T. stwierdzał nieraz po urazach jednostronne ograniczone zapalenie nerki. Natomiast rozlegle zmiany, tak jedno- jak i obustronne (właściwa choroba Brighta) są po urazie bardzo rzadkie. Najczęściej występują po urazach krwotoki, zakażenia, ropnie, wodonercze i t. p.

21) Frank (Wiedeń). **Przyczynek do kroczowego wycięcia sterczu.** Wskazaniem do wycięcia sterczu powinny być przewlekłe, niezupełne zatrzymania moczu tylko wtedy, gdy sprawiają wielkie przypadłości. Usuwać się jednak wtedy powinno gruczoł w całości. Droga pęcherzowa więcej chroni od powikłań, ale jest niebezpieczniejszą dla chorego.

22) Cohn (Królewiec). **W sprawie klinicznego znaczenia tłuszczomoczu.** Rozróżniamy mocze lipuryczne i chyluryczne. Rozróżnić je można pod mikroskopem. Tłuszczomocze towarzyszą nowotworom nerek lub są wadami konstytucyalnemi.

23) Grosz i Paschkis. **Obrazy cystoskopowe u chorych na wiewiór przewlekły.** Według G. i P. w przypadkach tych najczęściej spotyka się zmiany przy wejściu do pęcherza.

(Oprócz tego przedstawiono na Zjeździe cały szereg przypadków kazuistycznych).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 8. XI. b. r. posiedzenie, na którem kol. Szymanowski przedstawił metodę Aspoliego wykrywania wąglika zapomocą precypitacyi, kol. M. Kozłowski przedstawił praktycznie wstrzyknięcie salwarsanu zapomocą przyrządu Assmy Mucha-Schramek, a kol. Prof. Cybulski miał wykład: »O prądach czynnościowych w mięśniach«. W dyskusyach przemawiali: Prof. Bujwid, Dr Boczar, Prof. Cybulski, Krzyształowicz i Wicherkiewicz.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 22. X. do 28. X. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 8 † — (w tem obcych 4 † —), krztuśca 8, ospy wietrznej 3, płonicy 20 † 1 (2 † —), odry 14 † 1, duru brzusznego 3 † — (1 † —), czerwonki 1, róży 3, wodowstrętu 5. Dr Janiszewski.

Warszawa. »Medycyna i Kronika lek.« (44), podając wiadomość o zapisie hr. Ożarowskiej na szpital dla dzieci w Radomiu, zwraca uwagę, że będzie to już czwarty szpital dziecięcy w Królestwie Polskiem (obok szpitali: Anny Maryi fundacyi Herbstów w Łodzi, fund. Szlenkierów w Warszawie i fund. Vetterów w Lublinie). Mimowoli nasuwa się porównanie z Galicyą, gdzie mamy tylko dwa szpitale: objęty przez kraj szpital św. Zofii we Lwowie i krakowski szpital św. Ludwika, przyczem krakowskiemu szpitalowi zagraża zwinięcie.

— »Gazeta lekarska« przywraca z początkiem r. 1912 wydawanym przez siebie »Odczytom klinicznym« dawną formę zeszytów miesięcznych z roczną przedpłatą.

— I. Zjazd higienistów polskich ma się odbyć w r. 1913.

Redakcya otrzymała: Nelken: Über schizophrene Wortzerlegungen. »Zentralbl. f. Psychoanalyse« 1911. — Benario: Über Neurorecidive nach Salvarsan und nach Quecksilberbehandlung. Monachium 1911. (I. F. Lehmann).

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften. Monachium, nakład J. F. Lehmanna. 1911. Zeszyt 11. Cena 2·50 Mk. (Cały rocznik 16 Mk.).

Listopadowy zeszyt tegoroczny zawiera rozprawy Prof. Bacha w sprawie współczulnego zapalenia oczu i w sprawie pochodzenia i leczenia zezu, oraz artykuły o postępach w zakresie rynologii (Prof. Eickena) i otyatryi (Prof. Kümmla).

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w październiku 1911. (Dokończenie).

Tygodnik lek. Nr 39—43. Bocheński: O krwiakach tkanki łącznej przymacicznej powstałych wskutek porodu. (30—40). — J. Hornowski: O kamicy żółciowej na podstawie nowszych badań i własnych spostrzeżeń. (39—41). — M. Franke: Znaczenie fizyologiczne części przedsionkowo-komorowego układu przenośnego serca. (40—41). — Hołodyński: Dwa przypadki ospicy krowiankowej narządu wzrokowego (42). — Falgowski: Kilka uwag krytycznych o przypadkach zaśniadu groniastego przy ciąży bliźniaczej. (41—42). — M. W. Herman: Pogląd na obecny stan chirurgii płuc. (43). — Lateinerówna: Ropień opłucnej, wywołany przez ziarenkowca nieżytowego i prątka grypy. (43).

Nowiny lekarskie Nr 10. M. W. Herman: Wykłady kliniczne z urologii ogólnej. — L. K. Gliński: Usposobienie anatomiczne a t. zw. dziedziczność w gruźlicy. — Fr. Krzyształowicz: O ropnych zapaleniach skóry. — M. Blassberg: Cukrzyca a uraz. — K. Rozenfeld: O chorobie posurowiczej.

Przegląd pedyatr. T. III. Z. 3. Goldszmit: Kropla mleka czy niedziela lekarza. — Tomaszewski: O wczesnem rozpoznawaniu i leczeniu gruźlicy stawu biodrowego. — Rozenblatówna: 1) Przyczynek kliniczny do typhobacillosis wieku dziecięcego. 2) Przyczynek kliniczny do symptomatologii choroby plamistej Werlhoffa.

Neurologia polska. Z 2. Babiński: O t. zw. zawrocie od

prądu galwanicznego w przypadkach cierpień błędnika. — Jaroszyński: O istocie stanów neurastenicznych. — Bornstein (dok.).

Kronika dentystyczna Nr 10. W. Zawidzki: Rys ortodontyi nowoczesnej podług systemu Anglea.

Przegląd higieniczny Nr 10. E. Piasecki: Postulaty wychowania fizycznego młodzieży polskiej. — B. Kaczorowski: Stan higieny i stan zdrowotny dzieci szkół miejskich we Lwowie.

Zdrowie Nr 10. Inż. Tuliszkowski: O zagrodzie wiejskiej pod względem higienicznym i przeciwpożarowym. — Al. Zaleski: O pomocy lekarskiej dla ludności wiejskiej. — F. Prusinowski: Wodostan m. Kalisza i powiatu kaliskiego.

Gazeta lek. Nr 41. Białokur: Usunięcie w czasie właściwym chorego wyrostka robaczkowego, jako czynnik w leczeniu gruźlicy płuc. — Janowski (c. d.). — Osmolski (dok.).

Medycyna i Kronika lek. Nr 41. Borsuk: Wodniak niewieści (41). — Grosglik (c. d.).

Głos lekarzy Nr 19—20. Mikołajski: Dyskusya otwarta (w sprawie rządowego projektu ustawy regulującej stosunki stanu lekarskiego). — Józef. Kadyj: W sprawie częściowego »numerus clausus« lekarzy. — Legeżyński: Wystawa hygieniczna w Dreznie 1911.

Nasze Zdroje Nr 21—22. Po II. Zjeździe przemysłowo-balneologicznym. — II. Zjazd przemysłowo-balneologiczny w Krynicy.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok L. Kraków, dnia 18. listopada 1911. Nr 46.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki medycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie.
Dyrektor Prof. Dr W. Jaworski.

Szybki sposób oznaczania ciśnienia osmotycznego i ilości białka w moczu.

Podali

Dr A. Edelman i Dr J. Kostrzewski.

Metoda nasza oparta jest na hemolizie. Znaną jest rzeczą, że krwinki czerwone utrzymują się tylko w płynach izotonicznych. W płynach anizotonicznych ulegają zmianom; i tak w płynach hypotonicznych ulegają one rozpuszczeniu — hemolizie.

Odróżnić zawiesinę krwinek od krwinek rozpuszczonych jest łatwo i dlatego hemoliza jest znakomitym i czułym wskaźnikiem stosunków osmotycznych otoczenia, w którem się znajdują. Ten szczegół wyzyskaliśmy dla naszej metody.

Mocz stanowi płyn o pewnem ciśnieniu osmotycznem, pochodzącem od składników organicznych i nieorganicznych. Ciśnienie osmotyczne moczu ludzi zdrowych, oznaczane kryoskopem, waha się w granicach od 0·08° C. do 3·5° C. (Koranyi).

Wyrazem ilości stałych składników moczu jest jego ciężar właściwy. Według Sahliego między ciężarem właściwym, a ciśnieniem osmotycznem zachodzi stały stosunek tak, że znając ciężar właściwy danego moczu, zdajemy sobie mniej więcej sprawę z ciśnienia osmotycznego, jakie ten mocz przedstawia. (Bugarsky starał się nawet ten stosunek między ciężarem właściwym a ciśnieniem osmotycznem ująć w formułkę matematyczną $\frac{\Delta}{s-1} = 75$, gdzie s jest ciężarem gatunkowym, z której łatwo obliczyć Δ = ciśnienie osmotyczne). Ale twierdzenie swe wypowiada Sahli z zastrzeżeniem, albowiem w moczach, zawierających białko, równoległość ta ulega zmianie, — niema tego stosunku między ciężarem właściwym, a ciśnieniem osmotycznem.

W moczu prawidłowym krwinki różnie się zachowują, zależnie od jego ciężaru właściwego, albowiem, jak wyżej powiedziano, między ciężarem właściwym a ciśnieniem osmotycznem zachodzi mniej więcej stały stosunek. Zupełnie zniesiony jest ten stosunek w moczach zawierających białko, które na ciśnienie osmotyczne prawie nie wpływa (10‰ białka obniża punkt marznięcia o 0·007° C.), ciężar zaś właściwy podnosi. Ciężar właściwy moczów prawidłowych waha się w granicach 1·002—1·035, najczęściej jednak wynosi 1·015—1·023.

Mocz prawidłowy o ciężarze gatunkowym 1·015—1·023 jest wobec krwinek czerwonych hypertonicznym. Rozcieńczając go wodą przekroploną, możemy uzyskać takie rozcieńczenie, w którem krwinki ulegają całkowitej hemolizie w ciągu jednej minuty. Tego stopnia rozcieńczeniem operujemy przy oznaczaniu ciśnienia osmotycznego i ilości białka w moczu.

Mocz prawidłowy, sprowadzony do wyżej określonej hypotonii, przedstawia ciężar gatunkowy 1·003,2 a jego Δ, jak przekonaliśmy się zapomocą kryoskopu, równa się — 0·45° C. Nic tedy łatwiejszego, jak pomnożyć — 0·45 przez ilość dokonanych rozcieńczeń, ażeby otrzymać ciśnienie osmotyczne moczu nierozcieńczonego. Np. mocz, który trzeba rozcieńczyć czterokrotnie, ażeby hemolizował całkowicie w ciągu jednej minuty ma ciśnienie osmotyczne $\Delta = 0{\cdot}45 \times 4 = 1{\cdot}80^0$ C. Odnosi się to nietylko do moczów prawidłowych, lecz i do moczów zawierających białko, bo, jak wyżej zaznaczono, białko na ciśnienie osmotyczne nie wpływa.

Inaczej z ciężarem właściwym, albowiem jeżeli owo rozcieńczenie, hemolizujące krwinki, przedstawia w moczach prawidłowych ciężar właściwy 1,003,2, to w moczach zawierających białko zależnie od jego ilości jest on wyższym.

Z różnicy ciężaru właściwego moczu prawidłowego, sprowadzonego do określonej wyżej hypotonii i ciężaru właściwego takiegoż rozcieńczenia moczu zawierającego białko, odczytujemy ilość białka, mnożąc ową różnicę przez znaną empiryczną 2·33 lub też, dokładniej, oznaczając na wadze analitycznej różnicę między hemolizującemi rozcieńczeniami obu moczów. Zawsze bowiem w rozcieńczeniach hemolizujących różnica w ciężarze właściwym między moczem prawidłowym a zawierającym białko, sprowadzonymi do równego ciśnienia osmotycznego, przypada na białko, które nie zwiększając ciśnienia osmotycznego, podnosi ciężar właściwy danego moczu.

Ażeby z ciężaru właściwego, oznaczonego urometrem, odczytać ilość stałych składników danego moczu, należy ostatnie cyfry ciężaru gatunkowego pomnożyć przez empiryczną 2·33. Taksamo, ażeby otrzymać ilość białka, należy pomnożyć różnicę otrzymaną przez 2·33.

Jako illustracya niech posłuży przykład. Mocz prawidłowy o c. g. 1·015 rozcieńczyć musimy 4·7 razy, ażeby dawał całkowitą hemolizę w ciągu jednej minuty; 15 (ostatnia cyfra ciężaru gatunkowego) : 4·7 (ilość rozcieńczeń dokonanych) = 3·2 czyli ciężar gatunkowy rozcieńczenia hemolizującego równa się 1,003,2. Mocz zaś zawierający 5·1027‰ białka o ciężarze gatunkowym 1·015 trzeba rozcieńczyć tylko 2·7 razy, ażeby otrzymać całkowitą hemolizę, a ponieważ 15 : 2·8 = 5·39, więc różnica w ciężarach gatunkowych powyższych rozcieńczeń moczów 5·39 — 3·2 = 2·19. Tę różnicę należy pomnożyć przez empiryczną 2·33, ażeby otrzymać ilość białka w moczu drugim: 2·19 × 2·33 = 5·1027 w litrze czyli 5·1027‰ białka.

Jeżeli chcemy uniknąć operowania cyfrą empiryczną, jako daną niezupełnie ścisłą, możemy oznaczyć bezpośrednio różnicę na czułej wadze. W tym celu znowu sprowadzamy do znanej hypotonii mocz białkowy i mocz normalny i ważymy równe ilości, np. 10 cm³ jednego i drugiego moczu na wadze analitycznej. Okazuje się, że mocz białkowy przedstawia ciężar wyższy, niż bezbiałkowy, a różnica przypada właśnie na białko.

Np. 10 cm³ moczu A zawierającego białko, sprowadzonego do określonej hypotonii waży 9·883 gr. (ciepłota pokojowa). 10 zaś cm³ moczu prawidłowego, również drogą hemolizy sprowadzonego do powyższej hypotonii waży 9·837 gr. Różnica A—B = 0·046 czyli 10 cm³ moczu A zawiera 0·046 gr. białka, 1000 cm³ tego moczu 4·6 czyli 4·6‰ białka.

Nie wdając się na tem miejscu w tłómaczenie mechanizmu hemolizy, musimy zaznaczyć, że w moczu stale otrzymywaliśmy hemolizę całkowitą przy rozcieńczeniu, którego ciśnienie osmotyczne, oznaczane przyrządem Beckmanna, wynosiło — 0·45° C., że więc istnieje równoległość między ciśnieniem osmotycznem moczu, a jego hemolizującem rozcieńczeniem.

Wbrew temu, czego się spodziewał Hamburger (Osmotischer Druck und Jonenlehre), że hemolizą da się zastąpić oznaczanie przewodnictwa elektrycznego płynów, nasze badania dotychczasowe w tym kierunku nie wykazały równoległości między przewodnictwem elektrycznem a hemolizą. Ale o tych badaniach szczegółowiej na innem miejscu.

Technikę staraliśmy się tak uprościć, ażeby badanie stało się dostępnem każdemu lekarzowi nawet w jego prywatnej pracowni.

Do wykonania badania potrzebne są probówki objętości 3 cm³, pipeta dobrze kalibrowana, krwinki wołu, o które nietrudno w każdej rzeźni i urometr. Krwinki przemywamy po zebraniu surowicy, centryfugując je dwukrotnie z 0·85% Na Cl Z tak przemytych krwinek robimy 5% zawiesinę w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej, która przechowywana w lodowni, utrzymuje się mniej więcej tydzień.

W podstawie dwurzędowej ustawia się dwa szeregi probówek. Do nich daje się wodę przekroploną w ilościach w obu szeregach począwszy od 0·1 cm³ do 2·0 cm³. Następnie w szeregu górnym dodaje się moczu prawidłowego w każdej probówce do objętości 2·0 cm³; taksamo postępujemy z moczem badanym, a więc zawierającym białko, w szeregu dolnym dopełniając probówki do objętości 2·0 cm³. Do tej mieszaniny moczu i wody destylowanej dodaje się 0·3 cm³ 5% owej zawiesiny krwinek czerwonych, wstrząsa się i z zegarkiem w ręku śledzi się zachowanie się krwinek. To rozcieńczenie, w którem następuje całkowita hemoliza w ciągu jednej minuty, zapisuje się w górnym i dolnym szeregu.

Górny szereg.

Woda dest. 0, 0·1, 0·2, 0·3, 0·4, 0·5, 0·6, 0·7, 0·8, 0·9, 1·0, 1·1, 1·2, 1·3, 1·4, 1·5, 1·6, 1·7, 1·8, 1·9, 2·0.

Mocz 2·0, 1·9, 1·8, 1·7, 1·6, 1·5, 1·4, 1·3, 1·2, 1·1, 1·0, 0·9, 0·8, 0·7, 0·6, 0·5, 0·4, 0·3, 0·2, 0·1, 0.

Krwinki 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5.

Dolny szereg.

Woda dest. 0, 0·1, 0·2, 0·3, 0·4, 0·5, 0·6, 0·7, 0·8, 0·9, 1·0, 1·1, 1·2, 1·3, 1·4, 1·5, 1·6. 1·7, 1·8, 1·9, 2·0.

Mocz 2·0, 1·9, 1·8, 1·7, 1·6, 1·5, 1·4, 1·3, 1·2, 1·1, 1·0, 0·9, 0·8, 0·7, 0·6, 0·5, 0·4, 0·3, 0·2, 0·1, 0.

Krwinki 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5.

Obliczamy rozcieńczenie, dzieląc 2·0 (objętość, którą operujemy) przez ilość moczu, którąśmy dali do danej probówki. Jeżeli np. hemolizuje rozcieńczenie 1·5 H_2O + 0·5 moczu, to 2·0 : 0·5 = 4 — czterokrotne rozcieńczenie. Ażeby otrzymać ciężar gatunkowy rozcieńczenia hemolizującego, dzielimy ostatnie cyfry ciężaru właściwego tego moczu przez ilość dokonanych rozcieńczeń w celu otrzymania całkowitej hemolizy.

Dla ścisłości oznaczamy w każdem doświadczeniu rozcieńczenie hemolizujące moczu prawidłowego i z niem porównujemy rozcieńczenie moczu badanego.

Metoda nasza, stosowana w celu oznaczania ciśnienia osmotycznego, jest mniej ścisłą, aniżeli kryoskopia — jest niewątpliwie metodą tylko przybliżoną, ale ma tę zaletę, że do wykonania badania nie potrzeba skomplikowanego bądźcobądź przyrządu, jakiego wymaga kryoskopia, że wykonać badanie może każdy lekarz nawet w prywatnej pracowni, że badanie trwa zaledwie kilka minut, że nie jest kosztowne (elektryczność, przyrząd Beckmanna, lód), przedewszystkiem jednak dlatego, że jednocześnie oznaczamy ilość białka.

To drugie zadanie spełnia nasza metoda dokładniej, aniżeli stosowane w klinice metody Essbacha i Stolnikowa tak, że nadaje się do ścisłych badań klinicznych.

W końcu nadmienić należy, że nierzadko w przebiegu schorzeń nerkowych spotyka się mocze, które już nierozcieńczone wywołują natychmiastową hemolizę, jakkolwiek ich ciężar właściwy jest wcale wysoki — objaw dla rokowania niepomyślny.

Niezwykłe powikłania w następstwie pęknięcia ciąży jajowodowej z zejściem pomyślnem.

Podał

Dr Jan Gawlik (Zakopane).

Bronisława O., l. 40, żona właściciela gospody z P., wieloródka (4 porody, z tych jeden bliźniaczy), cięższych chorób nie przebywała, od kilku lat cierpi na białe upławy. Ostatnia miesiączka z końcem sierpnia 1910 r.

Zachorowała nagle po dwumiesięcznem zatrzymaniu miesiączkowania w d. 1 listopada 1910 wśród bólu w pra-

wej połowie brzucha, wymiotów, bębnicy i gorączki. Zawezwany lekarz zalecił spokój, dyetę, okłady zimne i makowiec w czopkach, poczem przypadłości nieco się uspokoiły, a ciepłota opadła 5. listopada wystąpił ponowny napad bólów z dreszczami, gorączką i znacznem osłabieniem. Lekarz ordynujący polecił wezwać mnie na naradę, która jednak doszła do skutku dopiero w dwa dni później, ponieważ chora po uspokojeniu się bólów czuła się na drugi dzień lepiej, a do wezwania mnie skłoniła ją dopiero gorączka, która pojawiła się znowu po dreszczu w d. 7 listopada wieczorem.

Badanie przeprowadzone wspólnie z ordynującym kolegą w d. 8 listopada wykazało: Bladość skóry i błon śluzowych z wybitnem żółtaczkowem zabarwieniem. Ciepłota 38⁰, tętno 100, dobrze napięte. Brzuch poniżej pępka wzdęty, znaczniej po stronie prawej. Tamże skurczowe napięcie powłok i znaczna bolesność przy dotykaniu w punkcie Mac Burneya. Odgłos opukowy w prawym dole biodrowym przytłumiony, nad resztą brzucha bębenkowy. Chora uskarża się na lekkie nudności. Badanie wewnętrzne wykazuje macicę powiększoną jak w 3-cim miesiącu ciąży, trzon ku tyłowi zgięty, pulchny. W sklepieniach nigdzie nieprawidłowego wypuklenia stwierdzić nie można. Przez sklepienie prawe czuć wysoko oporność rozlaną, która kontrolowana drugą ręką od strony powłok dołu biodrowego prawego przedstawia się jako guz nieruchomy płasko-owalny, którego górna powierzchnia wyraźniej od strony jamy brzusznej wyróżnić się daje, dolna zaś jego część przechodzi w rozlany miększy opór, wybadalny od strony sklepienia prawego. Odchody pochwowe zabarwione blado-różowo. Chora podaje, że w czasie bólów pokazywały się dołem plamy krwawe wyraźne.

Rozpoznanie nasze wahało się między »haematocele lateralis (putrescens?) e graviditate tubaria dextra rupta« a »appendicitis purulenta in gravida III mens.«.

Licząc się tak z jedną, jak i drugą możliwością, zaznaczyliśmy potrzebę ciągłej obserwacyi lekarskiej u chorej z tej przyczyny, że może wystąpić nagłe wskazanie do operacyi. Rodzina jednak nie zgodziła się na przewiezienie chorej do szpitala w Zakopanem, nie miałem też sposobności widzenia chorej aż do dnia 19 listopada. W tym dniu zgłosił się do mnie mąż chorej, podając, że żona ma się z każdym dniem gorzej, że ma co wieczora dreszcze, gorączkę i poty, że kilkakrotnie omdlewała, że ma od kilku dni zatrzymanie stolca i wiatrów, a wzdęcie brzucha rośnie, że wreszcie po wyczerpaniu różnych środków domowych nie widzi innej rady, jak przewiezienie chorej do szpitala.

Udałem się natychmiast do chorej i stwierdziłem stan następujący: Skóra i błony śluzowe woskowo-blade, tętno 130, fala drobna, miękka. Ciepłota 38·2, język suchy, spękany. Przytomność zamroczona, apatya. Brzuch ogromnych rozmiarów, klepsydrowato wzdęty z przewężeniem przez pępek. Nad pępkiem wyraźne stawianie się z przelewaniem w rozdętej okrężnicy. Niżej pępka wzdęcie jednostajne beczkowate, powłoki silnie napięte o licznych, świeżych rozstępach skórnych. Odgłos opukowy w górze brzucha bębenkowy, od pępka w dół przytłumiony, w okolicach przylędźwiowych tępy. Po stronie prawej na wysokości pępka wyczuć można w głębi przez rozdęte pętle jelit twardy guz, zajmujący całe podbrzusze. Górna granica guza obniża się stopniowo ku lewej pachwinie.

Badanie wewnętrzne: Część pochwowa macicy skrócona, przesunięta ku stronie lewej, przez sklepienie czuć wszędzie jednostajny twardy opór, sięgający aż do ścian miednicy.

Rozpoznanie ogromnego krwisteku w jamie brzusznej, prawdopodobnie sposoczałego, powstałego po kilkakrotnych krwotokach z powodu pęknięcia ciąży jajowodowej z niedrożnością mechaniczną przewodu pokarmowego z powodu ucisku nie ulegało żadnej wątpliwości.

Poleciłem przenieść natychmiast chorą do szpitala w Zakopanem, co jednak z niezależnych odemnie przyczyn nastąpiło dopiero na trzeci dzień, t. j. w d. 21 listopada rano. Stan chorej, jak wyżej, wzdęcie brzucha w górnej części nieco mniejsze. Trochę wiatrów odeszło po lawatywie. Natychmiast przystąpiłem do operacyi. Uśpienie chloroformowe. Otwarłem brzuch cięciem bocznem skośnem, prawem, 2 palce nad kolcem biodrowym aż do spojenia łonowego, równolegle do więzadła Pouparta. Powięź mięśnia skośnego zewnętrznego rozciąłem równolegle do przebiegu włókien. Mięsień skośny wewnętrzny, poprzeczny i powięź poprzeczną wraz z otrzewną, zlepione w jednolitą zielonawo nacielkłą warstwę, rozciąłem w tym samym kierunku aż do brzegu mięśnia prostego. Z otwartej jamy brzusznej wydobyła się masa krwi ciemnej płynnej, zmieszanej z ropiastą cuchnącą wydzieliną. W głębi widać zbite masy starych skrzepów. Oryentacya utrudniona z powodu wązkiego dostępu. Odciągnięto hakiem mięsień prosty aż poza linię środkową ciała i po podwiązaniu naczyń nabrzusznych (vasa epigastrica) rozcięto otrzewnę aż do linii środkowej. Dostęp teraz szeroki. W rozciągniętą kleszczykami ranę otrzewnej wpukla się górny biegun wielkiego guza, złożonego ze starych skrzepów. Oddzielono go ostrożnie ręką od zlepionych z nim pętli jelit, przyczem okazało się, że jelita są wszędzie odgraniczone od guza cienką łącznotkankową powłoką. Guz wielkości głowy noworodka wydobyto w całości przed powłoki i stwierdzono, że zwężające się w głąb szypuła guza opleciona jest wkoło jajowodu prawego, rozszerzonego retortowato, okazującego blizko ujścia brzusznego pęknięcie w bardzo znacznie ścieńczałej ścianie. Z otworu tego wyrasta niejako szypuła guza, a rozmiękłe skrzepy wypełniają rozszerzone światło jajowodu.

Po uwolnieniu jajowodu od zlepów, podwiązaniu macicznego końca jajowodu i założeniu w kilku partyach podwiązek na więzadło szerokie i więzadło lejkowo-miednicze, jajowód wraz z guzem jako całość odjęto. Ręką wygarnąłem następnie dużą ilość starych i świeższych skrzepów, luźno leżących lub przylepionych do ścian jamy krwiaka, która zajmowała całe podbrzusze, zwężając się ku stronie lewej, gdzie dochodziła aż pod ścianę powłok poniżej kolca biodrowego lewego. Trzewia brzuszne, stanowiące ścianę krwiaka, pokryte wszędzie cieniuchną osłoną świeżo wytworzonej tkanki łącznej. Ze ścian krwiaka po wydaleniu z niego skrzepłej i płynnej krwi powstał dość obfity miąższowy krwotok. Całą jamę wytamponowałem szczelnie kilku wielkiemi chustami gazy, a gdy po chwili krwawienie pod uciskiem ustało, zmieniłem tampony na świeże, luźniej założone, wyprowadzając ich końce na zewnątrz i założyłem gruby, lekko uciskający opatrunek, pozostawiając ranę powłok w całości nie zaszytą.

Po operacyi objawy ze strony jamy brzusznej zaczęły się zwolna poprawiać. Wzdęcie ustąpiło, wypróżnienie dobrowolne, wymiotów i wogóle objawów podrażnienia otrzewnej niema. Ciepłota utrzymuje się jednak podwyższona 37·5—39·2⁰, tętno stale 120.

Na trzeci dzień kłucie w klatce piersiowej, plwocina rdzawa. Stwierdzono obustronne ogniskowe zapalenie w dolnych płatach płuc. Zastosowano częstą zmianę położenia i środki sercowe, poczem w następnych tygodniach nastąpiło zwolna rozdzielenie się nacieków wśród dobrego odkrztuszania. Odgłos opukowy wyjawniał z wyjątkiem okolicy pod łopatką prawą, gdzie zaczęły występować objawy wysięku opłucnego. Próbne nakłucie w d. 13 grudnia wykazało wysięk surowiczo-krwawy. Trójgrańcem wypuszczono bezpośrednio potem 500 cm sześć. W tym czasie ciepłota, która w przebiegu zapalenia płuc miała przebieg nieregularny, zaczęła przybierać typ wybitnie ropny, a żółtaczkowe zabarwienie skóry stało się znowu wybitniejszem. Wypuszczenie wysięku nie wpłynęło na obniżenie ciepłoty. Chora zaczęła się uskarżać na uczucie pełności i kłujący ból w prawem podżebrzu, a badanie wykazało znaczniejsze wypuklenie całego prawego łuku i obniżenie dolnej granicy wątroby aż do pępka. Poniżej łuku żebrowego prawego stwierdzono znaczniejsze kurczowe napięcie mięśni.

Badanie klatki piersiowej w kilka dni po wypuszczeniu wysięku, wykazuje znacznie zmienione stosunki. Z tyłu po prawej od szczytu aż do połowy łopatki odgłos opukowy jawny, szmery pęcherzykowe, w okolicy kąta łopatki na przestrzeni dłoni odgłos wysoki bębenkowy z podźwiękiem, szmery głośne metaliczne, poniżej aż do dołu odgłos tępy, szmerów brak. Pas stłumienia obniża się ku przodowi aż do prawidłowej granicy z przodu w linii sutkowej.

Wynik badania klatki piersiowej (trójwarstwowy dźwięk opukowy z tyłu), obniżenie granicy wątroby z towarzyszącą żółtaczką, przy ogólnych objawach ukrytego ropienia skłoniły mnie do rozpoznania ropnia podprzeponowego. Surowiczokrwawy wysięk w opłucnej tłomaczyłem sobie jako zakażenie opłucnej drogą przez przeponę od ukrytego pod nią ropnia.

Nakłucia próbne, wykonane z tyłu klatki piersiowej i w pasze, jak również w okolicy lędźwiowej prawej, pozostały jednak bez dodatniego wyniku; z opłucnej wydobywałem tylko płyn krwawo-surowiczy, wkłuciami głębszemi przez przeponę nie udało mi się nigdzie natrafić na ropień. Mimo to wobec innych objawów wskazujących, że ropień w tej okolicy znajdować się musi, zamierzałem poszukiwać go drogą transpleuralną.

Zanim jednak to nastąpić miało, przystąpiłem raz jeszcze w dniu 22 grudnia do dokładnego zbadania rany brzusznej, dotychczas jeszcze dość szeroko otwartej i w kilku kierunkach wydrenowanej, gojącej się zresztą prawidłowo wśród miernego już ropienia. W górnym kącie rany na zewnątrz od widocznej w niej ściany wstępującego ramienia okrężnicy, zauważyłem szarawe zabarwienie ziarniny, pokryte ropiastą wydzieliną. Po rozklejeniu w tem miejscu zlepu jelita ze ścianą brzuszną, sondując ku górze, natrafiłem na kanalik, w który wsunięty zwykły chirurgiczny zgłębnik wszedł cały, nie napotykając oporu. W kanalik wprowadziłem następnie 30 cm. długi, giętki zgłębnik maciczny, zagiąwszy jego koniec ku przodowi i sondując ostrożnie wprowadziłem go aż po trzonek ku tyłowi, a potem ku górze. W tej wysokości, odpowiadającej według pomiaru zgłębnika górnej ścianie wątroby powyżej tylnego tępego brzegu, natrafiłem na jamę, w której koniec zgłębnika swobodnie dał się obracać. W tej chwili po zgłębniku zaczęła spływać gęsta cuchnąca ropa. Po zgłębniku wsunąłem w kanał długie kleszczyki maciczne (Kornzange), a po rozszerzeniu go tym sposobem udało mi się wprowadzić gruby 25 cm. długi sączek, przez który następnie w ułożeniu półsiedzącem chorej odpłynęło przeszło $^1/_2$ litra gęstej zielonej cuchnącej ropy.

Po wydrenowaniu ropnia ustąpiły bóle w okolicy wątroby, ciepłota obniżyła się, ale nie opadła do poziomu prawidłowego, mimo że odpływ wydzieliny przez sączek odbywał się bez zarzutu. Tętno drobne 120, stan ogólny sił bardzo lichy. D. 29 grudnia silny dreszcz, ciepłota 40·8°, duszność, sinica. Badanie klatki piersiowej wykazuje, że stłumienie z tyłu po prawej wzrosło do grzebienia łopatki, szmery oddechowe na całej powierzchni zniesione. Nakłucie próbne z tyłu pod kątem łopatki wykazuje w opłucnej cuchnącą posokę.

D. 30 grudnia w znieczuleniu miejscowem Schleicha wykonałem resekcyę 9. żebra z tyłu pod łopatką i wydrenowałem jamę opłucną. Od tego czasu wreszcie powolny spadek ciepłoty i początek powrotu do zdrowia. D. 1 marca 1911 chora opuściła szpital z raną brzuszną zupełnie wygojoną, ze znakomitą poprawą stanu ogólnego. Sączek z przetoki opłucnej usunąłem ostatecznie dopiero w sierpniu 1911. Obecnie operowana, zupełnie wygojona, cieszy się dobrem zdrowiem i powróciła do swych zwykłych zajęć.

Znamiennem dla opisanego przypadku jest powolne tworzenie się krwiaka, (prawdopodobnie kilkakrotnie powtarzające się krwotoki skutkiem przeżarcia ściany jajowodu), wczesne zakażenie krwiaka i ukryte, powolnie pełzające ku górze w tkance łącznej zaotrzewnej wzdłuż okrężnicy wstępującej ropienie, które doprowadziło do ropnia podprzeponowego i do posokowatego zapalenia opłucnej prawej. W tych warunkach, wobec przewagi objawów ropnicy, obraz chorobowy przedstawiał początkowo pewne trudności rozpoznawcze między pęknięciem jajowodu, a zapaleniem wyrostka robaczkowego w przebiegu ciąży śródmacicznej.

Krwiak z początku niewielki, ułożony bocznie, w połączeniu z ogólnymi objawami ropienia, był łudząco podobny do »plastronu« okołokątniczego. Wyraźnie wybadalny, powiększony trzon macicy sprawiał wrażenie trzymiesięcznej ciąży śródmacicznej. Zupełny brak nagromadzenia krwi w jamie Douglasa, tak typowego w zwykłych przypadkach pęknięcia ciężarnego jajowodu, utrudnił również oryentacyę. Dopiero wzrastajace objawy niedokrwistości rozświetliły jasno sprawę.

Ropienie, pełzające ku górze z dołu biodrowego prawego w tkance łącznej zaotrzewnej, uszło początkowo zupełnie uwadze. Ropień pod przeponą istniał już prawdopodobnie w czasie pierwszej operacyi, za czem przemawiałyby objawy zapalne w sąsiedztwie, jak zapalenie płuc i opłucnej prawej, które wystąpiły prawie bezpośrednio po operacyi. Pewnych jednak objawów klinicznych ropienia w tej okolicy przed operacyą nie było, a następowe te ogniska chorobowe musiały być dość ściśle odgraniczone od pierwotnego miejsca sposoczenia, skoro dokładne wysączkowanie jego w jamie brzusznej, którą po operacyi pozostawiono zupełnie otwartą, nie przeszkodziło dalszemu postępowi sprawy chorobowej.

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.
Dyrektor: Prof. Dr W. L. Jaworski.

Zapiski lecznicze

podał

Dr Z. Wachtel,
asystent kliniki.

(Dokończenie).

3. Pantopon.

Jestto przetwór, zawierający wszystkie alkaloidy makowca (stąd nazwa), wyciągnięte kwasem siarkowym; do leczenia wprowadził go znany klinicysta Sahli z Berna, wychodząc z tego stanowiska, iż wszystkie alkaloidy, zawarte w makowcu, mogą dla pewnych celów stanowić bardzo korzystną kombinacyę, przedewszystkiem jako środek kojący i nasenny, podobnie jak się rzecz ma z alkaloidami naparstnicy. Makowiec zawiera, jak wiadomo, alkaloidy przeważnie jako trudno rozpuszczalne sole mekonowe (mekonsaure Salze), w pantoponie zaś znajdują się one w postaci soli łatwo rozpuszczalnych i szybko wessalnych, przytem niema w tym przetworze innych substancyi, jak tłuszczów, żywic itp., które w makowcu stanowią około 75% nieużytecznego balastu.

Pantopon stanowi proszek żółto-brunatny, bardzo łatwo w wodzie rozpuszczalny, przyczem rozczyn oddziaływa słabo kwaśno; stąd też daje się pantopon łatwo stosować do wstrzykiwań podskórnych i to właściwie stanowi jego główną zaletę, gdyż, jak wiadomo, żaden z przetworów ma-

kowca (tra opii, extr. opii itp.) nie daje się użyć do wstrzykiwań podskórnych.

Sahli stosuje z powodzeniem oraz zaleca pantopon zamiast morfiny i makowca w tych chorobach, w których lekarz zwykł uciekać się do tych przetworów; ta okoliczność zaś, że pantopon, jako przetwór makowcowy, daje się stosować pod postacią wstrzykiwań oraz działać ma we wszystkich przypadkach, w których morfina wskutek swego trującego ubocznego działania nie może być podana, lub nie wywiera odpowiedniego skutku, sprawia, iż pantoponowi oddano pierwszeństwo przed makowcem i morfiną.

Wskazania do podania pantoponu są dość rozległe: a więc podaje się go w celu leczenia objawowego w biegunkach bez względu na przyczynę; dalej jako środek uśmierzający bóle w sprawach chorobowych, jak np. kolce żółciowej, nerkowej, w zapaleniu otrzewnej, wyrostka robaczkowego, przy nowotworach w jamie brzusznej i miednicy małej, dalej po operacyach itp., jak i w celu złagodzenia objawów ze strony dróg oddechowych, a więc kaszlu, prócz tego i w krwotoku płucnym w celu obniżenia parcia krwi, wreszcie jako środek nasenny w chorobach nerwowych i umysłowych.

Wspomnieć jeszcze należy, iż w ostatnich czasach znajduje pantopon zastosowanie w położnictwie i chirurgii do usypiania w kombinacyi ze skopolaminą lub jako środek pomocniczy, podawany przed usypianiem chloroformem lub eterem.

0,01 gr. pantoponu odpowiada, biorąc na uwagę wynik leczniczy, — 0.05 czystego makowca, 0,50 nastoju makowca oraz 0,025 wyciągu.

Dawki pantoponu wynoszą: 1—2 ctgr jednorazowo, 3—6 ctgr. na dzień; można go podawać wewnętrznie przez jamę ustną pod postacią proszków w dawkach powyższych, tabletek à 0,01, w postaci kropel (10—25 kropel rozczynu) lub w postaci rozczynu (0,06—0,1 na 200 wody przekropl.) co 2 godziny łyżkę; do wstrzykiwań podskórnych używa się 2% rozczynu ewentualnie z dodatkiem 25% gliceryny dla jałowego przechowania; jednorazowa dawka dla wstrzykiwań wynosi 0.02 gr.; wreszcie stosować można pantopon w postaci czopków od 0,01 do 0,03 gr na dawkę jednorazową.

W klinice medycznej krakowskiej stosuje się lek ten już od dwu lat we wszystkich tych przypadkach, w których istnieje wskazanie do podawania przetworów makowca lub morfiny, przedewszystkiem zaś dla usunięcia bólów bez względu na ich przyczynę, w biegunkach, wreszcie zamiast kodeiny lub dioniny w nieżytowych stanach dróg oddechowych.

Stosowano go podskórnie, w postaci czopków, oraz pastylek lub rozczynu 2% wewnętrznie.

Wobec tego, że lek ten stosowano w klinice przez dwa ostatnie lata w bardzo wielu przypadkach, trudno podawać statystykę obszernego materyału klinicznego; w zapisku dzisiejszym umieszczam ogółem spostrzeżenia oraz uwagi, tyczące się działania oraz wartości leczniczej pantoponu.

Pantopon, który najczęściej stosowano w postaci wstrzykiwań podskórnych, nie sprawia żadnych dolegliwości, ani nie pozostawia żadnych śladów (nacieki) w miejscu wstrzyknięcia, a okazuje się bardzo skuteczny jako lek nasenny i kojący ból. Ubocznego działania w następstwie wstrzyknięcia, jak np. wymioty, zaparcie stolca lub stany podniecenia, które nieraz zauważa się po zastosowaniu morfiny, nie spostrzegano. Raz tylko po wstrzyknięciu u chorej z duszznicą oskrzelową (asthma bronchiale) 0.02 gr. leku, wystąpiły wymioty, trwające przez kilka godzin. Wspomnieć jednak trzeba, iż chorzy przyzwyczajają się do tego leku, podobnie jak do morfiny, tak, że często zachodziła potrzeba podwyższenia dawki w celu osiągnięcia żądanego skutku, który z początku pojawiał się po pierwszem wstrzyknięciu. Przyzwyczajenie to spostrzegano w szeregu przypadków bardzo wybitnie, zwłaszcza w tych przypadkach, w których stosowano pantopon przez czas dłuższy. Objawów zatrucia nie spostrzegano nawet przy dawkach wyższych, jak 0,03—0,04 ctgr.

Pantopon, podany wewnętrznie, czy w postaci 2% rozczynu czy pastylek po 0,01 w celu uśmierzenia kaszlu w chorobach dróg oddechowych, nie przewyższa wcale działania morfiny lub kodeiny w tych samych dawkach, przeciwnie nawet o tyle jest nieprzyjemny, iż nieraz wywołuje niepożądane i przykre zaparcie stolca. Sahli nie spostrzegał tego działania, wobec czego nawet dziwi się, iż tensam środek, który z dobrym skutkiem działa wstrzymująco, podany na czczo nie wywołuje zaparcia zastosowany w celu łagodzenia kaszlu.

Ewald podawał pantopon w pastylkach po 0,01 w moczówce prostej z dobrym skutkiem; opisuje on, że chory, który przed podaniem pantoponu wydzielał 10900 cm³ moczu, po podaniu 0,02 gr. dziennie w postaci pastylek w ciągu 15 dni wydzielał tylko 3400 cm³ moczu. W klinice medycznej krakowskiej próbowano raz podać choremu, u którego rozpoznano moczówkę prostą, pantopon w tychże samych dawkach, ale bez najmniejszego skutku. Bardzo często podawano też w klinice naszej pantopon w czopkach (0·02—0·03); działanie ich zupełnie odpowiadało działaniu innych przetworów makowca.

Piśmiennictwo. 1) H. Sahli. Therapeut. Monatshefte Nr 1. 1909. — 2) P. Rodari. Therapeut. Monatshefte Nr 10. 1909. — 3) Heimann. Münchener med. Wochenschr. Nr 7. 1910. — 4) Hallervorden. Therapie der Gegenwart. Nr 5. 1910. — 5) Prof. Ortner. Deutsche med. Wochenschr. Nr 20. 1910.

4. Adalina.

(Bromdiaethyl-acetylcarbamid).

Proszek bez smaku, bezbarwny, prawie w wodzie nierozpuszczalny, polecany jako środek nasenny w lekkich stanach podniecenia, w bezsenności nerwowej, w nerwicach urazowych, w nerwicach serca, w dawkach jednorazowych od 0,70 do 1 gr. w pastylkach lub w proszku, najlepiej w godzinę po jedzeniu; jako środek kojący ból w nerwobolach, w chorobach pęcherza i miedniczek nerkowych 3—4 razy dziennie 0,3—0,5 gr.

Można więc uważać adalinę za lek, stojący w pośrodku między przetworami bromu, a środkami nasennymi, jak np. weronal, trional i t p.

W klinice medycznej krakowskiej stosowano adalinę w ostatnim roku szkolnym właśnie w tych przypadkach, w których zwykło się podawać większe dawki bromu; a więc w nerwicach, w bezsenności nerwowej, histeryi, nerwicy serca, nerwicach urazowych, dalej w chorobach zakaźnych w stanie podniecenia (dur brzuszny 2 przyp.). Na podstawie dotychczasowego doświadczenia (46 przyp.) można adalinę polecić w stanach lekkiego podniecenia nerwowego, gdzie rzeczywiście chory po zażyciu 0·75 do 1 gr. adaliny spał snem spokojnym nieprzerwanym sześć godzin, a po obudzeniu się nie miał ani uczucia ciężkości w głowie, ani też innych objawów ubocznego działania adaliny.

Natomiast w ciężkich nerwicach, jakoteż w bezsenności przy chorobach zakaźnych i w stanach podniecenia w toku tych chorób, zwłaszcza u takich chorych, którym przedtem podawano weronal lub trional, zwykle adalina nie wywierała skutku, tak, że musiano następowo dopiero uciekać się do innego silniejszego środka nasennego.

Oceny i sprawozdania.

Fr. Giedroyć: **Źródła biograficzno bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce.** Warszawa 1911, stronic 942 i XXIV.

Piśmiennictwo nasze, dotyczące dziejów medycyny w Polsce, wzbogaciło się rzetelnie dziełem Giedroycia, posiadającem pierwszorzędną wartość naukową. Dzieło to, owoc mozolnych i umiejętnych badań archiwalnych oraz skrzętnych poszukiwań w źródłach drukowanych, wychodziło urywkami w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego przez lat dziewięć, poczynając od r. 1902.

Przystępując do zbierania źródeł biograficzno bibliograficznych, wyświetlających dzieje medycyny w dawnej Polsce, autor miał skromny cel na oku: uzupełnienie prac poprzedników swoich: Gąsiorowskiego (Zbiór wiadomości do historyi sztuki lekarskiej w Polsce. 4 tomy Poznań 1839—1856) i Kośmińskiego (Słownik lekarzów polskich. Warszawa 1883—1888). Nie kusił się on o wytworzenie jakiejkolwiek całości. »Staraniem mojem było, — pisze autor w przedmowie — w miarę sił i wolnego od zajęć zawodowych czasu, zgromadzić jak najwięcej szczegółów, przez poprzedników pominiętych, a odszukanych przezemnie w zbiorach rękopiśmiennych. Sięgają one XIV, a dochodzą schyłku XVIII stulecia i z małymi wyjątkami nie były wcale drukiem ogłoszone. Stąd też tuszę sobie, że »Źródła« moje nie będą bez pożytku dla przyszłego dziejopisa sztuki lekarskiej w Polsce«. W rzeczy samej, żaden historyk, zabierający się do skreślenia dziejów medycyny w Polsce, nie będzie się mógł obejść bez dzieła Giedroycia, które zawiera bardzo cenny, obfity i różnorodny materyał historyczny.

Oceniając takie dzieła, jak praca Giedroycia, trzeba zwrócić uwagę na dwie rzeczy: po pierwsze, czy zawierają one istotnie dużo nowego materyału naukowego; powtóre, czy ten materyał został należycie wydany i tak ułożony, aby łatwo było zeń korzystać.

Co się tyczy pierwszej z tych rzeczy, to nie można się dość nachwalić dzieła Giedroycia. Autor, opierając się na źródłach rękopiśmiennych, głównie na aktach Metryki Koronnej i aktach Starej Warszawy, oraz na licznych źródłach drukowanych w językach polskim, łacińskim, niemieckim, francuskim i rosyjskim, wylicza nie tylko wielu lekarzy polskich lub w Polsce zamieszkałych, o których istnieniu nic zgoła nie było nam wiadome, ale nadto prostuje niejedną błędną wiadomość, podaną w pracach Gąsiorowskiego, Kośmińskiego i innych, oraz przytacza mnóstwo nowych szczegółów biograficzno-bibliograficznych, tyczących się zarówno lekarzy, wymienionych w dziełach poprzedników Giedroycia, jak i lekarzy całkiem im nieznanych. Wśród źródeł biograficznych na pierwszy plan wysuwają się liczne nadania i przywileje królewskie, z których wiele autor podaje w dosłownym odpisie, inne streszcza, a o niektórych czyni tylko wzmiankę. Wśród źródeł rzeczonych nie brak również testamentów, bądź to w całości przytoczonych, bądź to w wyjątkach, bądź to wreszcie w streszczeniu. Podobnie postępuje autor ze źródłami bibliograficznemi: niektóre pisma dawnych lekarzów streszcza lub wypisuje z nich ważniejsze ustępy, o innych nadmienia tylko, podając ich tytuł lub spis treści.

Aby dać pojęcie czytelnikowi o ciekawych i ważnych materyałach, zawartych w omawianem dziele, należy przynajmniej kilka z nich przytoczyć. Z takich przykładów daleko łatwiej można wyrobić sobie należyty sąd o doniosłej pracy Giedroycia, aniżeli wyłącznie z uwag krytycznych sprawozdawcy. A więc taki np. przywilej, wydany przez Stanisława Augusta Albertiemu, z wielu względów zainteresować może historyka medycyny. Przywilej ten brzmi: »Stanisław August etc. Oznajmuiemy etc. Iż maiąc sobie zaleconą Szlachetnego Alberty Medycyny Doktora i Konsyliarza Naszego w Sztuce Lekarskiey i doktorskiey biegłość i doskonałość, do usług Naszych zdatność, umyśliliśmy Go za Doktora Powiatu Latyczewskiego w Woiewództwie Podolskim będącego postanowić i onemuż rewidowanie Aptek w tymże Powiecie będących i nad nimi dozór polecić; Jakoż zważaiąc rekommendacye za tymże Szlachetnym Alberti przez Obywatelów rzeczonego Powiatu do Nas zaniesione i zapobiegaiąc szkodliwym Skutkom przez nieporządne utrzymywanie Aptek i starych lekarstw przedawanie w tymże Powiecie praktykować się mianym za takowego Doktora Powiatu Latyczewskiego postanawiamy, rzeczony dozór i Rewizyą nad Aptekami polecamy Ninieyszym Listem Przywileiem Naszym, daiąc moc i władzę pomienionemu Szlachetnemu Alberti Apteki wszystkie w Powiecie Latyczewskim będące rewidować, Czeladź przy Aptekach zostaiącą o zdatności examinować. Cenę Lekarstw postanawiać i wszelką nad rzeczonemi Aptekami w porządnym utrzymywaniu i świeżych Lekarstw konserwowaniu mieć pilność, baczność i staranność. Co dowiadomości wszystkich, osobliwie iednak WW. Senatorów UU. Dygnitarzow Urzędnikow Ziemskich i Grodzkich tudzież wszystkich Obywatelow Woiewodztwa Podolskiego, a osobliwie Powiatu Latyczewskiego donosząc mieć chcemy i rozkazuiemy, aby rzeczonego Szlachetnego Alberti odtąd za prawdziwego i aktualnego Doktora Powiatu Latyczewskiego od Nas Uprzywileiowanego mieli, znali, a zaś wszyscy tegoż powiatu Aptekarze i inni nad Aptekarzami dozór maiący Rewizyi Aptek i dozoru nad niemi nie bronili i nie przeszkadzali i aby od innych zabronione mu nie było starali się dla Łaski Naszey Królewskiey i pod karami w którymkolwiek naybliższym Sądzie na Instancyę Instygatora z doniesienia słusznego tegoż Szlachetnego Alberti na sprzeciwiaiącego się i rewizyi niedopuszczaiącego wsciągnąć mianemi Wolnym oraz przez tenże Sąd Ziemski lub Grodzki Apteki zapieczętowaniem. Na co dla lepszey wiary etc. Dan w Warszawie dnia 1 Miesiąca Lutego, Roku Pańskiego MDCCXC. Panowania Naszego XXVI Roku. Stanisław August Król« — Nie mniej od przytoczonego przywileju ciekawe są akty, tyczące się nadania szlachectwa zasłużonym lekarzom. Z jednego np. z takich dokumentów, podanych przez Giedroycia, dowiadujemy się, że doktor filozofii i medycyny Stanisław Bartolan został w 1589 roku zaszczycony szlachectwem. Jako zasługi Bartolana wyliczone są w dyplomie nobilitacyi następujące: branie udziału w Wyprawie Wołoskiej, biegłość w sztuce lekarskiej, upiększenie Sandomierza, wzmocnienie jego murów ochronnych, wzbogacenie szpitalów darami, sprowadzenie do Sandomierza wody zdaleka z dużym nakładem pracy i kosztów. — W »Źródłach« Giedroycia znajdujemy między innemi ciekawą wiadomość o stosunku cyrulików do lekarzy. Oto w r. 1742 cech chirurgów warszawskich występuje ze skargą przeciw doktorowi medycyny Ludwikowi Guitardowi, twierdząc że przywłaszcza sobie prawa cyrulików »per incisiones vulnerum, partim per alias operationes«. Guitard zaprzeczył temu. Sąd zagroził mu karą, gdyby istotnie zechciał zajmować się wykonywaniem operacyi i leczeniem ran, a zatem wdzierać się w prawa cechu cyrulickiego. — W jaki sposób wynagradzano czasem w dawnej Polsce lekarzów, dowiadujemy się z jednego dokumentu, przytoczonego przez Giedroycia. W dokumencie tym podano, że Zygmunt August wyznacza doktorowi medycyny Anzelmowi Ephorinusowi za udzielanie pomocy lekarskiej pracującym w kopalni w Wieliczce 20 marek dożywotniej płacy rocznej, a nadto wynagrodzenie in natura, które dostawał już był za Zygmunta Starego, a mianowicie co kwartał: garnek masła, szynkę z tuczonego wieprza, kopę serów, po korcu jęczmienia, grochu, prosa i maku oraz ćwiartkę soli. — W dziele Giedroycia znajdujemy również ciekawe wiadomości o testamentach, zrobionych przez rozmaitych lekarzy. Dowiadujemy się np., że Kacper Solski, profesor Wszechnicy Zamojskiej, niemal cały swój majątek zapisał tej wyższej uczelni, lub że Wawrzyniec Starnigiel, również profesor

Wszechnicy Zamyjskiej i około 1600 r. jej rektor, zapisał testamentem 100.000 złp. Akademii Krakowskiej na utrzymanie ubogiej młodzieży, kształcącej się w Krakowie.

Z tych kilku przykładów, które wyżej przytoczyłem, łatwo osądzić, że dzieło Giedroycia zawiera dużo różnorodnych wiadomości, tyczących się życia i działalności lekarzy w dawnej Polsce, a przez to posiada istotną wartość naukową, jako źródło, z którego obficie czerpać będą pracownicy na polu historyi medycyny w Polsce.

Przechodzę teraz do odpowiedzi na drugie pytanie, a mianowicie: czy materyał, zawarty w dziele Giedroycia, został należycie wydany i czy został tak ułożony, aby łatwo mogli z niego przyszli pracownicy naukowi korzystać? I na to pytanie należy dać odpowiedź twierdzącą. Istotnie, wydanie »Źródeł« jest bardzo staranne. Autor nie szczędził pracy, aby korekta dzieła była jaknajdokładniejsza. Nawet po wydrukowaniu tekstu zrobił ponowną korektę i w końcu książki umieścił spis dostrzeżonych błędów. W całem olbrzymiem dziele wpadło mi w oczy stosunkowo bardzo mało błędów, których autor w końcu książki nie sprostował. A i z tych błędów, które zauważyłem, znaczna większość są to drobne omyłki zecerskie, które w niczem sensu tekstu nie zmieniają.

Autor podaje w abecadłowym porządku nazwiska osób, do których życiorysu udało mu się znaleźć nieznane wiadomości; pod nazwiskiem wydrukowane są rzeczone wiadomości; tuż pod niemi wyszczególnione są źródła zarówno drukowane jak i rękopiśmienne. Układ taki dzieła ułatwia niewątpliwie w znacznej mierze korzystanie z niego. W tekscie udało mi się zauważyć zaledwie kilka drobnych usterek. I tak, autor, pisząc na stronicy 270 o Janie Krystyanie Habichcie, nie podaje wiadomości, kiedy ten lekarz żył; na str. 274, przytaczając napis na nagrobku Dawida Henninga, nie podaje, gdzie się znajduje lub znajdował ten nagrobek. Na str. 299 autor pisze: »Słownik Kośmińskiego mylnie wymienia obok Anczewskiego Marcina — Janczewskiego Marcina; jest to jedna osoba«. Dowodu atoli na to, że niezawodnie jest to jedna osoba, Giedroyć nie przytacza. Na str. 318 autor, pisząc, że Jan Katerla był lekarzem Zygmunta Augusta, nie podaje źródła tej wiadomości. Na str. 547 wspominając o zaszczyceniu Stanisława Niewieskiego w r. 1676 stopniem doktora medycyny przez Wszechnicę Zamojską, dodaje: »był to pierwszy, a zdaje się i jedyny doktorat medycyny w Zamościu«. Tymczasem na str. 579 podaje opis uroczystej promocyi w Zamościu Paschala Stirzelheimera na doktora medycyny. Promocya ta odbyła się w 1765 roku. A zatem Niewieski z pewnością nie był jedynym doktorem medycyny Akademii Zamojskiej.

Autor podając źródła drukowane, z których korzystał, dość często nie wymienia miejsca i daty ich wydania, ograniczając się do podania nazwiska autora i tytułu dzieła. Ze względu na to, że wiele z pośród źródeł drukowanych musiał autor niejednokrotnie wymieniać, ze wszechmiar wskazaną było rzeczą, aby tytuły tych źródeł podawać w skróceniu, a przez to uniknąć powiększania objętości dzieła. Lecz w takim razie należało w końcu książki podać dokładny spis abecadłowy wszystkich źródeł z wymienieniem miejsca i daty ich druku.

W końcu jeszcze jedna uwaga. W dziele swojem umieścił autor obok nazwisk doktorów medycyny, nazwiska cyrulików oraz osób, które nie były ani lekarzami, ani cyrulikami. Otóż gdyby był autor w tekscie, albo przynajmniej w końcu książki w skorowidzu inaczej oznaczył (np. odmiennemi czcionkami lub zapomocą rozmaitej liczby gwiazdek) nazwiska doktorów medycyny, inaczej nazwiska cyrulików, a inaczej nazwiska nielekarzy; dalej gdyby również odmiennie oznaczył nazwiska Polaków, a inaczej nazwiska cudzoziemców, w Polsce zajmujących się praktyką lekarską, to jeszcze bardziej byłby ułatwił korzystanie innym ze swego dzieła.

Wymieniłem te wszystkie drobne usterki nie dlatego, abym pragnął obniżyć wartość dzieła Giedroycia, bo w książce tak obszernej jest rzeczą prawie niemożliwą uniknąć kilku lub kilkunastu drobnych usterek, lecz z obowiązku sprawozdawcy, a przedewszystkiem dlatego, że można je niemal wszystkie łatwo usunąć, wydrukowawszy na oddzielnych kartkach te nieliczne sprostowania i dopełnienia, o których wyżej była mowa, i dołączywszy te kartki do każdego egzemplarza dzieła. Takie drobne uzupełnienie dzieła wskazane jest ze względu na trwałą wartość jego, dzięki której liczne pokolenia uczonych polskich będą z niego czerpały materyały do swych prac. W naszym dorobku naukowym na niwie dziejów medycyny w Polsce dzieło Giedroycia zajmie wybitne miejsce.

Adam Wrzosek.

Piśmiennictwo bieżące.

Położnictwo i ginekologia.

A. Hudim-Lewkowicz. **W sprawie pierwotnego raka pochwy.** (Żurnał akusz. i żeńs. bol. 1911 wrzesień). H. L. opisuje 3 przypadki pierwotnego raka pochwy. I. przypadek: chora 45 l., rodziła 2 razy, cierpi od 2 lat na bóle w krzyżach i nieprawidłowe miesiączki; od roku miewa krwawienia przy spółkowaniu. 2 miesiące temu zjawiły się wydzieliny cuchnące. Rozpoznanie: rak tylnego sklepienia i tylnej ściany pochwy. Całkowite wyłuszczenie macicy z przydatkami i pochwy (częściowe) przez laparotomię. Chora zmarła na 12. dzień po operacyi wśród objawów niedomogi serca. II przypadek: chora 56 l., rodziła 5 razy. Miesiączki ustały $1^1/_2$ roku temu. Od 10 miesięcy cierpi na krwawienia i upławy; 4 miesiące temu zjawiły się wydzieliny cuchnące. Rozpoznano raka tylnej ściany pochwy. Operowano doszczętnie przez pochwę i przez laparotomię. Na 9. dzień po operacyi zapalenie płuc. Zejście śmiertelne. III. przypadek: chora 49 l, odbyła 8 porodów; ostatni 10 lat temu. Od 2 miesięcy miewa cuchnące, krwawe wydzieliny. Rozpoznano raka lewej i przedniej ściany pochwy. Operowano taksamo, jak w II. przypadku. Na siódmy dzień po operacyi chora wstała z łóżka, a na 19. opuściła klinikę w zupełnie dobrym stanie zdrowia. M. Pietkiewicz.

D. Abuładze. **Wpływ ciąży na przebieg gruźlicy płuc.** (Żurnał akusz. i żeńsk. bol. 1911 wrzesień). Na zasadzie spostrzeganych przez siebie przypadków, dotyczących 25 chorych, oraz piśmiennictwa, dochodzi A. do następujących wniosków: 1) Przy gruźlicy płuc ciąża jest niepożądana. 2) Sama obecność gruźlicy płuc u ciężarnej nie powinna służyć za wskazanie do przerwania ciąży. 3) W okresie zabliźnienia ogniska gruźliczego w płucach ciąża sama przez się jest obojętna dla sprawy chorobowej. 4) Czynna forma gruźlicy płuc u ciężarnej wymaga przerwania ciąży, jeśli ciąża wpływa ujemnie na sprawę gruźliczą. 5) Ciąża, pogarszająca przebieg gruźlicy płuc, nie jest przyczyną pierwotną nasilenia się choroby. 6) Przerwanie ciąży przy czynnej formie gruźlicy płuc, zapobiegając rozszerzeniu się sprawy chorobowej, ma na celu także ułatwienie nadal skutecznego leczenia choroby głównej. M. Pietkiewicz.

A. Schmidt. **Zapalenie wyrostka robaczkowego a ciąża.** (Tow. ginekolog. Wiedeń 1911). Zapalenie wyrostka robaczkowego u ciężarnych jest cierpieniem częstem a bardzo groźnem, bo śmiertelność dla matek dochodzi przy tem 25%, a płodów 50%. Mniej więcej 1‰ ciężarnych cierpi na powikłania ze strony wyrostka. Zwykle nie chodzi tu o napad pierwszy, lecz o następne. W razie spraw cięższych i ropnych zwykle w ciąży bywa przebieg śmiertelny, a (przynajmniej gorszy, niż u nieciężarnych, natomiast wczesna operacya daje wyniki bardzo dobre. Operować należy wcześnie, bo zapalenie wyrostka wywołać może przedwczesne kurcze macicy, a te znów dać pobudkę do szerzenia się zakażenia na otrzewnej. Operacya

wczesna jest zwykle dla rozwoju płodu obojętna, a nawet daje lepsze widoki, niż leczenie zachowawcze przypadków lekkich (20% śmiertelności dzieci). Rozpoznanie, zwłaszcza w drugiej połowie ciąży lub w połogu, może być bardzo trudnem, bo myśli się wtedy głównie o zakażeniach miejscowych kobiecych, a nie o wyrostku. U rodzących, operowanych w ciąży, należy ze względu na świeżą bliznę, poród skrócić zapomocą jakiegoś zabiegu, by uniknąć parcia przy wydalaniu płodu. A.

Schiller. **W sprawie patologii i leczenia zapalenia sutka u karmiących.** (Mon. f. Kinderheil. IX. 11). Podług autora zakażenie sutka wystąpić może także i bez ranki zewnętrznej, a jedynie wskutek zakażenia drobnoustrojami z dróg mlecznych przy nagłym zastoju pokarmu. Z tego też powodu leczenie ssawkami Biera jest bardzo odpowiednie. Co do samego leczenia, to autor przedewszystkiem poleca opróżniać często gruczoł, najlepiej podając pierś dziecku. W przerwach robić należy okłady alkoholowe (50%) lub kwaśne. Ropnie otwierać należy z cięć promienistych, a przy zmianie opatrunku stosować dzwon, a potem opatrunek wilgotny. Przy bólach stosuje autor ortoform, ale dla przyspieszenia pokrywania naskórkiem maść naftalanową, przy ostrym wyprysku sutka puder i maści. Zwykle zapalenie sutka występuje u karmiących w terminie mającej występować miesiączki. A.

Bab. **Leczenie zmięknienia kości wyciągiem przysadki mózgowej.** (Tow. lek. wiedeńsk. 30. II. 1911). Ze względu, że pomiędzy akromegalią (gdzie istnieje rozrost kości) a zmięknieniem kości panuje pewien kliniczny antagonizm, postanowił autor leczyć zmięknienie kości zapomocą wyciągu przysadki (pituitrinum infundibulare) a to drogą wstrzykiwań podskórnych (co dzień 2 cm³). Na 8 leczonych w ten sposób przypadków uzyskano wybitne polepszenie w czterech, poprawę w trzech, a w jednym leczenie pozostało bez skutku. Zwłaszcza bóle kostne ustępują rychło. Nieraz polepszenie z początku postępuje szybko, poczem już się wcale nie zwiększa. Nieraz spostrzega się przy tem leczeniu skurcze macicy. Przy krwotokach macicznych stosował Bab także to leczenie w 30 przypadkach i osiągnął w 28 skutek pożądany. Nie należy podawać pituitryny przy stwardnieniu tętnic. K.

Bab. **Leczenie zmięknienia kości wyciągiem przysadki.** (Münch. med. Woch. 1911, Nr 34). Ze względu na wybitny kontrast akromegalii i zmięknienia kości zaleca Bab w zmięknieniu kości wstrzykiwania »pituitrinum infundibulare« (Parke Davis). Kontrast obu chorób jest uderzający. I tak zmięknienie kości leczy nieraz wytrzebienie, podczas gdy na akromegalię zapadają kobiety zwykle po okresie przekwitania. Zwykle też te kobiety są mało- lub niepłodne w przeciwieństwie do zmięknienia kości. W tej chorobie zwykle nawet adrenalinowej glikozuryi niema, a u akromegalików w 35% spotyka się cukier w moczu. Zmięknienie kości łączy się często z chorobą Basedowa, akromegalia z obrzękiem śluzowatym. W akromegalii pomaga nieraz tyreoidyna, w zmięknieniu kości zaś znów antytyreoidyna. Takie kliniczne spostrzeżenia przemawiają za stosowaniem pituitryny. Autor stosował ją w 10 przypadkach i z wyjątkiem jednego uzyskał wybitne polepszenie lub wyleczenie. Ostrożnie postępować należy z tym środkiem u osób starszych. Czasem wyciąg przysadki wywołuje kurcze macicy. A.

E. Krösing. **Istota włóknikorodna (fibrinogen) we krwi zdrowych ciężarnych, położnic i chorych na rzucawkę.** (Arch. f. Gyn. tom 94, zeszyt II.). Na podstawie swych badań podaje autor następujące wnioski. W 10 cm³ prawidłowego osocza krwi znajduje się 3,0—4,5 mg istoty włóknikorodnej. Wszelkie sprawy zapalne, szczególnie gorączka, mogą ilość tę podnieść nawet do 20 mg; wyjątek stanowi tylko dur brzuszny. Guzy nowotworowe, jakoteż nagłe większe krwotoki wywołują również zwiększenie ilości fibrynogenu. Bardzo wyraźnie można wzrost ten zauważyć u zdrowych ciężarnych, rodzących i położnic, oraz w przebiegu drgawek porodowych (rzucawki). Pod względem rozpoznania różniczkowego niema jednak oznaczenie ilości fibrynogenu żadnego znaczenia ani dla chorób kobiecych, ani dla położnictwa, ponieważ najrozmaitsze guzy nowotworowe, zapalenia i ciąża wywołują wzrost jego ilości, a nadto, jak obecnie, nie można wykazać większej różnicy między ciążowem zapaleniem nerek, które wiedzie do wybuchu rzucawki i takiem, które przebiega bez niej. Pod względem biologicznym zajmujący jest wyraźny przyrost fibrynogenu w przebiegu rzucawki w porównaniu z jego zachowaniem się u rodzących zdrowych. Krew dotkniętych rzucawką krzepnie o wiele szybciej, aniżeli innych rodzących, mimo że znalezione ilości fibrynogenu nie tłómaczą dostatecznie tego zachowania się krwi. To też należy przyjąć, że nie tyle fibrynogen, jak raczej, że ferment włóknikowy jest ilościowo wzmożony. Spostrzeżenia te naprowadzają na przypuszczenie, że w przebiegu rzucawki pierwotnej, czy następowej — chodzi prawdopodobnie o zatrucie ustroju matki tym właśnie fermentem. E. Ehrenpreis.

H. Albert Dietrich. **Badania nad zmianą krwi u ciężarnych, rodzących i położnic.** (Arch. f. Gyn. tom 94, zeszyt II.). Ilość ciałek czerwonych i hemoglobiny wzrasta stale w miarę postępu ciąży, dochodząc przy porodzie do szczytu. W połogu ilość krwinek i hemoglobiny zależą od utraty krwi przy porodzie. Każde bowiem krwawienie wywołuje zmniejszenie ilości ciałek czerwonych, a następnie i hemoglobiny. W przypadkach prawidłowych zmniejsza się w połogu ilość ciałek czerwonych stopniowo tak, że między 7—21. dniem po porodzie dochodzi do wartości mniejszych, aniżeli z końcem ciąży. Ilość ciałek białych zwiększa się również w miarę postępu ciąży, szczególnie u pierwiastek, i dotyczy leukocytów neutrofilnych wielojądrzastych. Leukocytoza ta najwybitniej występuje przy porodzie, przyczem zauważono, że nasilenie bólów porodowych bardzo wyraźnie wpływa na jej wysokość. Po porodzie zależy ona od przebiegu połogu. W przypadkach prawidłowych zmniejsza się wyraźnie już w 1. dniu połogu, w 3. dniu jest minimalna, a w następnych znika zupełnie. Nierzadko występuje około 5—9. dnia połogu znowu lekka leukocytoza i to zupełnie niezależnie od bólów porodowych lub czynności sutków. Autor sądzi, że leukocytozę tę należy odnieść do lekkiego zakażenia, występującego bez podniesienia ciepłoty ciała. W przypadkach gorączki połogowej lub większych krwawień leukocytoza znowu się wzmaga, przyczem przyrost leukocytów zawsze jest wcześniejszy od wystąpienia gorączki. Leukocytozę ciążową tłómaczy autor podobnie jak wystąpienie drgawek porodowych, zatruciem ustroju matki trującymi produktami jaja płodowego (płodu i łożyska), na które ustrój matki celem zobojętnienia trucizny odpowiada zwiększeniem ilości ciałek białych. Za tem przemawia przyrost właśnie leukocytów wielojądrzastych, które mają własności antytoksyczne, jakoteż fakt, że leukocytoza dochodzi do najwyższych wartości u pierwiastek, jest zaś mniejsza u wieloródek, które po pierwszym porodzie osiągnęły już pewnego rodzaju zobojętnienie wobec owej trucizny. Przy skurczach macicy zostają te toksyny niejako mechanicznie wyciśnięte do krążenia matki, stąd też najwyższa leukocytoza przy porodzie. W połogu wreszcie wskutek odejścia całego jaja płodowego, a więc i źródła produkcyi toksyn, leukocytoza ustępuje. E. Ehrenpreis.

Prof. M. Henkel. **Czy jest wskazane całkowite wyjęcie macicy ciężarnej z powodu gruźlicy płuc?** (Arch. f. Gyn. tom 94, zesz. II.). Badania lat ostatnich wykazały niewątpliwie, że ciąża wpływa bardzo niekorzystnie na sprawę gruźliczą w płucach; dlatego też w każdym przypadku gruźlicy płuc zachodzi wskazanie do przerwania ciąży, szczególnie jeśli gruźlica przeszła już granice początkowego okresu choroby. Wskazanie to zyskało na ścisłości, odkąd zaczęły się mnożyć spostrzeżenia, przemawiające za bezpośredniem przejściem bakteryi gruźliczych z matki

na płód. W końcu ważny jest fakt, że u kobiet z niebardzo nawet rozległą gruźlicą płuc, wybucha ogólna gruźlica prosówkowa nieraz już w pierwszych dniach połogu. Celem przerwania ciąży w pierwszych 2 miesiącach, najlepiej rozszerzyć szyjkę macicy metalowemi rozszerzadłami i jamę jej opróżnić. Unikać należy rozszerzacza Bossiego, jakoteż blaszecznicy. W 3—5. miesiącu ciąży radzi autor rozcięcie przedniej ściany szyjki macicy aż do ujścia wewnętrznego, naturalnie po odsunięciu pęcherza moczowego, poczem bardzo już łatwo wyjąć cały płód, ewentualnie po zmiażdżeniu jego czaszki; łożysko należy natychmiast palcami usunąć. Dla zaoszczędzenia krwi dobrze jest po obu stronach założyć na tętnice maciczne kleszczyki Muzeuxa. Po opróżnieniu macicy należy ją znowu zaszyć, z wyjątkiem przypadków zakażonych, gdzie ranę można zostawić otwartą. Ten sposób przerwania ciąży należy stosować tylko w przypadkach rozpoczynającej się gruźlicy płuc, szczególnie u pierwiastek, gdzie równoczesne wyjałowienie kobiety, ze względu na możliwość wyleczenia gruźlicy, nie jest na razie konieczne. Osobom interesowanym należy jednak zwrócić uwagę, aby kobiety takie przez szereg lat wystrzegały się ponownego zastąpienia i przez ten czas poddały się odpowiedniemu leczeniu. Jeżeli dalsza obserwacya wykaże, że sprawa gruźlicza nie ustępuje, lecz przeciwnie czyni postępy, wówczas jest jeszcze zawsze czas chorą taką wyjałowić. Ważną rolę odgrywa tu także społeczne stanowisko chorej. Ze względu na nie nieraz okaże się wskazanem wyjałowienie kobiety, — równocześnie lub zaraz po przerwaniu ciąży, i to nawet w przypadkach rozpoczynającej się gruźlicy, a mianowicie u kobiet z klasy pracującej, szczególnie, jeżeli mają już dzieci. Inaczej u ciężarnych z dalej już posuniętą gruźlicą. Tu należy bezwzględnie przerwanie ciąży połączyć zawsze z wyjałowieniem. Jako jedyny racyonalny zabieg poleca autor w tych przypadkach całkowite wyjęcie macicy ciężarnej wraz z jajnikami drogą brzuszną. Przekonano się mianowicie, że odchody połogowe po zwykłem przerwaniu ciąży, zmniejszając znacznie siły chorej, wpływają bardzo niekorzystnie na samą sprawę gruźliczą tak, że wyniki po operacyi doszczętnej okazały się o wiele lepsze, aniżeli po zwykłem tylko przerwaniu ciąży z pozostawieniem macicy. Operacyę najlepiej wykonać w znieczuleniu lędźwiowem, ponieważ przytem odpada szkodliwy wpływ uśpienia, jak wdychanie szkodliwych gazów, wymioty i i. Autor poleca ten zabieg doszczętny w każdym przypadku i w każdym okresie ciąży u chorych gruźliczych, u których sprawa chorobowa przekroczyła już granice okresu początkowego; płód nie powinien tu odgrywać żadnej roli, życie matki bowiem stać musi zawsze na pierwszem miejscu, a życie płodu wobec możliwości wśródmacicznego przejścia gruźlicy i tak bardzo jest niepewne. Nadto zauważono, że operacya doszczętna stwarza wogóle bardzo korzystne warunki dla gojenia się sprawy gruźliczej; pominąwszy niemożliwość ponownego zastąpienia — zyskuje się przez wyjęcie jajników i usunięcie ich czynności bardzo ważny czynnik leczniczy. Wyleczenie gruźlicy płuc następuje przez zabliźnienie lub zwapnienie. Autor i inni sądzą, że wobec wpływu jajników na wydzielanie soli wapniowych (zmiękninie kości) należy może właśnie wyjęciu jajników przypisać najważniejszą rolę w gojeniu się gruźlicy po operacyi doszczętnej. E. Ehrenpreis.

J. Wohlgemuth i M. Massone. **Doświadczalne przyczynki w sprawie pochodzenia wód płodowych.** (Arch. f. Gyn. tom 94, zesz. II.). Obecnie przeważa przekonanie, że wody płodowe są wyłącznie produktem samego płodu (Polans, B. Wolff). Doświadczenia autorów, przeprowadzane na ciężarnych psach i królikach, wykazały jednak, że tak nie jest. W. i M. przekonali się mianowicie, że wysoko molekularne substancye (diastaza), krążące prawidłowo we krwi matki, przechodzą wprost bez pośrednictwa płodu do wód płodowych, i że zmiany w zgęszczeniu tych substancyi, wywołane doświadczalnie, udzielają się w równym stopniu bezpośrednio także wodom płodowym. Spostrzeżenia te przemawiają dostatecznie za wpływem krwi matki na skład wód płodowych, jakoteż za tem, że krew matki ma bezpośredni udział w tworzeniu wód płodowych.
E. Ehrenpreis.

Dermatologia i syfilidologia.

Jakimow i Kat. Jakimowa. **Wpływ mikrobów na działanie salwarsanu.** (Russkij Wracz 1911, Nr 41). Przed rokiem jeszcze wyraził Ehrlich przypuszczenie, iż mikroby, dostające się z powietrza sal szpitalnych do rozczynów salwarsanu, mogą być bardzo szkodliwe. Wobec tego postanowili J. zbadać wpływ endotoksyn na rozczyny salwarsanu. W tym celu używali endotoksyny prątka okrężnicy. Po ustaleniu tolerowanej dawki salwarsanu i wymienionej endotoksyny, wstrzykiwali białym myszom rozczyn salwarsanu z niewielką domieszką endotoksyny prątka okrężnicy. Z przytoczonych tablic widać, iż obecność endotoksyny w rozczynach salwarsanu znacznie zwiększa jadowitość tego środka. Z. Gilewicz.

Zwieriew. **Przypadek powtórnego zakażenia kiłą po zastosowaniu salwarsanu.** (Russkij Wracz 1911, Nr 38). W przypadku autora we 2 miesiące po zastosowaniu salwarsanu z powodu zakażenia kiłowego, spostrzegano ponowne zakażenie w postaci pierwotnego nacieku kiłowego na 5. dzień po stosunku płciowym. Przypadek ten świadczy według autora o dodatnim wpływie salwarsanu na zakażenie kiłowe. Z. Gilewicz.

Dembskaja. **Dalsze spostrzeżenia nad działaniem swoistej szczepionki przy ginekologicznym wiewiórze.** (Russkij Wracz 1911, Nr 39). Od drugiej połowy 1909 r., kiedy D. po raz pierwszy zastosowała swoistą szczepionkę dla leczenia ginekologicznego wiewióra, spostrzegała ona około 200 chorych. D. zupełnie wyłącza badanie na opsoniny przy wiewiórze, jako nie dające żadnych wskazówek, a poleca metodę hodowania dwoinek Neissera na podłożu Centaniego (agar puchlinowy + $^1/_7$ część surowicy ludzkiej zmieszanej w równej części z gliceryną) i szczególnie odczyn Bordet i Gengou, który przy wszelkich sprawach wiewiórowych w jamach zamkniętych, a więc w zapaleniach stawów, przydatków macicy, otrzewnej, w znacznej większości przypadków wypada dodatnio. Jako antygenu używa D. najczęściej zawiesiny z żywych dwoinek wiewiórowych. Według D. niema szczepionka prawie żadnego leczniczego działania przy ostrych i przewlekłych zapaleniach cewki moczowej, pochwy, gruczołów w niej zawartych, a także szyjki macicznej. Zupełnie inne jest działanie szczepionki przy sprawach wiewiórowych w jamach zamkniętych, a więc przy zapaleniach przydatków, stawów i t. d. Tu wpływ leczenia szczepionką jest tak wyraźny, że nowa ta metoda zupełnie zasługuje na wypróbowanie. Najczęściej przy pierwszem szczepieniu używała D. dawki 50,000.000 dwoinek, robiąc szczepienia 2 razy na tydzień i dochodząc do dawki 200—250 milionów mikrobów. Ilość szczepień wahała się od 8 do 40. Po wstrzyknięciu szczepionki następuje zwykle odczyn miejscowy, ogniskowy i ogólny. Miejscowy odczyn wyraża się zwykle obrzękiem i zaczerwienieniem, czasem dość znacznem, przypominającem różę. Odczyn ten po dwóch, a rzadziej po 3—4 dniach znika bez śladu. Ogólny odczyn polega na podwyższeniu ciepłoty o kilka dziesiątych stopnia i czasem podnosi się do 39 stopni. Szczyt zwykle po upływie 8—10 godzin po wstrzyknięciu. Najciekawszym jest odczyn miejscowy narządu schorzałego. Chory narząd brzęknie i staje się bolesnym na ucisk, lecz zwolna bolesność ustaje, spostrzega się zwiększony przypływ limfy do chorego narządu, narząd jakby pływa w limfie. W przypadkach przewlekłych dawno ustałe wydzieliny na nowo zaczynają się zwiększać, nosząc zwykle cechy wydzielin surowiczych. Zrosty okołomaciczne stają się podatniejsze, dają się łatwiej rozciągnąć.
A. Modrzewski.

Petersen. **O leczeniu drożdżycy (blastomycosis) skóry.** (Archiv f. Derm. u. S. T. 104.). W dwóch przy-

padkach powyższego cierpienia po bezskutecznem kilkotygodniowem stosowaniu miejscowem nalewki jodowej i maści kseroformowej, zastosował autor leczenie gorącem. Pomysł nie zawiódł, gdyż w krótkim czasie po leczeniu, polegającem na przykładaniu na miejsca chorobowo zajęte na przeciąg $^1/_2$—$^3/_4$ godziny dwa razy dnia worków, napełnionych wodą o ciepłocie 42°—45° C., zmiany bez nawrotów ustąpiły. H. L. Weber.

La Mensa. **Przypadek liszaja płaskiego obrączkowego** (lichen planus annularis). (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 104, 1911). Przypadek liszaja czerwonego płaskiego u osobnika cierpiącego na łuszczycę, o tyle ciekawy, że guzki swoiste usadawiały się u danego osobnika na brzegach miejsc przebarwionych, pozostałych po wyleczonej łuszczycy, tworząc pierścienie i koła. H. L. Weber.

Walsch. **O stosunku łuszczycy do zmian w stawach.** (Archiv f. Derm. u. Syph. 1911, T. 104). Powołując się na przypadki z piśmiennictwa i 5 własnych spostrzeżeń, dochodzi autor do wniosku, że przyczyna łuszczycy nie polega na schorzeniu nerwów, a jest cierpieniem natury zakaźnej. Substancye trujące wywołują z jednej strony zmiany w skórze, z drugiej strony u pewnych osób także i zmiany w stawach, które tem różnią się od zapalenia stawów gośćcowego, iż nie oddziałują na leczenie przetworami kwasu salicylowego i kończą się prawie zawsze zesztywnieniami. H. L. Weber.

Linser. **O schorzeniach skóry u ciężarnych i ich leczeniu.** (Derm. Zeitschr. 1911, Z. III.). Autor wraz z Mayerem wpadli na myśl, aby pewne choroby skórne, występujące u ciężarnych bardzo uporczywe, a czasem i groźne, ustępujące zaś jedynie z rozwiązaniem ciąży, jak pewne rodzaje pokrzywki i wyprysku, a przedewszystkiem liszajec opryszczkowaty (impetigo herpetiformis), leczyć wstrzykiwaniami podskórnemi lub śródżylnemi surowicy ciężarnych zdrowych w ilości około 20 cm^3. Surowicę przygotowywano w ten sposób, iż około 50 cm^3 krwi wziętej z żyły przegubu łokciowego przez 5 minut wstrząsano, a następnie 15 minut centryfugowano. Chore znosiły wstrzykiwania prawie bez odczynu. Polepszenie znaczne występowało już drugiego dnia, a choroba ustępowała do 8 dni. Wyniki zawsze miały być doskonałe i niezawodne. Przytoczone cztery historye choroby objaśniają przebieg cierpienia. — Wstrzykiwaniami surowicy prawidłowej leczono również trzech mężczyzn, cierpiących na przewlekłą pokrzywkę i również ze świetnym skutkiem. H. L. Weber.

Noberg. **O leczeniu liszaja rumieniowatego promieniami Roentgena.** (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 107). Zdaniem autora leczenie liszaja rumieniowatego promieniami Roentgena daje doskonałe wyniki, jednakże tylko wtedy, jeżeli dawka jest tak wysoką, iż wywoła pewien odczyn w skórze. Dawka mała, chociaż nawet kilkakrotnie powtórzona, jeżeli nie jest tak silną, by wywołać oddziaływanie skóry, niema znaczenia. Leczenie liszaja rumieniowatego promieniami Roentgena daje najlepsze wyniki leczenia ze wszystkich do dziś znanych metod, mimo że u pewnej liczby chorych powstają po pewnym czasie nawroty. H. L. Weber.

Veiel. **Przyczynek do leczenia uporczywego wyprysku.** (Archiv f. Derm. u. Syph. 1911, T. 107). V., przytaczając historye 3 leczonych przez siebie przypadków, poleca w przypadkach wyprysku ostrego sączącego, w których nawet obojętny tłuszcz podrażnia skórę, pędzlowanie 5% rozczynem wodnym tanniny dwa razy dziennie. Skutek ma być szybki i pewny. H. L. Weber.

Pinkus. **Przyczynek do statystyki berlińskiej prostytucyi.** (Archiv f. Derm. u. Syph. 1911, T. 107). Między prostytutkami Berlina, które rekrutują się przeważnie z robotnic fabrycznych, służących, szwaczek i kelnerek, było dziećmi nieślubnemi 13·45%. Z dziewcząt tych rodziło 45% przeważnie raz jeden, chociaż były i takie, które miały po 3 i więcej dzieci, dzieci te jednak szybko ginęły tak, że 12 miesięcy doczekało się zaledwie 44% dzieci. H. L. Weber.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 25. X. 1911.

Obecnych 56. — Przewodniczy prezes Prof. Cybulski.

Przewodniczący kol. Prof. Cybulski wita jako gości członka Wydz. kraj. Dr Szymona Bernadzikowskiego i inspektora szpitali kraj. Dr Emila Müllera

1) Kol. Prof. Wicherkiewicz przedstawia chorego **na nieżyt wiosenny spojówek:** Przedstawiam chorego, dotkniętego zmianami ocznemi, które poniekąd przypominają pewną postać trachomy, z powodu czego przez niewprawnych za nią uważane niekiedy bywają. Choroba ta oczna, zwana pospolicie (za przykładem Saemischa) nieżytem wiosennym, zaznacza się znacznym przerostem ciała brodawkowego w postaci, przypominającej bruk uliczny, dalej wyglądem białawym, jakoby spojówka tarczykowa była na powierzchni swej zlana mlekiem. Drugie znamię tej choroby, to wybujałości na brzegu rogówkowo-twardówkowym, nieraz w postaci obręczy, okrążającej brzeg rogówki, a nawet, gdy pierścień szeroki, rogówkę w znacznej części pokrywającej. Arlt uważał to za odmianę zapalenia pryszczykowego, a Hirschberg nazwał tę zmianę dlatego »phlyctaena pallida«, gdy Desmarres nadał jej nazwę »hypertrophie perikeratique«. Trzecie znamię tej choroby stanowi peryodyczne jej występowanie na wiosnę — dlatego nazwa »catarrhus vernalis«. Po upływie miesięcy znika, by w następnym znowu roku powrócić, i tak przez szereg lat. Nieraz występuje ona jednak nie na wiosnę, ale wczesną jesienią, zwłaszcza, gdy lato było gorące, obfitujące w słońce. Choroba ta nie należy do częstych, bo zdarzyć się może, że na kilka tysięcy chorych ocznych zaledwo jeden przypadek się zjawia, ale widywałem ich czasami więcej, a nawet w jednej rodzinie kilka osób nią dotkniętych. Przeważnie podlegają jej młode osoby od 6—18 czy 20 lat. Etyologia znana niedostatecznie. W r. 1905 ogłosił Prof. Dimmer w »Wiener klin. Wochenschrift« pracę, w której podaje, iż korzystając z doświadczenia dermatologa Kreibicha, który w trzech przypadkach »prurigo Hutchinson«, powstałego wskutek silnych promieni słońca, widział podobne do »phlyctaena pallida« zmiany na spojówce gałki, a w jednym z tych przypadków po zastosowaniu opaski ochronnej stwierdził znikanie wyniosłości; również użył tego sposobu leczniczego w jednym przypadku nieżytu wiosennego i to z dobrym skutkiem. Obustronne pojawianie się choroby przemawiałoby wedle Dimmera za tą etyologiczną przyczyną. Że jednak nie ta okoliczność, t. j. promienie pozafiołkowe przy silnem świetle słonecznem względnie odblask promieni słonecznych na śniegu, jest przyczyną choroby, zdaje się przemawiać to, iż względnie mała ilość osób chorobie podlega. Badanie bakteryologiczne nie daje żadnych wskazówek, a histologiczne wykazuje tylko bardzo silny przerost nabłonka i częściowo także tkanki łącznej. Dolegliwości niewielkie, a chorych do lekarza sprowadza przedewszystkiem wygląd ócz, rzadziej swędzenie i lekka wydzielina nieżytowa spojówki. Zresztą niezawsze obie postacie, t. j. brodawkowa i pryszczykowa równocześnie się pojawiają, czasami właśnie tylko ta, którą Panom dziś przedstawiam, lubo badając ściśle, zwłaszcza przy pomocy lupy, dostrzeżemy również na rąbku spojówkowym drobniutkie wyniosłości różowe. Rokowanie dobre, bo choroba bez następstw, bez śladu znika. Leczenie wymaga przedewszystkiem oględności, by się nie posunąć do jakich rękoczynów operacyjnych. Wobec niejasności etyologii nie może też być mowy o środkach pewnych. Najwięcej jeszcze skute-

czna okazała się antypiryna w rozczynach 10—20%. Jak ona działa? Odkażający wpływ, który tu zresztą jest niewskazany, nie wchodzi w grę, jako bardzo słaby. Wyobrażam sobie, że silny chwilowy ból, wywołany zapuszczeniem, wywołuje kloniczny kurcz, równoważny miesieniu powiek. Chory przedstawiony dostawał jodynę na powieki, a do worka spojówkowego dioninę nie bez skutku, który zresztą pojawia się zwykle późno. Leczenia cierpienia opaskami nie mogłem przeprowadzać konsekwentnie, z powodu, iż chorzy, posiadający zresztą dobry wzrok i prawie żadnych nie mający dolegliwości, na tę mało przyjemną kuracyę nie chcieli się zgodzić lub umieli ją omijać. (Streszczenie własne).

W dyskusyi zaznacza Prof. Bujwid, że według nowszych badań promienie pozafiołkowe nie przechodzą w głąb tkanek i działają tylko powierzchownie. Mogą więc sprowadzać zaburzenia na rogówce i twardówce, ale nie na wewnętrznej powierzchni powiek.

Prelegent: Winienem jeszcze zaznaczyć, iż na zapatrywanie Prof. Dimmera, jakoby światło silne, czyli ściślej, promienie pozafiołkowe, były powodem choroby, o tyle nie mogę się zgodzić, iż w takim razie przedewszystkiem te części powinny być chorobą dotknięte, które najwięcej na te promienie są narażone, t. j. spojówka gałkowa i rogówka, gdy ta część, którą Panowie u naszego chorego widzicie, t. j. spojówka tarczkowa pokryta od przodu skórą, mięśniami i chrząstką, chyba najmniej narażona jest na działanie światła. (Streszczenie własne).

Kol. Bannet: Do dokładnego opisu przypadku Prof. Wicherkiewicza dodam jeszcze ten szczegół, — który również ułatwia rozpoznanie, że cała powierzchnia spojówek ma wejrzenie mleczne, białawo-niebieskawe. I ja również stwierdzam, że ilość przypadków tego cierpienia, spostrzeganych ostatniego lata, znacznie przewyższa ilość z lat poprzednich, kiedy ani zima tak nie obfitowała w śnieg, ani lato nie było tak słoneczne, gorące. Co do leczenia, to oprócz zwykle używanych środków ściągających i poleconej przez Prof. Wicherkiewicza antypiryny stosuje się także celem łagodzenia swędzenia i światłowstrętu, kokainę i szkła ochronne. (Streszczenie własne).

2) Kol. Michał Kozłowski pokazuje przyrząd **Assmy-Mucha-Schramek**, którym wykonał przeszło 30 wlewań śródżylnych salwarsanu i poleca przyrząd ten ze względu na liczne zalety do praktyki prywatnej. Przyrząd ten jest odmianą przyrządu Assmyego, w którym na miejscu dwuprzewodowego kurka Posnera wstawione są dwa odpowiednio urządzone zaciskacze i rurka szklanna w kształcie litery λ, wzięte z przyrządu Muchy. Igła jest takasama, jak w przyrządzie Schrameka. Przyrząd, zestawiony w ten sposób ze składowych części trzech przyrządów, łączy w sobie ich zalety. Igła wchodzi do żyły już zmontowana z resztą przyrządu, odpada tu zatem nasadzanie węża na igłę już w żyle tkwiącą, coby mogło zmienić jej położenie w żyle. Krew nie wylewa się po przebiciu żyły na rękę chorego lub lekarza, lecz uchodzi boczną rureczką do szklannej probówki, połączonej z igłą. Osobne naczynie z rozczynem fizyologicznym soli pozwala na skontrolowanie prawidłowego wlewania się płynu do żyły przed wpuszczeniem salwarsanu oraz na gruntowne przepłukanie żyły po wlaniu salwarsanu, niezbędne dla usunięcia resztek tego środka, drażniącego ścianę żylną. Otwieranie i zamykanie odbywa się zapomocą zaciskaczy, utrzymujących się automatycznie w stanie zamkniętym lub otwartym. Aparat wyjaławia się przez wygotowanie w całości. Mimo pozornie złożonej budowy obsługa przyrządu jest bardzo prosta, a co najważniejsza jeden lekarz może wykonać wszystkie zabiegi bez żadnej asystencyi. (Streszczenie własne).

3) Kol. Borzęcki przedstawia ze swojego oddziału: a) chorego lat 16, ze sprawą chorobową, zajmującą cały policzek prawy i przechodzącą stąd w dalszym ciągu na okolicę szyi aż do rowka nadobojczykowego. Zajęte miejsca przedstawiają częściowo bliznę, w obrębie jej wiele ognisk wrzodziejących. Nos siodełkowato zapadły. Ani w obrębie blizn, ani w otoczeniu ognisk, guzków znaleść nie można. Przed 1½ rokiem był chory gdzieindziej z powodu swego cierpienia operowany. Odczyn Wassermanna, wykonany przez kol. Borzęckiego, dał wynik dodatni. Choremu podano jodek potasu i obecnie po 14 dniach wszystkie ogniska prawie zabliźnione; b) chorego, który przyjęty został wczoraj z powodu nawrotnych zmian kiłowych pod postacią wysypki plamisto-guzkowej na tułowiu. U chorego zrobiono w kwietniu 1911 w oddziale wstrzyknięcie śródmiąższowe salwarsanu. W lipcu 1911 z powodu nawrotu leczony był wstrzykiwaniami salicylanu rtęciowego. W dniu dzisiejszym zrobiono o godzinie 11 rano wstrzyknięcie śródżylne **salwarsanu** 0·40. Ciepłota najwyższa 37·3. Na skórze tułowia, kończyn górnych i części ud daje się zauważyć bardzo obfita żywo czerwona osutka, przypominająca pokrzywkę. Rozmieszczenie jednak osutki tylko w miejscach, gdzie były wykwity kiłowe, przemawia za tem, że jest to **bardzo silny odczyn miejscowy** w otoczeniu i w samych plamach i guzkach (odczyn Jarisch-Herxheimera). (Str. wł.).

4) Dyskusya nad odczytem kol. Prof. Krzyształowicza i kol. Dr Webera **o śródżylnych wlewaniach salwarsanu**.

Kol. Weber przytacza jako jeden z wielu podobnych dowodów, przeciw teoryi Wechselmanna przemawiający, 2 krzywe gorączek. U 2 chorych wlano z tego samego rozczynu salwarsanu jednemu 120 cm^3, drugiemu 180 cm^3; u tego, któremu wlano mniej, ciepłota podniosła się do 39·7° C., u drugiego zaś doszła zaledwie do 37·2° C. Dalej przytacza W. 4 krzywe podniesień ciepłoty ciała u 4 chorych, którym wlano rozczyn salwarsanu przyrządzony sposobem Wechselmanna, a u których mimo to wystąpiło podniesienie się ciepłoty dość znaczne: u trzech chorych powyżej 38° C., u jednego powyżej 39° C. (Streszczenie własne).

Prof. Bujwid proponuje dla oczyszczenia powietrza, które wtłacza się balonikiem do przyrządu Krzyształowicza, przepuszczać je przez rurkę, wypełnioną watą wyjałowioną. Co do wstrzyknięć śródżylnych, to najwięcej znaczy wprawa. Przy doświadczeniach na zwierzętach niejednokrotnie osiąga się dobre wyniki przy pewnej wprawie tam, gdzie ich poprzednio nie dało się uzyskać. U mężczyzn bardzo łatwo jest wprowadzać igłę do żyły łokciowej, — u kobiet jest to nieraz zupełnie niemożliwe. Co do odkażania, przyrządy i ich części, nie mogące ulegać wyjałowieniu parą, bardzo dobrze się oczyszczały przez wymycie alkoholem. Robiąc wiele wstrzyknięć zapomocą strzykawki z metalowym tłoczkiem, przekonał się B. o bardzo dobrem działaniu tego sposobu; powołuje się zresztą na odczyt, wygłoszony tutaj nad porównawczem działaniem środków odkażających w kwietniu tego roku. Alkohol 50% okazał najlepsze działanie. (Streszczenie własne).

Dr Rosenhauch: Zapatrywanie Wechselmanna wielu autorów przyjmuje sceptycznie (po części słusznie). R. zwraca uwagę, że spostrzeżenia kol. Webera nie stanowią stanowczego dowodu przeciw zapatrywaniu Wechselmanna, który sądzi, że powodem podnoszenia się ciepłoty po wstrzyknięciu salwarsanu są substancye białkowate, zawarte w rozczynie soli. Mogą tu wchodzić bowiem w grę, obok innych czynników, właściwości osobnicze, które sprawiają, że u jednych mniejsza dawka ciepłotę podnosi, gdy u drugich większa podniesienia ciepłoty nie powoduje. (Streszczenie własne).

Prof. Wicherkiewicz: Nad techniką stosowania salwarsanu nie będę się rozwodzić, gdy już pora późna. Zdaje mi się, że przyrząd i sposób wstrzykiwania przedstawiony przez kolegę Kozłowskiego, odpowiadać powinien najlepiej celowi. Lubo robiłem tysiące wstrzykiwań sublimatu do żył zawsze bez trudności technicznych, to zniewolony jestem przyznać się, iż wstrzykiwania żylne salwarsanu niezawsze mi się udają. By w takich razach jednak nie tracić płynu przygotowanego, wstrzykuję go ewentualnie do połowy chorym odpowiednim pod skórę w plecy i to w kilku miej-

scach w łącznej ilości 60—80 gr. płynu. Wstrzyknięcie takie jest mało bolesne i nie wywołuje żadnego miejscowego odczynu, a skutek bywa dobry, jak się znowu niedawno przekonałem na przypadku trachomy z podstawą kiłową. Przypadek ten, leczony bezskutecznie najrozmaitszymi środkami, szybko polepszył się po salwarsanie, jak to na innem miejscu o tem donosiłem. Teraz, gdy po kilku miesiącach nastąpił nawrót, salwarsan znowu wywarł tensam skutek. Że w zapaleniach rogówkowych miąższowych salwarsan niema znaczenia spodziewanego, o tem obszernie na kongresie w Paryżu mówiłem; podkreślam jednak tutaj raz jeszcze, że w tych razach, gdzie zapalenie połączone bywa z silnym światłowstrętem i unaczynieniem rogówek, salwarsan działa zadziwiająco szybko na usunięcie światłowstrętu i zaczerwienienia oka, ale na tem koniec. Dla usunięcia zamglenia rogówki trzeba dalszego leczenia przetworami rtęciowymi czy jodowymi. Wiele innych chorób ocznych, na podstawie kiły występujących, z dobrym skutkiem leczyliśmy salwarsanem, jak kilaki spojówki, porażenia nerwu okoruchowego, odwodzącego, zapalenia tęczówki i t. d. Tak niewątpliwie więc salwarsan okazuje się cennym nabytkiem, ale nie takim, by mógł zupełnie wyrugować inne wypróbowane środki. (Streszczenie własne).

Kol. Borzęcki zaznacza, że przyrząd, jakiego używa kol. Krzyształowicz do wlewań śródżylnych salwarsanu, jest pod każdym względem bardzo dobry. Co do strony technicznej zabiegu podnosi mowca, że zwłaszcza u kobiet z powodu silniej wykształconej podściółki tłuszczowej z jednej strony, a mniej szerokich żył z drugiej strony, natrafia się czasem na znaczne trudnosei przy wprowadzeniu igły do światła żyły. Igła do wkłucia powinna być dosyć gruba, co bardzo skraca czas wlewania. Mowca zrobił do tej pory 54 wlewań. Co do odczynu bezpośredniego po wlewaniu, to był on takim, jak go opisał kol. Krzyształowicz; prócz więc podniesienia ciepłoty, dreszczów, u kilku chorych wymiotów i biegunki, bólu głowy, żadnych innych objawów mowca nie spostrzegał. Co do wysokości ciepłoty, to mniej więcej u $^1/_3$ chorych podnosiła się ona do 39—40° C., u $^1/_3$ od 38—39° C., zaś u $^1/_3$ gorączki nie było. Działanie środka jako objawowe jest zadziwiająco szybkie; objawy na ogół ustępują niemal w tylu dniach, co dawniej przy leczeniu przetworami rtęciowymi tygodniach. Niewątpliwie są przypadki, w których działanie salwarsanu jest mało energiczne, nawet zawodzi, na dowód czego przytacza kol. B. kilka przypadków. Wlewania śródżylne mają niewątpliwie wyższość nad wstrzykiwaniami śródmiąższowemi, które dla chorych były bardzo przykre, wywołując bardzo silny odczyn zaraz po zabiegu, a później dając powód do nacieków, utrzymujących się całymi miesiącami. Chociaż jeszcze do tej pory wskazania co do tego, ile razy i w jakich odstępach czasu robić wlewania salwarsanu, nie są ścisłe, to jednak wydaje się pewnem, że należy środek ten stosować w każdym przypadku kiły, o ile niema wyraźnego przeciwwskazania. Tak zwanych neurorecydyw, występujących w kilka tygodni po wstrzykiwaniach salwarsanu, mowca nie spostrzegał do tej pory ani razu. Finger spostrzegał ich wiele (8%) i gdyby dalsze spostrzeżenia miały to potwierdzić, to okoliczność ta skłoniłaby musiała do większej przezorności w stosowaniu tego środka. (Streszczenie własne).

Kol. Kostrzewski: W świetle tłómaczenia powstawania gorączki po wstrzykiwaniach salwarsanu, jakie daje Szymanowski, zupełnie jest zrozumiałem, co podnosi Prof. Krzyształowicz w odczycie. Mianowicie: w tem większej liczbie przypadków i tem wyższa jest gorączka, im kiła świeższa; najczęściej i najsilniejsze wzniesienia ciepłoty widać przy stosowaniu salwarsanu w przypadkach kiły »kwitnącej« — tem zaś rzadsze i słabsze są wzniesienia ciepłoty, im kiła późniejsza, a w przypadkach zmian »metasyfilitycznych« podniesień ciepłoty niema wcale lub w bardzo małym odsetku przypadków, i to tylko bardzo słabe. Gorączka po wstrzykiwaniach salwarsanu jest odczynem ustroju na produkta rozpadu krętków, — ustrój zaś oddziaływa (ceteris paribus) tem silniej, im krętków w nim więcej, a więc najsilniej w kile kwitnącej. (Streszczenie własne).

Kol. Gertler: Przedstawiony przez Prof. Krzyształowicza przyrząd do wlewań śródżylnych odznacza się nadzwyczajną prostotą i jest bardzo praktyczny, ma jednak małą wadę, którą należałoby usunąć. Przez wprowadzenie powietrza balonem wprowadzamy także drobnoustroje do rozczynu salwarsanu, jak o tem łatwo się przekonać można, gdy zamiast salwarsanu damy wodę jałową, Z niej łatwo można wyhodować 12—15 kolonii drobnoustrojów, o czem się doświadczeniem przekonać mogłem. Wprawdzie rozczyn salwarsanu może działać zabójczo na te drobnoustroje, ale czas zadziałania podczas wlewań jest za krótki, aby drobnoustroje zostały zupełnie zniszczone przed wprowadzeniem ich wprost do krwi, co czasem niezupełnie może być obojętnem dla ustroju. Dla uniknięcia tego można umieścić przed kolbką przyrząd, podobny do przyrządu, podanego przez Prof. Bujwida dla badania powietrza, składający się z probówki, do której wprowadzono 2 rurki, a na dnie tej rurki umieszcza się płyn do odkażenia powietrza; zanim więc powietrze dostanie się do salwarsanu, musi przejść przez płyn odkażający i unikniemy wprowadzenia drobnoustrojów wprost do żył. (Streszczenie własne).

Kol. Prof. Reiss zaznacza, że spostrzeżenia kol. Prof. Krzyształowicza i kol. Webera, tak zajmujące w kierunku oceny odczynu, jaki występuje po wlewaniach śródżylnych salwarsanu, nie mogły niestety objąć kwestyi dla praktyków najważniejszej, a dotyczącej działania tej metody na bliższą lub dalszą metę w kierunku usuwania objawów kiłowych, względnie zapobiegania szybkim nawrotom. Brak tych spostrzeżeń tłómaczy się tem, że chodziło tu o chorych, którzy niemal bezpośrednio po ustąpieniu odczynu opuszczali klinikę, uniemożliwiając klinice dalsze śledzenie przebiegu choroby. Z około 160 przypadków wlewań żylnych, wykonywanych w tutejszej klinice aż do doby obecnej, zgłosiło się zaledwie kilku chorych po raz drugi celem dalszej obserwacyi sprawy chorobowej. Przyczynia się do tego niewątpliwie brak wszelkich powikłań po wprowadzeniu salwarsanu drogą żył, w przeciwieństwie do tak przykrych i długotrwałych nacieków po wstrzykiwaniach śródmięśniowych tego przetworu, które zmuszały chorych przeważnie do dłuższego znacznie przebywania w klinice lub skłaniały ich do częstszego pojawiania się u lekarza w stałych odstępach czasu. A obserwacye te byłyby przedewszystkiem wskazane w celu porównania wyników dotychczasowych w kierunku usuwania zmian kiłowych i zapobiegania wczesnym nawrotom, osiąganych metodą śródżylną, z wynikami, stwierdzanymi metodą śródmięśniową, zwłaszcza że coraz to częściej podnoszą się głosy w literaturze, jakoby wlewania śródżylne działały wprawdzie szybko i doraźnie, działanie to jednak jest szybko przemijające i w porównaniu do działania wstrzykiwań śródmięśniowych nietrwałe. Odnośni autorowie (między tymi Rille), opierając się na sporym materyale, odnoszą wrażenie z obserwacyi dotychczasowych, że wstrzykiwania śródmięśniowe, jakkolwiek tak często dla chorych przykre, zdołają jednak utrzymywać ustrój o wiele dłużej w atmosferze arsenu, aniżeli wlewania śródżylne przetworu, choćby nawet w dawkach wysokich. Mowca odnosi wrażenie, że da się tu wprowadzić w analogię różnica, jaka zachodzi pomiędzy wprowadzeniem soli rtęciowych rozpuszczalnych i nierozpuszczalnych. Działanie pierwszych jak wiadomo szybkie, ale też i przemijające, musi też być często powtarzane, jeżeli chcemy liczyć na wynik na dalszą metę, dlatego że przetwór w danym rozczynie wprowadzony wprost do krążenia działa doraźnie, ale też nader szybko ustrój opuszcza. Kromayer pojmuje sprawę działania przetworu, wprowadzonego drogą wlewań, również w podobny sposób i zdając sprawę z odnośnych obserwacyi, opartych na dużym materyale, na zjeździe w Karlsruhe, oświadcza, że tylko często powtarzane wlewania śródżylne uważa za metodę należytego leczenia salwar

sanem. Autor ten powtarza wlewania po 0·2 do 0·3 na dawkę co 2 do 3 dni dopóty, dopóki nie dojdzie do 5 gramów salwarsanu u jednego chorego. Jak wiadomo, i po tych dawkach, stosowanych tą metodą, stwierdzano nawroty najrozmaitszych postaci kiły i dlatego mowca oświadcza, że jak z jednej strony dalekim jest, jak już zresztą przed rokiem z tego samego miejsca miał sposobność zaznaczyć, od entuzyazmu w kierunku tak przedwcześnie reklamowanej możliwości wyjałowienia ustroju, tak z drugiej strony musi się zastrzedz, że dziś nie pora jeszcze do wypowiadania stanowczego zdania w sprawie działania tej metody leczenia na dalszą metę. Potrzeba na to całego szeregu lat, po upływie których będziemy mieli sposobność przekonać się, jakie wyniki osiągnięto u chorych, leczonych dzisiaj wyłącznie powyższą metodą przez czas dłuższy lub krótszy. Mowca zaznacza, że przyjmuje obecnie do kliniki tylko tych chorych kiłowych, którzy przez dłuższy okres czasu w klinice przebywać mogą i rozpoczyna leczenie jednem wlewaniem śródżylnem salwarsanu w dawce 0·4, poczem przeprowadza normalne leczenie t. zw. główne rtęcią, najczęściej drogą kilku wlewań miąższowych salicylanu rtęciowego. Przed opuszczeniem kliniki chorzy otrzymują jeszcze jedno wlewanie salwarsanu w dawce równej poprzedniej. Mowca uważa, że takie »traitement mixte« zbliża się chyba najwięcej do leczenia idealnego kiły, a jeżeli materyał odnośnych chorych pozwoli mowcy po pewnym okresie czasu, na poczynienie pewnych obserwacyi w kierunku dalszego przebiegu choroby, nie omieszka mowca podzielić się swemi spostrzeżeniami z kolegami. (Streszczenie własne).

Nadto zabierali głos kol. Szymanowski i prelegent.

Sekretarz doroczny: Dr Grzybowski.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

73. Ogólne Zebranie w d. 30. września 1911.

Przez aklamacyę na przewodniczącego wybrany został kol. Przychodzki, poczem

I. Kol. Fidler zwrócił się do kol. Jubilata Przychodzkiego i obecnych z następującem przemówieniem:

»Szanowni Panowie! W dniu 22. czerwca b. r. nasz Szanowny w dniu dzisiejszym Przewodniczący, kolega Jan Przychodzki, skończył 50 lat pracy lekarskiej. Nikt bardziej od nas, współtowarzyszy Szanownego Jubilata, nie odczuwa ciężaru zawodu praktycznego lekarza, zmuszonego do wytężającej pracy bez względu na siebie i osobiste swoje potrzeby. To też 50-letnia służba lekarska społeczeństwu sama przez się zasługuje na wysokie uznanie ze strony najbliższych świadków i współpracowników Szanownego Jubilata. W ciągu półwiekowego okresu kol. Przychodzki zajmował stanowiska: ordynatora szpitala starozakonnych od 1862 do 1895 r., lekarza powiatu radomskiego od r. 1862 do 1887, a następnie lekarza miasta Radomia od r. 1886 do 1895. Piastował też przez szereg lat urząd honorowy radnego magistratu m. Radomia. Należy podnieść z uznaniem, iż Szanowny Jubilat bez względu na rozległą praktykę i zajęcia urzędowe znajdował dość czasu, aby pilnie śledzić postępy wiedzy lekarskiej z ojczystego piśmiennictwa. Szczerze się zajmował higieną, wynikiem czego była praca »O stanie sanitarnym m. Radomia«, drukowana w »Zdrowiu« przed pięciu laty. Dawał też chętny posłuch wszelkim nowoczesnym kierunkom w medycynie i nie stawiał żadnej tamy swym młodszym współpracownikom w stosowaniu nowoczesnych metod badania i leczenia. Temu też osobiście zawdzięczam możność czynienia dokładnych spostrzeżeń o działaniu surowicy przeciwbłoniczej w r. 1894 i następnych, gdyż ówczesny mój szef, a dzisiejszy Szanowny Jubilat chętnie udzielał miejsca w szpitalu starozakonnych moim chorym.

Stawał też Szanowny Jubilat w pierwszym szeregu do zbiorowej pracy lekarskiej. Gdy przed kilkudziesięciu laty nasi poprzednicy w Radomiu powzięli myśl wspólnej pracy naukowej, którą należało prowadzić prywatnie wskutek niemożności zorganizowania się, kol. Przychodzki gorąco sprawę popierał, jak o tem świadczą akta przechowywane w archiwum naszego Towarzystwa i w pracy znaczny udział przyjmował. To samo powtórzyło się, gdy około 1891 r. młodsza generacya lekarzy przystąpiła do wskrzeszenia ówczesnych prywatnych posiedzeń lekarskich. Widzimy też Szanownego Jubilata w gronie członków Towarzystwa lekarskiego radomskiego od pierwszych chwil jego założenia i świadczyć możemy, iż pomimo posuniętego wieku nie obcym jest żadnej sprawie, czy to naukowej, czy to bytowej. Przypomnę też tutaj, iż Szanowny Jubilat gorąco popierał akcyę zwalczania alkoholizmu, agitując w tym kierunku przy pomocy odczytów. Przypomnę zarówno, że sprawa budowy uzdrowiska dla suchotników w ziemi Radomskiej była i jest ukochaną myślą Szanownego Jubilata, który na cel ten ofiarował dochód z powyższych odczytów. Do ostatniej chwili niósł kaganiec oświaty wśród ciemnych rzesz, podjąwszy się sprawy odczytowej z anatomii i fizyologii w Stowarzyszeniu robotników chrześcijańskich. Godna to podziwu młodzieńcza energia, żądza wiedzy i pracy w chwili, gdy zdawaćby się mogło, iż troski o drobne codzienne potrzeby i wygody w tym wieku zagłuszą wszelki pęd do spraw natury nieosobistej. To też Towarzystwo lekarskie radomskie, w imieniu którego mam zaszczyt przemawiać, składając hołd Szanownemu Jubilatowi i swemu członkowi, w uznaniu 50-letniej pożytecznej pracy lekarskiej, i jednocześnie życzenia długiego życia i zdrowia, prosi o cenne współpracownictwo oraz o przyjęcie skromnego upominku w postaci tej oto grupy pamiątkowej«.

II. Kol. Przychodzki po wręczeniu mu przez prezesa Towarzystwa lekarskiego radomskiego grupy koleżeńskiej i złożeniu powinszowań i życzeń jubileuszowych odpowiedział, jak następuje:

»Wzruszenie, jakiego w tej najuroczystszej życia mego dobie, w dniu obchodu dnia jubileuszowego, doznaję, widząc Was, Szanowni Panowie i Koledzy, zebranych tu, aby okazać mi atencyę uznania półwiekowej mej pracy lekarskiej i słysząc Szanownego Prezesa naszego Towarzystwa, kolegi Dr Fidlera, zwrócone ku mnie słowa, za które składam Mu moje podziękowanie, fizycznie i duchowo złamany ciosami, jakie mnie dotknęły przez stratę drogich mi osób: ś. p. żony i w sile wieku jedynego syna — wzruszenie, powtarzam, nie pozwala mi wynurzyć Wam w całej pełni uczuć wdzięczności, jaką w tej chwili serce moje jest przejęte. Pozwolicie zatem, że w odpowiedzi ograniczę się kilkunastu słowy: Pół wieku, to ogrom czasu, to całe prawie życie ludzkie, a w szczególności życie lekarza wśród ciężkich i trudnych jego zadań zawodowych.

Przed pół wiekiem szkoła, która zaledwie po dojściu mej pełnoletności dała mi miano lekarza, jednocześnie udzieliła mi i ideał nauki czystej, niezabarwionej przymieszkami obcych tendencyi, ideał, podniesiony ongi do najwyższych szczytów. Ideał ten troskliwie pielęgnowany starałem się zachować aż po dzień dzisiejszy i ten mi był gwiazdą przewodnią, jak w życiu, tak i półwiekowej mej pracy. Przez cały ten okres życia nie zabiegałem o ambitne cele, lecz byłem skromnym pracownikiem, postawionym na straży zdrowia i życia mieszkańców kochanego miasta i jego okolic, oraz stróżem zdrowia publicznego. Nie zaznaczyłem zatem tych zasług, jakimi łaskawy mówca mnie obdarza, bo jeśliby cokolwiek mi za zasługę poczytać można, to tylko to, żem nigdy nie usiłował wyjść poza granicę mego uzdolnienia i sumienne wykonywanie przyjętych na siebie obowiązków. Po ukończeniu studyów lekarskich w Moskwie 1861 r. powróciłem do miasta, gdzie udzielono mi głównych podstaw do zdobycia wiedzy. Jako bardzo młody lekarz, pełen energii i zapału, pragnąłem poświęcić się praktyce lekarskiej; jako lekarz prowincyonalny, zdala od ognisk nauki, zdala od pracowni lekarskich, wówczas jeszcze u nas nieznanych, nie mogłem oddać się obejmowaniu szerokich horyzontów, zadań naukowych i analityczno-krytycznemu ich pogłębieniu. Z konieczności zakres mej działalności naukowej ograniczyć musiałem do badań i obserwacyi chorych w szpitalu i w tym celu wstąpiłem do szpitala św. Kazimierza, gdzie pod kierunkiem zdolnego, światłego lekarza, ś. p. Emila Gosławskiego, wspólnie z nim pracując, korzystałem z jego rad, opieki i wskazówek, za co składam hołd jego pamięci; w miarę nabywanej wiedzy i doświadczenia niosłem pomoc cierpiącym w praktyce prywatnej lekarskiej. W rok potem powołany zostałem do kierowania samodzielnie szpitalem starozakonnych w Radomiu, a jednocześnie powierzono mi spełnianie obowiązków lekarza powiatu radomskiego. Była to praca uciążliwa, częstokroć połączona z wielkiemi przykrościami, wyczerpująca, lecz wobec energii życiowej i zamiłowania do pracy — była mi istotną okrasą i szczęściem życia i sama w sobie stanowiła już dla mnie nagrodę, a przytem nauczyła mnie kochać ludzi bez względu na ich przymioty i wady.

Dziś, gdy niespracowaną jeszcze myślą spoglądam na zastęp mężów wiedzy lekarskiej, talentu i benedyktyńskiej pracowitości, widzę, jak wobec nich jestem malutkim i drobnym pył-

kiem, czuję, że mi rosną skrzydła do dalszego jeszcze lotu, spostrzegam jednak, że siły wiekiem i troską życiową stargane każą mi myśleć, że nastał dla mnie już mrok wieczorny, który wkrótce zamieni się w noc ciemną, skłaniającą do spoczynku, ale do spoczynku już wiecznego.

W tej jednak najpiękniejszej chwili życia mego błogosławię Opatrzność, że mi pozwoliła jej dożyć, a wraz z nią łączy się i wdzięczność dla Was, Szanowni Panowie i Koledzy, że pozwoliliście mi schylić się po ten wianuszek nagrody, uwity z Waszej dobroci serca i łaskawości. Oto wszystko, na co w tej chwili zdobyć się mogę. Raczcie wszyscy przyjąć moje najserdeczniejsze podziękowanie w krótkich słowach: »Bóg Wam zapłać« wraz z życzeniem, aby każdego z Was taka szczęśliwość, jaka dziś mnie spotkała, była i Waszym udziałem i abyście jej doczekali w dobrem zdrowiu... ad multos annos. Wreszcie niech mi wolno będzie złożyć Wam serdeczną podziękę za upominek, jakim z waszych podobizn zostałem obdarowany; będzie on dla mnie miłem wspomnieniem wspólnej pracy zawodowej i długich chwil, z wami przeżytych w zgodzie i przyjaźni koleżeńskiej, które zawsze umiałem cenić i cenię i proszę, chciejcie mi je zachować i nadal po najdłuższe dni życia mojego.

W zakończeniu mego przemówienia zwracam się jeszcze z jedną prośbą już do zarządu i członków Towarzystwa lekarskiego. Wiadomo nam wszystkim, jak ciężką klęskę ponoszą narody, a nasz w szczególności pod postacią najgroźniejszej choroby, jaką jest gruźlica. Pragnąc przyjść ze skromną pomocą w tej niedoli ludu naszego z okazyi dnia jubileuszu mojego złożyłem skromny fundusik 150 rb. Towarzystwu higienicznemu warszawskiemu, jako jedynej u nas instytucyi, mogącej skutecznie myśl moją i projekt zamienić w konkretną formę, na założenie uzdrowiska ludowego dla biednych chorych gruźliczych ziemi radomskiej. Zaproponowałem na to miejscowość już o pewnym rozgłosie, jako stacyi klimatycznej leśnej w dobrych i odpowiednich warunkach higienicznych, Garbatkę, położoną na pograniczu czterech guberníi, przy stacyi kolei Nadwiślańskiej tejże nazwy. Towarzystwo higieniczne warszawskie przekazało tę pierwszą cegiełkę Oddziałowi w Radomiu, który wyraził chęć zajęcia się poparciem tej mojej inicyatywy, a korzystając z moich wskazówek, przyobiecał wystąpić do Władzy o udzielenie gruntu w lasach rządowych. Was zaś, Szanowni Panowie, Członkowie Towarzystwa lekarskiego, upraszam o poparcie, a przez stosunki i wpływy o pobudzenie mieszkańców ziemi radomskiej do ofiarności, a mam to niezłomne przekonanie i nadzieję, że wskutek nich popłyną w tym celu składki i ofiary, a tym sposobem, daj Boże, może w niedalekiej przyszłości powstanie tak pilna i niezbędna lecznica ludowa, w której nieszczęśliwi chorzy już jeżeli niezupełnie zdrowie, to przynajmniej podtrzymanie życia i zdolności do dalszej pracy odzyskać będą mogli«.

III Kol. Pełczyński szczegółowo omawia sprawę założenia przytułku położniczego i odczytuje projekt ustawy, który brzmi:

Ustawa Towarzystwa przytułku położniczego w Radomiu.

Towarzystwo ma na celu: 1) Zapewnienie bezpłatnej pomocy lekarskiej ciężarnym, rodzącym i położnicom oraz przybyłym na świat w przytułku niemowlętom. 2) Praktyczne przygotowanie kobiet t. zw. babek wiejskich do niesienia pomocy rodzącym na wsi.

Skład Towarzystwa: Towarzystwo składa się z nieograniczonej liczby osób płci obojga, wszystkich stanów, zawodów i wyznań. Członkami mogą być wszyscy nie wyłączeni przez prawo od udziału w towarzystwach zalegalizowanych. Członków przyjmuje się bez balotowania. Członkowie dzielą się na: rzeczywistych, opłacających minimum rb. 6 rocznej składki, na honorowych, wybieranych przez Ogólne Zebranie za szczególne zasługi oddane Towarzystwu lub za przyczynienie się znaczną ofiarą do podniesienia funduszów Towarzystwa i na członków ofiarodawców, opłacających corocznie nie mniej, niż rubla. Członkowie, nieopłacający składki w ciągu roku, zostają wykreśleni z liczby członków Towarzystwa z zachowaniem wszakże prawa ponownego doń wstąpienia.

Fundusze Towarzystwa tworzą się: a) ze składek członkowskich, b) z ofiar, składanych na rzecz Towarzystwa oraz zbieranych do puszek, c) z zapisów testamentowych, d) z dochodów urządzanych przez Towarzystwo przedstawień amatorskich, wieczorów literackich, odczytów, koncertów itp., e) z $^0/_0$ od kapitałów, jakimi może rozporządzać Towarzystwo. Wszystkie wpływające do Towarzystwa sumy z przeznaczenia swego dzielą się na kapitały: żelazny i obrotowy. Kapitał żelazny powstaje z ofiar i innych wpływów, dokonanych z zastrzeżeniem nietykalności. Kapitał obrotowy powstaje z wszystkich innych sum oraz z $^0/_0$ od kapitału żelaznego.

Zarząd Towarzystwa: Kierownictwo Towarzystwa, zawiadywanie instytucyami i interesami należy: a) do Zarządu Towarzystwa, b) do Ogólnego Zebrania. Zarząd składa się z prezesa, zastępującego, sekretarza, skarbnika, dwu członków Zarządu i ordynującego lekarza. Członkowie Zarządu wybierani są na Ogólnem Zebraniu. Pierwszy Zarząd zostaje wybrany na trzy lata, przyczem skład jego odnawia się co rok o $^1/_3$ część w ciągu pierwszych dwu lat przez balotowanie, a następnie na mocy starszeństwa, przyczem ustępujący mogą być ponownie wybrani. Na wypadek dłuższej nieobecności lub ustąpienia członków Zarządu przed terminem — Zebranie Ogólne wybiera na taki sam okres czasu dwu kandydatów. Kandydat wstępujący do Zarządu pozostaje w nim do terminu, na który był wybrany członek Zarządu. (Uwaga. Członka Zarządu, nie biorącego udziału w posiedzeniach w ciągu 6 miesięcy, uważa się za zrzekającego się swych obowiązków w Zarządzie).

Zarząd zbiera się na posiedzenia przynajmniej raz na miesiąc na zaproszenie prezesa albo też na żądanie przynajmniej $^1/_3$ członków Zarządu. Dla prawomocności posiedzenia Zarządu konieczną jest obecność przynajmniej połowy członków prócz przewodniczącego. Uchwały Zarządu zapadają większością głosów obecnych na posiedzeniu członków. W razie równości głosów głos przewodniczącego przeważa.

Obowiązki Zarządu są następujące: a) Zarząd wybiera z pośród siebie prezesa, wiceprezesa, skarbnika i sekretarza oraz rozdziela czynności pomiędzy sobą, b) stara się o powiększenie funduszów Towarzystwa i możliwe osiągnięcie jego celów, c) zarządza majątkiem i kapitałami Towarzystwa, d) wybiera i uwalnia funkcyonaryuszów przytułku: lekarza, akuszerkę i niższą służbę, e) ma nadzór nad prawidłowem pełnieniem obowiązków przez osoby, znajdujące się na służbie przytułku, f) prowadzi listę członków, g) ma nadzór nad wpływaniem we właściwym czasie rocznych składek członkowskich i wykreślaniem z listy osób na mocy § 7, h) ustanawia sposób rachunkowości i prowadzenia kancelaryi Towarzystwa, i) koresponduje z instytucyami i osobami w imieniu Towarzystwa, j) zwołuje Ogólne Zebranie, k) sporządza i przedstawia do zatwierdzenia Zebrań Ogólnych roczne budżety i sprawozdanie o funduszach i działalności Towarzystwa, l) wypełnia uchwały Towarzystwa, ł) rozpatruje wnioski poszczególnych członków Towarzystwa.

Prezes Zarządu zaprasza członków na posiedzenie Zarządu i Zebranie Ogólne, kieruje obradami na posiedzeniach Zarządu, pilnuje wykonania ustawy oraz postanowień Zarządu, Zebrań Ogólnych, tudzież ma nadzór nad ogólnym biegiem spraw. Na wypadek choroby lub nieobecności prezesa prawa jego i obowiązki przelewają się na wiceprezesa. W razie nieobecności i tego ostatniego na posiedzeniach Zarządu przewodniczy jeden z obecnych członków po wspólnem między nimi porozumieniu. Zarządowi przysługuje prawo zapraszania na posiedzenia osób nienależących do jego składu, a nawet zupełnie obcych Towarzystwu, których udział jednak przy decydowaniu spraw może być pożądany.

Zebrania Ogólne: Zebrania ogólne bywają: zwyczajne i nadzwyczajne. Zebranie zwyczajne zwołuje się przynajmniej raz na rok; nadzwyczajne w razie potrzeby dla zdecydowania spraw pilnych, nie zdecydowanych przez Zarząd lub przekraczających jego atrybucyę na żądanie Zarządu lub $^1/_{10}$ liczby członków. Zebrania Ogólne zagaja prezes Zarządu. Na przewodniczącego Zebraniu Ogólnemu zgromadzeni każdorazowo wybierają jednego z członków. Gdy na Zebraniu Ogólnem rozpatruje się sprawozdania Zarządu lub skargi na jego działalność, przewodniczącym Zebraniu nie może być osoba należąca do Zarządu. Zebranie Ogólne uważa się za prawomocne, o ile bierze w niem udział nie mniej niż $^2/_3$ członków Towarzystwa przy decydowaniu spraw co do nabycia lub sprzedaży nieruchomości, co do zmiany ustawy, co do wykreślenia z listy Towarzystwa członków, których działalność jest szkodliwa dla interesów Towarzystwa, co do ponownego przyjęcia wykreślonych do składu Towarzystwa; co do zwinięcia Towarzystwa konieczną jest obecność na Zebraniu $^1/_2$ członków Towarzystwa. Skoro zebranie nie nastąpi skutkiem nieprzybycia tej liczby członków, zwołuje się je powtórnie, nie wcześniej jednak, jak za tydzień dla zdecydowania tychże spraw i Zebranie to uważa się za prawomocne bez względu na liczbę obecnych członków, o czem w ogłoszeniach o Zebraniu uprzedza się członków.

Sprawy na Zebraniach Ogólnych rozstrzyga się większością głosów z wyjątkiem spraw, dotyczących sprzedaży i nabycia

nieruchomości, zmiany lub dopełnienia ustawy, zwinięcia Towarzystwa, wykreślenia z listy tych członków, których działalność nie odpowiada jego interesom, do których decydowania wymaganą jest zgoda $^2/_3$ obecnych na Zebraniu członków. Wszystkich wyborów dokonywa się na Zebraniach zapomocą balowania tajnego.

Do zadań Zebrań Ogólnych należy: a) Wybór przewodniczącego na Zebraniu Ogólnem, członków honorowych Towarzystwa, członków Zarządu i Komisyi rewizyjnej tudzież kandydatów, b) zatwierdzanie sprawozdania rocznego o funduszach i działalności Towarzystwa, budżetów na rok następny i wniosków Komisyi rewizyjnej, c) rozstrzyganie co do zmiany lub dopełnienia ustawy, d) uchwały co do nabywania lub sprzedaży nieruchomości, c) decydowanie co do zwinięcia Towarzystwa, f) rozpatrywanie wszystkich wogóle spraw, przedstawionych przez Zarząd, Komisyę rewizyjną lub przez poszczególnych członków Towarzystwa.

Komisya rewizyjna składa się z trzech członków, wybieranych co rok przez Zebranie Ogólne. Przewodniczącego Komisyi rewizyjnej wybierają z pośród siebie członkowie tejże. W razie choroby dłuższej lub nieobecności członka Komisyi rewizyjnej skutkiem ustąpienia przed terminem wybierani są dwaj kandydaci w takim samym porządku i na takiż termin. (Uwaga. Stanowiska członków Zarządu i członków Komisyi rewizyjnej nie mogą być łączone ze sobą).

Komisya rewizyjna obowiązana jest kontrolować majątek, księgi Towarzystwa oraz ma prawo wydawania opinii co do celowości wydatków. Do obowiązków jej należy także sprawdzanie sprawozdania rocznego i budżetów Towarzystwa. W tym celu Zarząd udziela Komisyi sprawozdania i budżetu, nie później jednak, jak na 2 tygodnie przez Zebraniem Ogólnem, na którem mają być zatwierdzone. Rewizyi dopełnia prezes Komisyi w obecności przynajmniej jednego jej członka i o rezultacie swej działalności Komisya komunikuje Zebraniu Ogólnemu. O rezultacie rewizyi członkowie zamieszczają swe uwagi w przejrzanych przez się książkach.

Towarzystwo ma prawo nabywać sposobem przez prawo dozwolonym nieruchomości, sprzedawać je, zawierać wszelkiego rodzaju umowy oraz bronić swych interesów w sądzie za pośrednictwem pełnomocników. W razie rozwiązania Towarzystwa wszystkie fundusze i majątek przechodzą na własność jednej lub kilku instytucyi społecznych, wskazanych przez Ogólne Zebranie.

Dyskusyę odłożono do następnego zebrania.

IV. Kol. Fidler odczytał rzecz: **Zarys dziejów leczenia gruźlicy oraz przewidywania na przyszłość.** (Pracę tę przedstawił kol. Fidler na Zjeździe łódzkim w czerwcu br.).

Członek Zarządu sekretarz: T. Rakowski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Krajowa Rada Zdrowia we Lwowie zajmowała się na posiedzeniu w d. 11. listopada 1911 następującemi sprawami: okręgi akuszeryjne w Brzeżańskiem, docentura higieny w seminaryum naucz. męzkiem we Lwowie, Zakład kąpielowy w Nowosielcach, Zakład w Krościenku jako uzdrowisko, taksa szpitalna w Podhajcach.

— Kalendarz lekarski krakowski z powodu dalszych ulepszeń i uzupełnień ukaże się w roku bieżącym, jak się dowiadujemy, nieco później, niż zwykle, mianowicie z końcem listopada.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 29. X. do 4. XI. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 16 † 5 (w tem obcych 10 † 3), krztuśca 4, ospy wietrznej 3, płonicy 27 † 2 (2 † —), odry 14 † 2, duru brzusznego 10 † — (4 † —), czerwonki 1, róży 2 † 1. Dr Janiszewski.

Warszawa. Przy warszawskiem Stowarzyszeniu lekarzy powstała Komisya przemysłowo-lekarska (na zasadzie punktu 4 lit. C. W. S. L.). Komisya dzieli się na 2 wydziały, a mianowicie: wydział informacyjno-pośredniczący i wydział orzeczeń zawodowo-lekarskich.

Wydział informacyjno-pośredniczący: 1) udziela członkom W. S L. wskazówek i informacyi w sprawie nabywania przyrządów i narzędzi lekarskich, książek, pism, podręczników itp., środków i przetworów leczniczych, wód mineralnych itd. 2) Wydział pośredniczy pomiędzy wytwórcami, ewent. handlującymi przedmiotami użytku lekarskiego, a nabywcami-członkami W. S. L., a to przez nawiązanie stosunków bliższych z tymi wytwórcami ew. handlującymi, oraz uzyskiwanie pewnych umówionych bliżej ustępstw dla członków W. S. L. (Pożądane jest wchodzenie w stosunki przedewszystkiem z wytwórcami krajowymi). 3) Wydział może pośredniczyć pomiędzy członkami W. S. L. w sprawach kupna i sprzedaży przedmiotów użyteczności lekarskiej. 4) W celu tem łatwiejszego spełniania zadań powyższych, wydział gromadzi cenniki, katalogi, okazy i wykazy cen rozmaitych przedmiotów użyteczności lekarskiej i może urządzać wystawy i pokazy przedmiotów tego rodzaju.

Wydział orzeczeń zawodowo-lekarskich. 1) Zajmuje się wydawaniem orzeczeń, opinii i ocen odnośnie do danych przedmiotów użyteczności lekarskiej, przetworów leczniczych, środków farmaceutycznych itp., dopuszczonych do obiegu handlowego i wytwarzanych przez producentów, przedewszystkiem krajowych, upoważnionych przez władze państwowe do wprowadzenia tych środków i przetworów do handlu. Żadnych leków o nieznanym składzie chemicznym, jak niemniej żadnych tak zwanych środków uniwersalnych, a także przetworów, które jako objęte farmakopeą, każda apteka sporządzać według przepisu lekarza powinna, wydział do oceny nie przyjmuje. 2) Wydział podejmuje się przeprowadzenia ocen, bądź na życzenie producenta, bądź z inicyatywy własnej, oraz członków W. S. L. 3) Wydział wydaje orzeczenia po przeprowadzeniu odnośnych badań przez jej członków lub przez innych znawców z łona lub poza stowarzyszonymi przez nią powołanych.

Regulamin komisyi przemysłowo-lekarskiej jest następujący: 1) Komisya składa się z 12 członków W. S. L., powołanych przez Zarząd W. S. L. corocznie. Ci wybierają z pośród siebie biuro (przewodniczącego, jego zastępcę, oraz sekretarza). 2) Po ustąpieniu jednego z członków Zarząd W. S. L. na przedstawienie Komisyi powołuje na jego miejsce innego. 3) Członek Komisyi, który przez 2 miesiące nie był na żadnem posiedzeniu, temsamem uważać się powinien za składającego mandat. 4) Komisya składa szczegółowe sprawozdanie ze swych czynności corocznie na zebraniu ogólnem członków W. S. L. 5) Wnioski i orzeczenia Komisyi przedstawiane są Zarządowi W. S. L. 6) Wnioski i orzeczenia komisyi, przez biuro komisyi odpowiednio zredagowane i przez komisyę in pleno, oraz przez Zarząd W. S. L. zaaprobowane, mogą być publikowane w sposób i w formie przez komisyę za odpowiednie uznane, które obowiązują bezwarunkowo producentów. 7) Producenci, pragnący poddać swe wytwory orzeczeniom komisyi, podpisują odpowiednie deklaracye, każdorazowo przez komisyę układane. 8) Komisya władna jest cofnąć raz wydane przez siebie orzeczenie, gdy znajdzie po temu słuszne powody. 9) Wszelkie koszta, związane z wydawaniem orzeczeń, na zasadzie uznanych przez komisyę za konieczne badań, pokrywane są przez producentów.

Do komisyi przemysłowo-lekarskiej na rok bieżący powołani zostali przez Zarząd Stowarzyszenia następujący członkowie: Borzymowski, Bregman, Dydyński, Gruszczyński, Gurbski, Jaworski, Knappe, Kucharzewski, Reut, Rzętkowski, Starkiewicz i Wielobycki. W skład biura weszli: Kucharzewski jako przewodniczący, Borzymowski jako zastępca, Knappe jako sekretarz. Komisya rozesłała do wszystkich firm warszawskich oraz zagranicznych, mających przedstawicielstwa w Warszawie, odpowie-

dnie listy, oraz zajęła się gromadzeniem cenników i katalogów firm krajowych i zagranicznych. W. K.

Z różnych stron. Spadkobiercy milionera Bleichrödera złożyli Towarzystwu lekarzy i przyrodników niem. kwotę 100.000 marek, z których odsetki mają być obrócone na popieranie prac z dziedziny medycyny i przyrody, podejmowanych przez osoby nie mogące korzystać z zakładów dobrze urządzonych. Wykluczeni są wobec tego z tej fundacyi kierownicy i pracownicy klinik i zakładów, z wyjątkiem nadzwyczajnych okoliczności. X.

Mianowani w austryackim lekarskim korpusie wojskowym generałami-lekarzami: Dr Br. de Berier Longschamps szef sanitarny XI korpusu, Dr Zdz. Juchnowicz-Hordyński w Wiedniu; st. lek. sztabowymi: Dr E. Karchezy i L. Szyjkowski; lekarzem sztabowym: Dr J. Tokarski w Przemyślu, Dr B. Gesang w Rzeszowie; star. lek. w rezerwie: Dr J. Allerhand, Dr Zd. Kotiers, Dr Rendelstein, Dr Ig. Wiesar.

Zmarli: Dr Ignacy Koziejowski w 72 r. ż. w Lublinie; anatom Prof. Stöhr w Würzburgu.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 22. listopada 1911 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Prof. Bujwid: Bakteryologiczne badania wody w rzece Wiśle na długości 200 klm. poniżej Krakowa. 2) Prof. N. Cybulski i Dr Surzycki: Objawy elektrokardyograficzne przy pericarditis exsudativa.

Rok L. Kraków, dnia 25. listopada 1911. Nr 47.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O gorączce menstruacyjnej u kobiet gruźliczych (z uwzględnieniem niektórych objawów patologicznych).

Przez

Dra Kazimierza Dłuskiego.

Gorączka »menstruacyjna«, wykryta przed kilkunastu laty przez Turbana u kobiet gruźliczych, stanowiąc odtąd przedmiot licznych badań, nie jest jeszcze należycie wyjaśnioną. Jak poniżej zobaczymy, zdania klinicystów o jej częstości, chwili pojawiania się, wreszcie jej stosunku do gruźlicy i t. d. bardzo się pomiędzy sobą różnią. Odrazu nasuwa się pytanie, gdzie leży przyczyna tych różnic w poglądach? Wydaje się nam, iż przyczyna zasadnicza polega na tem, iż dotąd ani gorączka, ani miesiączkowanie teoretycznie nie są dostatecznie wyjaśnione, że cały szereg ważnych spraw biologicznych, z niemi związanych, nie znalazł również pomimo licznych badań i poszukiwań należytego wyjaśnienia, a więc związek między miesiączką (M) i gruźlicą (T) [1]) nie może być dziś jeszcze bliżej określony. Już samo określenie gorączki przez wynalazcę ośrodka ciepło-twórczego, Aronsohna, które brzmi: »wzniesienie ciepłoty, wywołane przez podrażnienie ośrodka wytwarzającego ciepło przy jednoczesnem wzmożeniu przemiany materyi i przyspieszeniu tętna i oddechu«, (1) nie tłómaczy nam całego kompleksu zjawisk patologicznych, choć bardzo udatnie usiłuje zamknąć w ogólnej formule niektóre ważne zjawiska, zachodzące w ustroju podczas gorączki. — Jeśli przyjmiemy taką ogólną formułę, to odrazu zjawia się pytanie z powodu poglądów Krehla i Bergla, przytoczonych przez Aronsohna, a mianowicie, czy gorączka może powstawać bez udziału układu nerwowego w tkankach wskutek ich rozpadu pod wpływem działania na nie ciał białkowych? Zachodzi duża wątpliwość, czy pytanie takie jest dziś ostatecznie rozstrzygnięte. — Obok niego zjawia się drugie pytanie, jak się zdaje, ważniejsze jeszcze pod względem teoretycznym i klinicznym. Jeśli pominiemy gorączkę doświadczalną, wywołaną przez bezpośredni uraz (ukłucie) ciał prążkowanych (corpora striata), to wogóle ze słowem gorączka związane jest dziś pojęcie o podrażnieniu tego ośrodka na drodze zakażenia lub intoksykacyi. Tymczasem, pomijając już gorączkę »humoralną«, nie jest rozstrzygnięta sprawa gorączki tak zwanej »nerwowej« lub »psychicznej (»suggestyjnej«). Strümpell [2]) wprawdzie idzie tak daleko, że zwolennikom »czystej nerwowej« gorączki przypisuje brak dokładnego spostrzegania chorych, my jednak nie możemy pominąć opinii badaczy, którzy się tą sprawą specyalnie zajmowali i istnienie tej »nerwowej« gorączki uważają za fakt, a nie za urojenie. Pozwolimy tu sobie przytoczyć między innymi Gluzińskiego (14) i Aronsohna, który znajduje aż 10 różnych odmian tej gorączki (2) i podaje przykłady nieprawdopodobnych wzniesień ciepłoty do 49, a nawet do 55 C° po wstrząśnieniach nerwowych przy prawidłowym zresztą stanie osobników (1). Mamy zresztą nasze własne spostrzeżenia na korzyść tej opinii. — Również gorączka psychiczna (»suggestyjna«) ma za sobą szereg spostrzeżeń i nie może być »levi manu« odrzucona. Pozwolimy sobie powołać się tu między innemi na spostrzeżenia Fürsta, oraz Köhlera i Behra. Jeśli taki czynnik, jak zakażenie i intoksykacya odgrywa dominującą rolę w powstawaniu gorączki, to znów czynnik nerwowy i psychiczny nie może być całkowicie zapoznany, a zwłaszcza u osobników z układem nerwowym o podniesionej do wysokiego stopnia pobudliwości, jak to się dzieje w gruźlicy. Pytanie więc, czy układ nerwowy sam przez się nie odgrywa pewnej roli w gorączce »menstruacyjnej«? — Ale, pomijając już zagadnienia sporne czysto teoretyczne, które jednak na gruncie klinicznym odbijają się echem wątpliwości lub niepewności, jedna z najważniejszych spraw, a mianowicie sprawa przemiany materyi w gorączce nie jest jeszcze dostatecznie zbadana. Nie jest naszem zadaniem wchodzić w szczegóły, pozwolimy sobie powołać się tu między innymi na opinię Rollyego, który powiada, iż pomimo licznych badań dotyczących przemiany materyi w gorączce, »nie udało się jeszcze rzucić światła na najważniejsze zagadnienia« i zaznacza, że »o jakościowej stronie przemiany materyi w gorączce wiemy tyle, co nic« (42), oraz na Magnusa-Alslebena, który twierdzi, że u ciężko chorych na gruźlicę przemiana materyi może pozostawać w granicach niemal prawidłowych. Jeśli dotykamy tej sprawy, to z tej przyczyny, że sprawa przemiany materyi podczas miesiączkowania — jak niżej zobaczymy — nie jest należycie wyświetlona i napotyka na

[1]) Uwaga. Ciepłotę będziemy stale oznaczali przez skrócenie przez literę T, miesiączkowanie zaś przez literę M.

[2]) Ueber das sogenannte Hyster-Fieber«. Spraw. w Münch. m. W.« 1906, Nr 23.

różne sprzeczności. Jeśli zaś przemiana materyi w gorączce z jednej strony, w miesiączkowaniu z drugiej strony nie jest dostatecznie zbadana, to stąd a priori wypada logiczny wniosek, że stosunek miesiączkowania do gorączki, gdzie podstawą są właśnie zaburzenia w przemianie materyi, nie może być dokładnie określony. Ale to sprawa dalszego rozważania. — Tymczasem chcielibyśmy zwrócić uwagę jeszcze na jedną ważną okoliczność. Wiadomą jest rzeczą, iż w pewnych okresach miesiączkowania ustrój, jak o tem świadczy cały szereg zjawisk patologicznych, znajduje się w stanie zmniejszonej odporności. Otóż byłoby rzeczą nieposledniej wagi wiedzieć, czy gorączka »menstruacyjna« działa w kierunku zmniejszenia, czy też podniesienia tej odporności? Dlatego jednak musiałoby być pierwej rozstrzygnięte zasadnicze pytanie, a mianowicie, czy gorączka wogóle pomaga ustrojowi do samoobrony przed zakażeniem lub intoksykacyą, czy też obniża siły odporne, jednem słowem, czy jest zjawiskiem dodatniem, czy też szkodliwem dla niego. W tym względzie zdania są bardzo podzielone. Lüdke w swych doświadczeniach nad zwierzętami dochodzi do wniosku, że gorączka może wpływać na wzmożenie i przyspieszenie wytwarzania się odtrutek (Antikörper) i na wzmożenie zdolności do łączenia się antygenu z odtrutką. Zaś Aronsohn i Citron ([3]) w swych doświadczeniach u zwierząt nie znajdują wogóle zwiększenia ani niweczników (Antikörper), ani dopełniacza [3]). Rolly formułuje swą opinię, opartą również na osobistych badaniach, w ten sposób, że umiarkowana gorączka wywiera wpływ bardziej dodatni, niż ujemny, na dążenie ustroju do szybszego uwolnienia się od drobnoustrojów i ich toksyn lub ich zobojętnienia ([41]). Jak widzimy, sprawa jasną nie jest, a tymczasem ma ona bardzo blizki związek ze sprawą stosunku miesiączkowania do ciepłoty, co chyba zbyteczna dowodzić.

Wreszcie sama istota miesiączkowania nie jest pod względem fizyologicznym dostatecznie wyjaśniona. Biedl n. p. wykazuje niezależność miesiączkowania od jajeczkowania (owulacyi), które to miesiączkowanie w $1/3$ wypadków odbywa się z nią niejednocześnie. Utrzymuje dalej, że specyalne hormony regulują całą korelacyjną działalność jajników, oraz, że istota miesiączkowania polega właściwie nie na krwawieniu, lecz na okresowo odbywającej się przemianie błony śluzowej macicy, — miesiączkowanie zaś jest tylko częściowym tej przemiany objawem. (Zauważmy mimochodem, że w takich poglądach wyprzedzili Biedla o lat kilkadziesiąt francuzcy klinicyści, jak: Aran i Girodet, (przyt. przez Rib.-Dessaignes), Ribemont-Dessaignes, Tarnier). — Inni zaś autorowie stawiają miesiączkowanie w bezpośrednim przyczynowym związku z jajeczkowaniem. Schaeffer streszcza takie poglądy w krótkich słowach: »Ohne Ovulation keine Menstruation«. A dalej napotykamy nowe niejasności w samej biologicznej osnowie miesiączkowania. Na miejsce dawnej teoryi Pflügera, która na drodze odruchu nerwowego tłómaczyła cały szereg powikłanych spraw biologicznych i została podcięta w swych osnowach przez doświadczenia Halbana, powstała teorya biochemiczna, która te sprawy usiłuje wyjaśnić przez działanie wewnętrznej wydzieliny jajników na ustrój. Ale dziś nie jest nam jeszcze bliżej znane nawet samo źródło tej wydzieliny. Wedle A. Fränkla jest niem ciałko żółte [4]). Bouin zaś (przytoczony przez Biedla) i Biedl uważają za miejsce, w którem się ona wytwarza, grupę komórek, stanowiących t. zw. »glande interstitielle«. Nie jest również bliżej określona — jak powiada Biedl — chemiczna istota tej wydzieliny, choć jedna z jej właściwości, jak wypada z doświadczeń Schickelego, — antagonistyczna w stosunkach do właściwości wydzieliny nadnercza i przysadki mózgowej, — a mianowicie, hamujący wpływ na krzepliwość krwi i obniżenie jej ciśnienia, wydaje się dziś już ustaloną. Wreszcie nie jest jeszcze na drodze doświadczalnej dostatecznie wyjaśniony stosunek jajników do innych gruczołów o wydzielinie wewnętrznej, choć badania ostatniej doby rzuciły już sporo światła na tę pierwszorzędnej wagi sprawę biologiczną i ustaliły zgodnie z eksperymentem pewne typy kliniczne (n. p. dystrophia adiposogenitalis lub gigantismus infantilis).

Tem samem rola hormonów »asymilacyjnych« i »dezasymilacyjnych« w sprawie miesiączkowania na tle ogólnej »korelacyi chemicznej« ustroju nie jest bliżej znana [5]). Chyba jasnem jest, że dopiero bliższe określenie tej »korelacyi« może rozstrzygnąć cały szereg sprzeczności i niejasności, związanych ze sprawą miesiączkowania. — Na pierwszem miejscu mamy na widoku sprawę przemiany materyi i bezpośrednio z nią związaną sprawę ciepłoty. Jeśli dotkniemy przemiany materyi w M, to widzimy duże sprzeczności w poglądach poszczególnych autorów.

Schrader (przytoczony przez Schaeffera), Rabuteau i Ver Ecke (przyt. przez L. Zuntza) twierdzą, iż przemiana materyi jest mniejsza podczas, niż przed M. — Robin i Binet (przyt. przez L. Zuntza) przeciwnie, że największa podczas M. — Nary Jacoby (przyt. przez L. Zuntza) znajduje mniejszą po, niż podczas M. — Riebold, a zwłaszcza L. Zuntz, na podstawie własnych doświadczeń, nie znajdują niemal żadnej różnicy: przed, podczas lub po M.

Odpowiednio do tych sprzeczności doświadczenia fizyologiczne autorów dają różne wyniki. Ott i Zicharew np. twierdzą, że energia życiowa kobiety dosięga maximum przed M, Bossi zaś, wręcz przeciwnie, określa minimum tej energii właśnie przed M, z tego względu, iż toksyczne substancye, zawarte w wydzielinie jajników, opuszczają ustrój razem z wydzielaniem się krwi.

[3]) Barankiejeff, wywołując u królików gorączkę przez ukłucie doszła do wniosku, że gorączka zmniejsza wrodzoną ich odporność przeciw drobnoustrojom (gronkowce, paciorkowce i prątek (pneumobacillus) Friedländera.

[4]) Klein szczegółowo określa skład tej wydzieliny, czyli, »ooforyny«. Wedle niego ma się ona składać z: »follikuliny«, »owuliny« i »luteiny«.

[5]) Artykuł niniejszy był już na ukończeniu, gdy pojawił się artykuł Prof. Popielskiego »Teorya hormonów w oświetleniu faktów« (Lwowski Tygodnik lek. Nr 29, 1911), w którym autor na podstawie własnej teoryi o wazodylatynie odrzuca zupełnie istnienie hormonów. Rozstrzyganie zagadnień tego rodzaju przekracza zupełnie granice naszej kompetencyi. Ale autor powiada: »Rozmaite narządy oddziałują na siebie zapomocą ciał chemicznych, ale jeszcze w większym stopniu zapomocą nerwów«. — W całym naszym artykule kładziemy nacisk na to, że dziś bliżej nie są znane właściwości wydzieliny jajników i jej stosunku do wydzielin innych narządów. Byłoby również pożądane dokładne wyświetlenie roli nerwów.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B.) krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Przyczynek do nauki o nowotworach w klatce piersiowej.

Podał

Prymaryusz Dr A. Krokiewicz.

Pierwotne nowotwory w klatce piersiowej należą bezsprzecznie do rzadszych zjawisk chorobowych. Najczęściej wychodzą one z grasicy, gruczołów oskrzelowych, z miąższu płucnego i opłucnej (William Osler: »Lehrbuch der internen Medizin 1909), tudzież z tkanki łącznej śródpiersia (Eichhorst: Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie für innere Krankheiten 1904). Na 10,829 sekcyi, dokonanych w instytucie patologicznym monachijskim w ciągu ostatnich 10 lat (Seydel: Münchener med. Wochs. Nr 10, 1910) stwierdzono wogóle obecność nowotworów w klatce piersiowej 1342 razy, t. j. 12·4%.

Hare stwierdził na 520 przypadków nowotworów śródpiersia: 134 razy — raka, 98 razy — mięsaka, 21 razy gruczolaka limfatycznego (lymphoma), 7 razy włókniaka, 11 razy — skórzaki, 8 razy wieńcogłówkę, tudzież tłuszczaki, gumiaki, chrząstniaki pojedyncze. Według niego w śródpiersiu najczęściej pojawia się rak, a potem mięsaki. W 48 przypadkach raka i 33 przypadkach mięsaka nowotwór usadowił się wyłącznie w śródpiersiu przedniem. Według statystyki Strauscheida na 112 przypadków nowotworów śródpiersia stwierdzono: 46 razy raka, 30 razy mięsaka, 12 razy skórzaki, 8 razy gruczolaki limfatyczne, 5 razy włókniaki, 3 razy wieńcogłówkę, raz guzy białaczkowe, gumiaki, mięsako-raka (sarcoma carcinomatodes), chrząstniaka kostnawego (osteoidchondroma), potworniaka (teratoma myomatodes).

Nowotwory opłucnej (Eichhorst) występują jako raki, mięsaki, a rzadko włókniaki, chrząstniaki i torbiele skórzaste. Praktyczne znaczenie mają raki i mięsaki. Mięsaki rzadziej się pojawiają. Raki na opłucnej są prawie zawsze pochodzenia wtórorzędnego, choć rzadko pojawiają się i pierwotnie pod postacią t. zw. śródbłoniaków (Wagner, Fränkel, Riedel), rozwijając się z środbłonka naczyń limfatycznych opłucnych.

Nowotwory w płucach są wogóle rzadkie. Wiele z nich ma znaczenie tylko wyłącznie anatomo-patologiczne i tylko rak i mięsak płuc mają znaczenie kliniczne. Oprócz raków i mięsaków pojawiają się w płucach włókniaki, tłuszczaki, chrząstniaki (Pollak), kostniaki (Devis, S. Pariot, Arnsperger, Przewoski), torbiele skórzaste i niekiedy nowotwory mieszane. Przewoski opisał włókniaka, który zajmował górny i średni płat płuca prawego i dosięgał znacznych rozmiarów. Seydel na 1342 przypadków nowotworów klatki piersiowej stwierdził 184 razy zajęcie płuc i opłucnej sprawą nowotworową, t. j. 13·7%; z tych 73·4% stanowiły przerzuty (135 przyp.); w 9·8% (18 przyp.) nowotwór przechodził bezpośrednio z sąsiednich narządów na płuca, a w 16·8% (31 przyp.) pierwotnie usadowił się w miąższu płucnym. Wogóle raki pierwotne w miąższu płucnym są rzadkie, a bardzo rzadkie mięsaki; zwykle są one pochodzenia wtórorzędnego. Reinhard zebrał w literaturze zaledwie 27 przypadków pierwotnego raka płuc.

Toż samo i nowotwory na osierdziu są rzadkie; niekiedy dosięgają wielkich rozmiarów, następnie rozrastają się w tkance śródpiersia tak, iż sprawiają wrażenie, jakoby pierwotnie ze śródpiersia się rozwinęły. Mięsaki i raki na osierdziu powstają najczęściej wtórorzędnie i to przechodząc bezpośrednio z sąsiednich narządów, a więc z przełyku, grasicy i t. d., rzadko jako przerzuty. Förster i Guarnieri opisali po jednym przypadku pierwotnego raka worka osierdziowego. Bardzo rzadko spotyka się na osierdziu włókniaki, tłuszczaki, chrząstniaki, gruczolaki limfatyczne; mają one wyłącznie prawie tylko znaczenie anatomo-patologiczne. Tak samo znaczenie anatomo-patologiczne mają i nowotwory mięśnia sercowego.

Na 26 przypadków pierwotnego nowotworu w mięśniu sercowym stwierdził Berthenson 9 razy mięsaka, 7 razy śluzaka, 6 razy włókniaka, 2 razy raka i tłuszczaka.

Na szczególniejszą uwagę tak ze stanowiska klinicznego, jak i anatomo-patologicznego zasługują nowotwory w klatce piersiowej, których punkt wyjścia stanowią żebra i mostek, t. zw. chrząstniako-mięsaki kostnawe (osteoidchondrosarcomata). Najczęściej rozwijają się one z ochrząstnej, a bardzo rzadko z samych żeber (Pathologisch-anatomische Diagnostik von Johannes Orth. Berlin, 1894 i Virchow: Die krankhaften Geschwülste I. pag. 438, 501, 534); okazują utkanie złożone z tkanki kostnawej chrząstkowej i łączno-komórkowej, zawierającej wysepki zwapniałe (bösartiges Osteoid Johanna Müllera) i odznaczają się znacznym rozrostem i skłonnością do tworzenia takich samych ognisk przerzutowych w narządach wewnętrznych. Według Seydla i Karewskiego każdy guz na klatce piersiowej, a zwłaszcza na żebrach i mostku należy już w samym zaczątku doszczętnie usunąć wraz z przylegającą opłucną i częścią płuca, gdyż guzy te okazują częstokroć budowę mieszaną, a częściej jeszcze są mięsakami złośliwymi, które przy względnie nieznacznem, ograniczonem wypukleniu klatki piersiowej na zewnątrz rozrastają się szybko do jamy klatki piersiowej i przez swą wielkość wywołują ucisk i przesunięcie narządów w klatce piersiowej.

W czerwcu b. r. miałem sposobność spostrzegać na moim oddziale przypadek nowotworu klatki piersiowej, który tak ze stanowiska klinicznego, jak i anatomo-patologicznego przedstawiał niezwykłe właściwości.

Józef Ż., lat 28 liczący, strażnik policyjny z S. (Królestwo Polskie), zauważyć miał od 7 miesięcy na klatce piersiowej w okolicy sutka prawego ograniczone wypuklenie, które odtąd zwolna nieznacznie się powiększało. Zrazu chory odczuwał tylko od czasu do czasu nieznaczne dreszczyki i ból w prawej połowie klatki piersiowej przy głębszem oddychaniu — i dopiero od 4 tygodni doznaje ciągłego dotkliwego bolu w boku prawym, gorączkuje i poci się rozpływnie. W ostatnich kilku dniach do powyższych przypadów chorobowych dołączyła się bardzo znaczna duszność z osłabieniem, tak, iż chory z trudnością może leżeć i przeważnie tylko siedzi. Z powodu tej znacznej duszności i gwałtownego ubytku sił chory zgłosił się na dniu 23. czerwca b. r. na oddział chorób wewnętrznych krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie, gdzie też przyjęty został.

Stan ówczesny chorego: Osobnik wzrostu średniego, o dość silnej budowie ciała. Skóra twarzy blado-sina. Na-

czynia żylne na klatce piersiowej i w górnej części brzucha nieznacznie rozszerzone. Kościec prawidłowo rozwinięty. Ciepłota ciała 36·6° C. Gruczoły chłonne zewnętrzne prawidłowe, nie powiększone. Klatka piersiowa po stronie prawej silniej wysklepiona i także międzyżebrza wygładzone. W okolicy sutka prawego na klatce piersiowej widoczne wypuklenie ograniczone, wielkości małej pięści człowieka dorosłego. Skóra w tem miejscu ruchoma, przesuwalna, a pod nią można wyczuć gładkie wypuklone żebra i międzyżebrza. Guz ten nie jest za uciskiem bolesny, nie tętni; jest dość oporny. Ruchomość klatki piersiowej po stronie prawej znacznie upośledzona. Klatka piersiowa nieco wdechowo ustawiona. Odgłos wypukowy po całej stronie prawej na klatce piersiowej stłumiony, przez co stłumienie na klatce piersiowej łączy się ze stłumieniem wątrobowem. Szmery oddechowe także prawie zupełnie zniesione i tylko w wązkim pasie przykręgowym, t. j. między wewnętrznym brzegiem łopatki prawej, a kręgosłupem, szmery oddechowe oskrzelowe bez rzężeń i świstów. Po stronie lewej klatki piersiowej dolna granica płuca lewego sięga z przodu w linii sutkowej do 3. żebra, a z tyłu w linii przykręgowej do dolnego brzegu 11. żebra; mało ruchoma. Odgłos opukowy także z przodu i z tyłu od szczytu aż do grzebienia łopatki przytłumiono-bębenkowy, a szmery oddechowe oskrzelowe, pokryte nielicznemi rzężeniami; poniżej grzebienia łopatki aż do podstawy płuca lewego wypuk jawno-bębenkowy, a szmery oddechowe zaostrzone, pokryte dość licznymi świstami i furczeniami. Nakłucia próbne, dokonane kilkakrotnie w guzie samym, jakoteż w prawej połowie klatki piersiowej w różnych miejscach, nie wykazały nigdzie obecności jakiegokolwiek płynu, a opór, na jaki igła natrafiała przy dokonywaniu powyższego zabiegu, nie był jednostajny; mianowicie igła początkowo wchodziła dość lekko, a potem zatrzymywała się, jakby na jakiej twardej przeszkodzie i dopiero przemocą można było wbić ją głębiej. Nakłucia pomimo dość forsownego zabiegu były mało bolesne. Liczba oddechów na minutę 30; dość znaczna duszność, orthopnöe. Plwociny ropne w skąpej ilości, zawierały prątki Kocha. (Czaplewski = $\frac{10}{1}$; $\frac{15}{}$).

Serce znacznie przesunięte na lewo w klatce piersiowej. Uderzenie koniuszkowe serca w 6. lewem międzyżebrzu w linii pachowej przedniej, oporne. Wymiary serca nie dają się bliżej oznaczyć, gdyż od góry i na prawo łączy się stłumienie serca ze stłumieniem od klatki piersiowej. Tony serca głuche. Tętno regularne, na obu tętnicach sprychowych równoczesne, 120 na minutę. Riva-Rocci 115 mm.

Język wilgotny, czysty, bladosiny. Brzuch miernie wzdęty. W jelitach mierna ilość gazów i kału. Wątroba powiększona, śledziona macalna. Badanie moczu dokonane w zakładzie chemii lekarskiej c. k. Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie stwierdziło, co następuje: Barwa winowożółta, c. g. 1·033, przeźroczystość prawie zupełna, odczyn kwaśny, osad zwiększony, urochrom zwiększony, urobilina prawidłowa, indykan b. silnie zwiększony, mocznik zwiększony, kwas moczowy zwiększony, chlorki prawidłowe, fosforany ziem alkaliów i fosforany potasowców silnie zwiększone, białka, cukru gronowego, acetonu, kwasu acetooctowego, barwików krwi i żółciowych, ani innych składników nieprawidłowych niema; osad pod drobnowidem zawiera pojedyncze kryształy szczawianu wapniowego, nabłonek płaski pojedynczo, dużo śluzu, leukocyty.

Badanie krwi wykazało: Hb. 58° (Sahli), krwinki czerwone 4,200.000, krwinki białe 12.400; wskaźnik 0·7; preparaty barwione (Jänner): neutrofile 60·5%, limfocyty małe 13·8%, limfocyty duże 8·8%, eozynowe 5·8%, bazofilne 1·1%, przejściowe 7·7%, myelocyty 2·1%.

Chory pozostawał w szpitalu przez 10 dni. W czasie spostrzegania klinicznego stwierdzono zawsze świadomość zupełnie utrzymaną; zupełnie prawidłowe źrenice; znaczną, ustawiczną duszność, głównie wdechową, od czasu do czasu z przedłużonymi, głębokimi oddechami, orthopnöe, przyczem liczba oddechów wynosiła 30—48 na minutę; tętno miękkie, regularne, równoczesne na obu tętnicach sprychowych, około 120; ciepłotę ciała od 36·6°—36·9° C; mierną sinicę na twarzy. Wśród coraz większej duszności chory zmarł nagle.

Rozpoznanie kliniczne opiewało: Tumor mediastini, Compressio bronchi ac pulmonis dextri. Adhaesiones pleuriticae d. Tuberculosis pulmonum. Dilatatio ac dislocatio cordis in partem sinistram thoracis.

Oględziny pośmiertne, dokonane w zakładzie anatomii patologicznej c. k. Uniwersytetu Jagiellońskiego przez Prof. Dra Glińskiego w dniu 5. VII. b. r. wykazały, co następuje:

Rozpoznanie anatomiczne: Osteoid-sarcoma costae VI. dextrae in cavum pleurae dextrae et mediastinum anticum crescens. Atelectasis totalis pulmonis d. e compressione c. neoplasmate. Dislocatio cordis in partem sinistram thoracis. Dislocatio et aplanatio hepatis. Hyperaemia recens passiva organorum internorum. Tuberculosis pulmonum. Caverna tuberculosa obsoleta in regione apicis pulmonis sin. Nodi tuberculosi caseosi dispersi pulmonis d. et partis superioris pulmonis sin. Bronchitis catarrhalis diffusa.

Budowa dobra; odżywienie mierne. Skóra na twarzy sino zabarwiona. Tkanka podskórna bez obrzęków.

Klatka piersiowa szeroka i obszerniejsza po stronie prawej, niż po lewej. Na bocznej części klatki piersiowej po stronie prawej zaznacza się obecność guza wielkości pięści, ze skórą nie zrośniętego, unoszącego ponad sobą mięśnie i skórę. Przy dokładnem oglądaniu widać, iż w obręb tego guza wchodzi VI. żebro prawe, które, przebiegając wśród guza, bardzo znacznie wrzecionowato grubieje i jest zastąpione przez tkankę nowotworową, która stąd szerzy się głównie w głąb klatki piersiowej, tworząc olbrzymich rozmiarów narośl, wypełniającą całkowicie prawą jamę opłucną i śródpiersia, ściśle pozrastaną ze ścianami klatki piersiowej (najściślej jednak w obrębie VI. żebra), odpychającą całkowicie worek osierdziowy wraz z jego zawartością na stronę lewą i spychającą znacznie w dół przeponę po stronie prawej. Guz ten na przekroju ma wejrzenie niejednostajne; wogóle jest zbity, twardy, z bardzo mnogiemi, wyraźnemi już makroskopowo gniazdami kostnemi; miejscami posiada wejrzenie jednolite, białawe, miejscami galaretowate. Pod drobnowidem okazuje utkanie właściwe: fibrochondroosteosarcoma. Waga guza wynosi 11 kg (22 ℔).

Kości prawidłowo rozwinięte. Czaszka symetryczna, prawidłowa. Opony (twarde i miękkie) cienkie, gładkie, lśniące. Mózg zbitości prawidłowej, dobrze ukrwiony. Komórki mózgowe prawidłowo szerokie; wyściółka ich gładka. Móżdżek, most, rdzeń przedłużony bez zmian.

Śródpiersie prawie całkowicie wypełnione przez powyżej opisany guz nowotworowy; prócz tego widocznych kilka oddzielnych guzków, jakby gruczołów powiększonych do wielkości orzecha włoskiego, a zachowujących się na przekroju, jak guz główny nowotworowy. Jama opłucna prawa ściśle wypełniona i pozrastana z guzem nowotworowym; do jamy opłucnej lewej wtłoczony worek osierdziowy wraz z jego zawartością. Opłucna płuca lewego w szczycie płuca silniej nastrzykana, upstrzona wybroczynami i pokryta nalotami włóknika; zresztą cienka, gładka, lśniąca.

Płuco prawe zepchnięte całkowicie ku kręgosłupowi i ugniecione przez rozrastający się guz nowotworowy. Miąższ jego niedodęty, całkowicie bezpowietrzny; wśród miąższu rozsiane pojedyncze gruzełki serowate. Płuco lewe w dolnych częściach niedodęte, bezpowietrzne. Nieco poniżej szczytu stara jama gruźlicza, wielkości jaja kurzego, naokoło otoczona rozsianymi guzkami serowatymi. Zresztą miąższ płuca lewego jest powietrzny, prawidłowej zbitości, za uciskiem zalewa się mierną ilością cieczy jasnej i pienistej.

Oskrzela: błona śluzowa silniej przekrwiona, rozpul-

chniona, pokryta dużą ilością śluzu gęstego; zgięcia lub wyraźnego ugniecenia oskrzeli po wyjęciu zawartości klatki piersiowej nie można było stwierdzić. Gruczoły oskrzelowe bez zmian. Błona śluzowa gardła, krtani i tchawicy biernie przekrwiona; toż samo i gruczoł tarczowy.

Worek osierdziowy wraz ze swą zawartością przesunięty na stronę lewą. Osierdzie i nasierdzie gładkie, lśniące, cienkie. Zrastający się z osierdziem guz nowotworowy tworzy guzowate wypuklenie od strony prawej do worka osierdziowego. Tkanka podnasierdziowa bez zmian. Serce wielkości pięści. Mięsień sercowy prawidłowo jędrny, dość silnie ukrwiony. Naczynia wieńcowe bez zmian. Komórka i przedsionek lewy nieco rozszerzone, o mięśniu niezgrubiałym, wypełnione sporą ilością krwi półpłynnej. Zastawki bez zmian. Podobnie zachowują się i komórka i przedsionek prawy i zastawki w sercu prawem. Tętnica główna i żyły główne skutkiem przesunięcia worka osierdziowego odpowiednio zgięte, zresztą bez zmian.

Jama brzuszna, otrzewna bez zmian. Przepona pozrastana z guzem nowotworowym w klatce piersiowej, tworzy po stronie prawej guzowate wielkie wypuklenie, przez co wątroba jest obniżona i okazuje odpowiednie odgnioty na górnej powierzchni. Wątroba sięga poniżej pępka i leży w jamie brzusznej ukośnie, t. j. wysoko po stronie lewej, a nizko po prawej. Miąższ wątroby silnie przekrwiony, zresztą makroskopowo niezmieniony.

Śledziona, nerki, miedniczki nerkowe, nadnercza, trzustka, przełyk i dalsze części przewodu pokarmowego, jak i narząd moczowo-płciowy bez zmian. Kościec prawidłowy.

Rozpatrując rzecz bliżej ze stanowiska klinicznego, nie da się zaprzeczyć, iż przypadek nasz budził niezwykłe zainteresowanie. Po dokładnem zbadaniu zaraz doszliśmy do przekonania, iż obok ostrej sprawy gruźliczej w płucach istnieje równocześnie odrębna sprawa chorobowa w klatce piersiowej, która polega na wytworzeniu się guza nowotworowego. Brak wszelkiego tętnienia wyłączał tętniaka; brak jakiejkolwiek treści w jamie opłucnej prawej wobec znacznego wysklepienia prawej połowy klatki piersiowej wyłączał obecność wysięku zapalnego; natomiast zachowanie się stłumienia w prawej połowie klatki piersiowej, niejednostajny opór przy nakłuwaniu ograniczonego wypuklenia, a względnie prawej połowy klatki piersiowej, uciśnięcie i zepchnięcie płuca prawego w okolicę przykręgową, przesunięcie znaczne serca na stronę lewą, znaczna duszność (orthopnöe) i rozszerzenie powierzchownych żył na klatce piersiowej i w górnej części jamy brzusznej, przemawiały za nowotworem w klatce piersiowej, wychodzącym najprawdopodobniej z gruczołów śródpiersia. Należy też nadmienić, iż wobec znacznego osłabienia chorego nie można było zastosować prześwietlenia promieniami Röntgena, coby rzecz jeszcze niezawodnie bliżej mogło wyjaśnić. Że twierdzenie nasze nie było bezpodstawne, wykazały oględziny pośmiertne. Po otwarciu klatki piersiowej można było stwierdzić, iż całe śródpiersie i jama opłucna prawa wypełnione były przez olbrzymi guz nowotworowy, ściśle pozrastany ze ścianami klatki piersiowej i z osierdziem, który tworzył guzowate wypuklenie od strony prawej do worka osierdziowego, przesunął worek osierdziowy wraz z zawartością na stronę lewą i spychał płuco prawe całkowicie ku kręgosłupowi, a przeponę po stronie prawej znacznie ku dołowi. Zrazu też zdawało się, iż siedzibę pierwotną nowotworu stanowi śródpiersie; dopiero po dokładnem zbadaniu okazało się, iż guz ten olbrzymi, ważący 11 kg., nie wychodził pierwotnie z tkanki lub gruczołów śródpiersia, ale z VI. żebra prawego i następowo dopiero głównie rozwijał się w prawej połowie klatki piersiowej i w jamie śródpiersia, wywołując nieprawidłowe stosunki w klatce piersiowej, a poniekąd i w jamie brzusznej przez przemieszczenie i ucisk odnośnych narządów.

Niezwykłe rozmiary guza, ważącego 11 kg i charakter anatomiczny przemawiają za dość powolnym jego rozwojem. Okoliczności tej przypisać należy, iż chory jeszcze na kilka (6) tygodni przed zejściem śmiertelnem mógł pełnić swą służbę zawodową. Przyczynę tego dziwnego zjawiska odnieść należy do zdolności przystosowywania się ustroju do zmniejszonej powierzchni oddechowej w czasie, kiedy guz zwolna rośnie. Dopiero skoro są zajęte znaczne odcinki płuca, występuje silna duszność, która nie daje się niczem usunąć i stanowi zapowiedź zejścia śmiertelnego. W przypadku naszym równocześnie tocząca się ostra sprawa gruźlicza w płucach przyspieszyła niezawodnie rychlejsze zejście śmiertelne.

Jak dalece ustrój może zwolna przystosowywać się do rozwoju guza w klatce piersiowej, poucza przypadek, opisany przez Schula (Münchener med. Wochs. Nr 24, 1910). Schule przytacza przypadek u chłopca 15-letniego, gdzie mięsak limfatyczny (lymphosarcoma) o rozmiarach głowy dziecka (14: 14 cm średnicy — badany anatomicznie przez Aschoffa) zajmował śródpiersie, był zrośnięty z osierdziem i uciskał w znacznym stopniu płuco prawe i tchawicę. Guz ten pomimo tak znacznych rozmiarów wywołał dopiero na dwa tygodnie przed zejściem śmiertelnem objawy chorobowe; poprzednio chory nic nie odczuwał.

Ze stanowiska anatomo-patologicznego należy podnieść w naszym przypadku, iż nowotwór pierwotnie wychodził z samego żebra i dopiero następowo dosięgnął tak znacznych rozmiarów w klatce piersiowej.

Oceny i sprawozdania.

Nowsze dzieła o wydzielaniu wewnętrznem.

Wobec tego, że sprawa gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, wychodząc poza ramy fizyologii i patologii, wiąże się coraz wyraźniej z ogólnemi zagadnieniami biologicznemi, a z drugiej strony z medycyną kliniczną, — nie będzie może rzeczą zbyteczną zestawić szereg nowszych dzieł i artykułów, które weszły w ostatnich czasach do literatury przedmiotu, jako dzieła klasyczne lub podręczniki źródłowe. Na pierwszem miejscu z pośród nich stawiam książkę Biedla »Innere Sekretion. Ihre physiologischen Grundlagen und ihre Bedeutung für die Pathologie« 1910. Autor, profesor uniwersytetu wiedeńskiego, od szeregu lat pracuje doświadczalnie w owej dziedzinie, nic więc dziwnego, że w sposób gruntowny a jednocześnie przejrzysty mógł ująć prawie wszystko to, co zrobiono w danej sprawie. Chociaż cały materyał książki opracowany jest bardzo jednolicie i równo, jednak na pierwszy plan wysuwa się część o układzie nadnerczynowym: anatomia, chemia, fizyologia nadnerczy opracowane są z niezwykłą i wszechstronną znajomością sprawy. Dalej specyalnie dokładnie omówione są gruczoły przytarczyczne, w której to sprawie szkoła wiedeńska znaczne położyła zasługi (badania Biedla, Pinelesa); dalej najnowsze badania nad rolą trzustki w przemianie materyi, sprawa wewnętrznego wydzielania gruczołów płciowych omówione są szczegółowo, ze wskazaniem źródeł, a wszystko pisane językiem pięknym i łatwym. Cechą zna-

mienną książki jest to, że część ogólna liczy zaledwie 24 stronic; widocznie autor w ten sposób zaznacza stanowisko doświadczonego eksperymentatora, który wie, że w sprawie tak zawiłej, jak wewnętrzne wydzielanie gruczołów, należy się uporać z olbrzymim materyałem faktów, a do uogólnień i »korelacyi« przystępować ostrożnie.

Drugą pracą źródłową w tejże sprawie jest bardzo obszerna rozprawa amerykańskiego uczonego Svale Vincent, której pierwsza część ukazała się w »Ergebnisse der Physiologie« za rok 1910, a druga ukazać się ma wkrótce. Autor, również znany badacz omawianych zagadnień, uwzględnia i streszcza przedewszystkiem literaturę angielską i amerykańską. Jest to poniekąd z pewną korzyścią dla czytelnika, stykającego się przeważnie z pracami niemieckiemi. Svale Vincent należy jednak do rzędu gorących polemistów, nie oddających często innym tego, co się należy. Stronniczość jego występuje np. wybitnie w stosunku do prac Popielskiego, których widocznie nie zna, a więc oceniać nie może.

Niedawno ukazała się książka »Die Gefässdrüsen als regulatorische Schutzorgane des Centralnervensystems« (Berlin 1910) — E. Cyona, fizyologa znanego, który jednak zajmuje w nauce stanowisko odosobnione. Czy jest to »splendid isolation«, czy też los badacza, który, pomimo bezsprzecznych zasług w fizyologii doświadczalnej, nie potrafił jednak wytworzyć szkoły, trudno dziś przesądzać; w każdym razie książka jego nie posiada dla szerszych kół tej wartości. co dwie wyżej omówione. Niema ona charakteru podręcznikowego, ogólnego, a jest przedewszystkiem zbiorem własnych doświadczeń, własnych poglądów. Lwia część książki poświęcona jest tarczycy i przysadce. Autor rozwija i uzasadnia swoją teoryę, według której dwa te narządy w ścisłej wzajemnej zależności, regulują czynność serca nietylko na drodze chemicznej zapomocą wydzieliny swoistej, ale i dzięki pewnym przystosowaniom natury mechanicznej. Autor w namiętny sposób polemizuje w sprawie jodotyryny ze szkołą wiedeńską — Otto v. Fürthem, Karlem Schwarzem, przyczem, czytając obustronne prace, odnosi się wrażenie, że słuszność na tym punkcie jest po stronie E. Cyona.

W postaci oddzielnej broszury wyszedł artykuł wspólny drukowany w »Berl. klinische Wochenschrift« (rok 1909) przez Beitzkego, Polla i Ehrmana pod tytułem »Histologie, Biologie u. Physiologie der Nebennierensysteme«. Jest to rzecz napisana bardzo gruntownie i ściśle, może wskutek tego nieco ciężko, — »trudno«, jak to się mówi. Warto jednak zadać sobie trud uważnego przejścia wraz z autorami po szczeblach dowodów anatomicznych i fizyologicznych, zebranych dla wykazania, że nadnercza są istotnie gruczołem o wewnętrznem wydzielaniu.

Jeszcze w roku 1906 we wspomnianem już i przynoszącem zawsze mnóstwo ciekawych rzeczy wydawnictwie Ashera i Spiro — »Ergebnisse der Physiologie«, ukazał się niewielki artykuł fizyologów angielskich Baylissa i Starlinga pod tytułem: »Die chemische Koordination der Funktionen des Körpers«. Starling, jak wiadomo, jest twórcą teoryi hormonów i dlatego też powyższy artykuł jest autentycznym dokumentem w sprawie, która znajduje gorliwych rzeczników, ale i bezwzględnych przeciwników (Popielski — Tyg. Lek. 1911). Artykuł ów napisany jest nader zajmująco, a zwięźle. Naturalnie od daty powyższej publikacyi nagromadziło się dużo ciekawych faktów, szczególnie w dziedzinie korelacyi narządów rozrodczych. Wysoce interesujące w tym względzie są wyniki, otrzymane przez Leo Löba z Filadelfii (Centralblatt für Physiologie, także Archiv für Entwickelungsmechanik).

Wreszcie chciałbym wspomnieć o pracach internistów tej szkoły, która stara się wiadomości, zdobyte przez fizyologów w sprawie wewnętrznego wydzielania gruczołów, rozszerzyć i wyjaśnić faktami i spostrzeżeniami, dostarczanemi przez klinikę. Myślę naturalnie o szkole Noordenowskiej, — o pracach Falty, Eppingera, Rüdingera i ich współpracowników. Drukowane są przeważnie w »Zeitschr. für klin. Med.« w ostatnich trzech latach, a także w sprawozdaniach ze zjazdów internistycznych, odbywanych w Wiesbadenie; w polskich czasopismach referowane są zwykle bardzo starannie. Prace powyższe są niezmiernie ciekawe; czy nie są zbyt schematyczne, — pokażą badania innych klinik i szkół.

Z polskich prac doświadczalnych, dotyczących sprawy wewnętrznego wydzielania gruczołów (w szerokiem tego słowa znaczeniu), znanym jest cykl badań Popielskiego i jego współpracowników: Czubalskiego, Mazurkiewicza, Modrakowskiego, Studzińskiego, Wilenki i in. Prace te, — prawie wszystkie drukowane po polsku w »Tygodniku Lekarskim«, — są w świeżej pamięci czytelników polskich. Wysoka wartość ich przekracza ramy pobieżnej oceny. Dalej przypominam poszukiwania klinicystów polskich, równoległe do prac wspomnianej szkoły wiedeńskiej Falty itd. Są to ciekowe prace M. Reichensteina, Selzera, Wilenki i inne, które częściowo dopełniają i prostują, częściowo potwierdzają wyniki szkoły wiedeńskiej.

Świeżo pojawiła się w druku rzecz: »Z biochemii lipoidów i hormonów», — napisana przez Wacława Mutermilcha, wydana przez księgarnię Wende i Sp. (1911 r.). Książka ta (136 stron) jest referatem, opartym na pracach oryginalnych — Banga, Langleya, Baylissa i Starlinga, oraz książkach tak źródłowych, jak »Innere Sekretion« Biedla. To też dla czytelnika, który niema czasu na poznawanie oryginałów, książka Mutermilcha może służyć jako surogat, napisany zajmująco, a przytem podający duży materyał w formie treściwej. Najlepiej napisane są działy chemiczne, np. o cholesterynie, co jest zrozumiałem, gdyż autor jest chemikiem. Zagadnienia biologiczne traktowane są inteligentnie, z pewną tendencyą jednak do uogólnień i analogii na gruncie nie zawsze dostatecznie przygotowanym do tego, albo wcale nie nadającym się do tego Dlatego też, uznając referatowy materyał za bardzo dobry, nie mogę nie odnieść się z pewnemi zastrzeżeniami do oryginalnych pomysłów na tle jego rozwijanych. Odnosi się to w szczególności do próby zużytkowania teoryi hormonów w psychologii. Zresztą i w tej literackiej »par excellence« części przytoczone są ciekawe wypowiedzenia się Locha, Nussbauma i inne. T. Koźniewski

---

R. Sabouraud. **Les teignes.** Paris, Masson 1910, str. 850, fig. 433 i 28 tablic.

Niniejsza książka stanowi trzeci tom dzieła tego autora, poświęconego schorzeniom skóry owłosionej. Znaczenie tej monografii jest wielkie nietylko przez to, że pisał ją autor, zajmujący się od lat kilkunastu tą sprawą, ale przez ten ważny szczegół, że obejmuje cały dotychczasowy stan wiedzy naszej w tym kierunku, — to też dzieło to stanowi coś jedynego w swoim rodzaju. Autor zgromadził całe piśmiennictwo, odnoszące się do grzybów, znajdowanych we włosach i na mocy tych danych napisał przedewszystkiem historyę rozwoju nauki o grzybach. W następnych rozdziałach opisał drobiazgowo metody badania w tej części mikrobiologii, metody hodowania tych grzybów i sposoby odróżniania ich odmian, które liczą się na dziesiątki w każdej pojedynczej grupie (trichophyton, microsporon, favus). Każdą pojedynczą odmianę powyższych grup opisał autor w obrazie klinicznym, w zachowaniu się w stosunku do włosa i skóry, we wszystkich znanych własnościach biologicznych w ustroju i w pożywkach sztucznych. Jasność układu i języka, którym autor włada po mistrzowsku, przedstawienie jednolite przedmiotu, nad którym autor panuje w zupełności, wreszcie ważność tego działu mikrobiologii, który dzięki autorowi jest jednym z najlepiej opracowanych, — czynią książkę niniejszą nietylko niezbędną w każdej pracowni bakteryologicznej, ale miłą i pożyteczną dla czytelnika nawet mniej obznajomionego z przedmiotem. Liczne rysunki i fotografie, wykonane

nader wzorowo, ułatwiają zrozumienie i poznanie wszystkich właściwości dotąd zbadanych grzybów tego rodzaju.

Krzyształowicz.

J. Benario. **Ueber Neurorezidive nach Salvarsan und nach Quecksilberbehandlung**, 1911. J. F. Lehmanns Verlag. München, str. 195, duża 8°. (Cena 6 M.).

Sprawa występowania schorzeń nerwowych we wczesnych okresach kiły jest w odniesieniu do znaczenia leczniczego salwarsanu niezmiernie ważna, dlatego każdy, zajmujący się tym nowym sposobem leczenia, odczyta tę monografię ze szczególnem zajęciem, zwłaszcza, że autor stara się przedstawić przedmiotowo spostrzegane dotąd przez różnych autorów fakta i wyciąga z nich najbliższe wnioski. Zestawiwszy znane dotąd przypadki t. zw. neurorecydyw po wstrzykiwaniach salwarsanu (w liczbie 210) i rozbierając je krytycznie pod względem statystycznym, objawów, dalej co do przebiegu, rokowania i leczenia, stara się B. udowodnić, że te przypadki wczesnego schorzenia układu nerwowego, głównie zaś nerwów, które wystąpiły w pewien czas po wstrzykiwaniu salwarsanu u chorych kiłowych, nie dają się odnieść do trującego działania tego przetworu arszenikowego. Przeciw takiemu działaniu przemawia czas między wstrzykiwaniem, a wystąpieniem schorzenia nerwów, dalej rodzaj sprawy patologicznej, przemawiającej raczej za stanem podrażnienia i zapalenia, a nie za sprawą zanikową, która znamionuje zmiany pod wpływem arszeniku występujące. Brak pojawiania się podobnych schorzeń nerwów u nie kiłowych, leczonych salwarsanem, i w istniejących już chorobach nerwowych, przemawia przeciwko trującemu działaniu tego przetworu. Dalej ustępowanie tego rodzaju zboczeń po leczeniu swoistem jest również dowodem przeciwnym. Okoliczność, że przeważna część nawrotów w tkance nerwowej występowała w 2—4 miesięcy po wstrzykiwaniu salwarsanu, łączy B. z cyklem rozwoju krętków, a dodać trzeba, że w 94% przypadków był to drugorzędny okres kiły, podczas którego ustrój przepełniony bywa krętkami. B. sądzi zatem, że wszystkie stwierdzone szczegóły, anatomiczne, biologiczne i kliniczne, stwierdzają zgodnie, iż niema podstaw do przypuszczenia pochodzenia toksycznego tych neurorecydyw. Krzyształowicz.

J. Heller. **Die vergleichende Pathologie der Haut.** Berlin, A. Hirschwald, 1910, str. 633, 170 figur i 17 tablic.

Dla żadnego może działu medycyny nie jest tak ważną anatomia patologiczna porównawcza, jak właśnie dla dermatologii. Mimo różnic anatomicznych powłok zewnętrznych człowieka a zwierząt, znajomość chorób skórnych u zwierząt, poznanie ich właściwości i sposobów powstania może wyjaśnić niejeden szczegół w patologii chorób skórnych. Jako przykład może posłużyć rozwój mykologii w dermatologii przez poznanie i badania podobnych spraw chorobowych u zwierząt. Autor, przechodząc patologię różnych schorzeń skóry u zwierząt, wykazuje przez liczne spostrzeżenia i wielką ilość rycin, że wiele stanów patologicznych, spostrzeganych w skórze człowieka, ma analogię u zwierząt. Książka niniejsza, napisana z wielką znajomością histopatologii skóry w szerokim zakresie, jest dowodem, jak wielkie znaczenie mogą mieć badania porównawcze.

Krzyształowicz.

Prof. Fr. Salzer. **Trudności rozpoznania chorób mózgu na podstawie zmian na tarczy nerwu wzrokowego.** [Diagnose und Fehldiagnose von Gehirnerkrankungen aus der Papilla Nervi optici]. Monachium, 1911. (J. F. Lehmann). (Cena 1·50 M.).

Każdy okulista zna i dobrze ocenia szczególne trudności, jakie nastręcza niejednokrotnie rozpoznanie zapomocą badania wziernikiem rozpoczynających się zmian na tarczy nerwu wzrokowego, i to właśnie w tych przypadkach, gdzie neuropatolog, internista, względnie chirurg od orzeczenia tego czynią zależnem nietylko swoje rozpoznanie i rokowanie, ale i wybór postępowania leczniczego, np. postanowienie co do podjęcia zabiegu operacyjnego, zazwyczaj bardzo poważnego, bo najczęściej chodzi tutaj o trepanacyę czaszki. Neuropatologowie, interniści i chirurdzy nie zdają sobie może tak dobrze sprawy z tych trudności i z tego powodu rozprawka Salzera, która je wykazuje i oświetla w sposób dosadny, powinna w pierwszym rzędzie w ich gronie znaleść czytelników. Chodzi tu przedewszystkiem o rozpoznanie pierwszych początków tarczy zastoinowej. Wynik badania okulistycznego nieraz w takich przypadkach przeważa szalę na stronę trepanacyi. Wobec ciężkiej odpowiedzialności, jaka z tego powodu spada na okulistę, musi on wydawać wyrok z jak największą rozwagą i ostrożnością. Niemniej często zwraca się neuropatolog do okulisty, ażeby rozpoznał, czy niema na tarczy nerwu wzrokowego pierwszych śladów zblednięcia, wskazującego na rozpoczynający się zanik nerwu wzrokowego. Tak tu, jak i tam, chodzi o rozpoznanie wczesne, a zatem już z tego względu niełatwe. Trudności pochodzą z kilku źródeł. Przedewszystkiem już fizyologiczny obraz tarczy nerwu wzrokowego przedstawia, tak pod względem barwy tarczy, jak i ostrości jej granic, różnice osobnicze, zawarte w bardzo szerokich granicach. Pewne ułatwienie stanowi porównanie wejrzenia tarczy w obydwu oczach, oczywiście w tych tylko przypadkach, gdzie mamy powody przypuszczać zmiany chorobne tylko po jednej stronie. W praktyce okulistycznej rozpoznanie wziernikowe wspiera się w wielu przypadkach na wynikach badania czynnościowego, jak badanie wzroku, pola widzenia, poczucia barw, poczucia światła i t. d. Tych pomocniczych badań u obłożnie chorych, często nieprzytomnych, trapionych silnymi bólami głowy, jak to bywa przy nowotworach mózgu, albo nie można przeprowadzić wcale, albo tylko niedokładnie, i okulista skazany jest na wydanie ściśle przedmiotowego orzeczenia, opartego wyłącznie na obrazie wziernikowym. Gdy chodzi o rozstrzygnięcie, czy silniejsze zaczerwienienie tarczy i zmniejszona wyrazistość jej granic mają być uważane za znamiona powstającej tarczy zastoinowej, wielce pomocnem byłoby powtarzać badanie co pewien czas dla przekonania się, czy obraz nie ulega zmianom. Tymczasem najczęściej czas nagli i zależy na pośpiesznem, doraźnem rozpoznaniu. W łatwiejszem położeniu znajduje się okulista, gdzie rozpoznanie waha się pomiędzy czynnościowem, a anatomicznem schorzeniem układu nerwowego i gdzie języczkiem u wagi ma być ocena, czy podejrzana bladość tarczy jest, lub nie jest oznaką rozpoczynającego się zaniku nerwu wzrokowego. Tu możliwe są zazwyczaj i dokładne badanie czynnościowe i dłuższa obserwacya chorego. Do pracy Salzera dodane są barwne tablice dwuznacznych obrazów wziernikowych, które wykazują wszystkie te trudności rozpoznawcze. Widzimy na nich przypadki nadmiernej bladości nerwów prawidłowych, zestawione z przypadkami stwierdzonego zaniku ze zblednięciem tarcz o wiele mniej wybitnem, lub przypadki pozornego przekrwienia nerwów zdrowych o wiele znaczniejszego, niż przekrwienie rzeczywiste w przypadkach rozpoczynającej się tarczy zastoinowej.

K. W. Majewski

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

S. Arany. **W sprawie fizyologii i patologii przemiany białka.** (Zeitschr. für physik. u. diaet. Ther., marzec, 1911). Białko pod wpływem trawienia rozpada się na składniki zasadnicze: aminokwasowe i węglowodanowe, które jeszcze w obrębie ściany jelitowej łączą się z powrotem w tak zwane białko obojętne (Neutraleiweiss). Białko takie zostaje drogą krwi doprowadzone do różnych tkanek ustroju, gdzie zamieniwszy się pod wpływem czynności sa-

mych komórek na ciało białkowe, właściwe tym komórkom, zostaje do protoplazmy wcielone.

Tak jest w warunkach fizyologicznych. W warunkach zaś patologicznych, jak w przebiegu cukrzycy, mogą zajść następujące ewentualności: Albo w obrębie już samej ściany jelitowej, dzięki pewnym zaburzeniom, nie odbywa się synteza wszystkich składników zasadniczych białka strawionego, tak, że składniki aminokwasowe nie łączą się ze składnikami węglowodanowymi, wskutek czego składniki węglowodanowe dają powód do powstawania cukru we krwi a następnie w moczu; albo znów komórka nie jest zdolna z drobiny białka obojętnego stworzyć białka, w któregoby skład weszły składniki aminokwasowe i węglowodanowe, w następstwie czego składniki węglowodanowe łączą się na cukier, który zjawia się we krwi, a później w moczu. Powstałe zaś w warunkach patologicznych bezwęglowodanowe białko; dąży do łączenia się z węglowodanowymi składnikami innych ciał białkowych protoplazmy komórkowej, wywołując jej rozkład i powstawanie między innemi ciałami także i ciał acetonowych. Całą tę sprawę przemiany białka uważa autor za zależną od szczególnych zaczynów, tak w samej ścianie jelitowej, jak i w samem ciele komórkowem różnych tkanek ustroju. Na działanie zaś tych zaczynów wywierają wpływ, zdaniem autora, prawdopodobnie toksyny różnych drobnoustrojów, znajdujących się w przewodzie pokarmowym. Dr Weissglas.

E. Żebrowski i A. Ziwert. **O wpływie czarnego i białego mięsa na wydzielanie się w moczu kwasu moczowego i innych związków azotowych.** (Russkij Wracz 1911, Nr 39 i 40). W dyetetyce panują obecnie nader rozbieżne poglądy w sprawie znaczenia białego i czarnego mięsa w odżywianiu chorych. Do roku 1900 wśród lekarzy z wyjątkiem Lenkego panowało dość zgodne mniemanie, iż czarne mięso, jako zawierające więcej, niż białe, składników wyciągowych, jest szkodliwe w dnie i chorobach nerek. Dopiero w r. 1899 na Zjeździe internistów w Karlsbadzie wystąpił przeciw tym poglądom Noorden, a w ślad za tem zjawił się cały szereg prac chemicznych i klinicznych, które jednak ze względu na sprzeczne wyniki sprawy nie wyjaśniły. Autorowie badali wpływ białego i czarnego mięsa na wydzielanie się w moczu kwasu moczowego (określ. sposobem Hopkinsa), mocznika (określ. sposobem Mörner-Siöquista), kreatyniny (okr. sposobem Jansona) i amoniaku (określ. sposobem Folina) w 7 przypadkach. Dla otrzymania wybitniejszej różnicy cyfr, każde podawanie mięsa poprzedzał w doświadczeniach autorów okres żywienia bezpurynowego. Czarne mięso podawano w postaci polędwicy, białe — piersi kurzej, oba pozbawione tłuszczu i ścięgien. Ilość wszystkich badanych przez Zebrowskiego i Ziwerta związków moczu szybko wzrastała po przejściu od żywienia bezpurynowego na mięsne i odwrotnie spadała w następowym okresie żywienia bezpurynowego. Azot i mocznik wydzielały się przez mocz równolegle i ilość mocznika stanowiła w doświadczeniach autorów 80—90% ogólnej ilości azotu moczu; w 4 doświadczeniach zauważyli autorowie, iż po podawaniu czarnego mięsa nadwyżki obu tych składników wydzielały się nieco dłużej, niż po białem mięsie. Co do kreatyniny, to chociaż spostrzegać się dawała także różnica zależnie od rodzaju mięsa, jednak ilość jej wahała się znacznie nawet w okresach żywienia bezpurynowego.

Ilość kwasu moczowego już na drugi lub trzeci dzień żywienia bezpurynowego spadała do mniej więcej stałej cyfry, wahającej się w różnych doświadczeniach między 0,227—0,578. Ilość ta odpowiadała ilości kwasu moczowego t. zw. »endogen«. Po podaniu mięsa ilość kwasu moczowego w moczu znacznie wzrastała, dosięgając najwyższych cyfr na drugi dzień żywienia mięsem. Przyczyną tego zwiększenia było wydzielanie się kwasu moczowego, t. zw. »ektogen«, pochodzącego ze związków purynowych mięsa. W doświadczeniach autorów ilości kwasu moczowego »ektogen« w okresach żywienia czarnem i białem mięsem były mniej więcej te same, jednak maximum wydzielania się kwasu moczowego pod wpływem żywienia mięsem białem jest wyższe, niż przy mięsie czarnem, natomiast po przejściu do żywienia bezpurynowego zmniejszanie się wydzielania kwasu moczowego było znacznie powolniejsze po okresie żywienia mięsem czarnem, niż po okresie żywienia mięsem białem. Ostatnie swe spostrzeżenie tłómaczą autorowie w ten sposób, iż albo związki purynowe mięsa czarnego wyzwalają się i utleniają w ustroju trudniej, niż takież związki mięsa białego, lub też związki purynowe mięsa białego tworzą w ustroju rodzaj kwasu moczowego, który łatwiej przechodzi przez nerki (harnfähiger). Te wyniki badań doprowadziły autorów do przekonania, iż w tych przypadkach, w których są wskazówki nieprawidłowości w wymianie związków purynowych, nie należy zalecać pokarmu mięsnego wogóle, gdyż służy on jako źródło wytwarzania się w ustroju olbrzymich ilości kwasu moczowego, co przy stałem żywieniu mięsem może doprowadzić do znacznego nagromadzenia się w ustroju kwasu moczowego, wydzielającego się z ustroju, jak widać z doświadczeń autorów, w ciągu nie jednego, lecz kilku dni. Mięso czarne jest pod tym względem, według badań autorów, szkodliwsze od białego. Z. Gilewicz.

Biernacki. **W sprawie rozpoznania i patogenezy kamieni żółciowych.** (Wiener klin. Wochs. 1911, Nr 17). Najczęstszą przyczyną tworzenia się kamieni jest podług B. skaza moczanowa, natomiast bakterye odgrywają tu mniejszą rolę, jak tego dowiodły nieraz badania chirurgów przy operacyi i t. zw. promieniste kamienie cholestearynowe, pochodzące z prostego rozkładu żółci. Najczęściej przy kamicy wykazać można dziedziczność. — Przy dokładnem badaniu wykryć można zwykle także i inne objawy skazy moczanowej, n. p. bole w kończynach, tkliwość żebrowo-mostkową, kolki nerkowe, swędzenie skóry przy braku nawet żółtaczki, wypryski, zmiany w moczu i t. p. Bez tła dnawego kamica występuje chyba u osób młodszych (poniżej 35. roku życia). Nieraz też spostrzegał B. w Karlsbadzie przy kamicy w następnych latach po pierwszem leczeniu zmiany dnawe w stawach. A.

Prof. Simon Baruch. **Kąpiele w durze brzusznym.** (Zeitschr. f. physik. u. diätet. Therapie. Czerwiec, 1911). Autor wyraża zdziwienie, że w klinikach niemieckich nie stosuje się zimnych kąpieli w przebiegu duru brzusznego wedle metody Branda, która w klinikach Stanów Zjednoczonych znalazła należyte uznanie. — W francuskiem wydaniu swego dzieła o wodolecznictwie podaje autor statystykę, wedle której w 125,000 przypadkach duru brzusznego bez zastosowania kąpieli zimnych na sposób Branda wynosiła śmiertelność 20%, — przy zastosowaniu zaś kąpieli zimnych wedle Branda wynosiła śmiertelność w 7426 przypadkach tylko 4·26%. — Celem takiej kąpieli zimnej w durze jest podrażnienie układu nerwowego i wzmocnienie serca, a nie, jak to określali inni klinicyści, obniżenie ciepłoty ciała. Zamiast zimnej kąpieli można wedle autora stosować zawijania w wyciśnięte mokre prześcieradła o ciepłocie 20° C. Przy wszystkich takich zabiegach uważa autor za niezbędny warunek nacieranie ciała, które w wysokim stopniu przyczynia się do przyspieszenia odczynu. Jeżeli odczyn ustroju jest słaby, wtedy należy więcej nacierać, a krócej kąpać. Błędem jest podnosić ciepłotę wody, chorzy bowiem prędzej przychodzą do siebie po kąpieli o 20° C., a 5 minut trwającej, niż po kąpieli o 28° C., a 15 minut trwającej. Kąpiele o ciepłocie 27°—34° C. działają objawowo, kąpiele zaś o ciepłocie 20°—25° C. działają zapobiegawczo przeciw różnym powikłaniom. (Technika kąpieli wedle Branda i ich modyfikacyi wedle autora podana jest w oryginale bardzo dokładnie). Dr Weissglas.

R. Warszawski. **W sprawie fizycznego leczenia dychawicy oskrzelowej i rozedmy płuc.** (Zeitschr. für physik. u. diätet. Therapie. Maj, 1911). Strassburger w swoim podręczniku wodolecznictwa zwraca uwagę na następujące

zjawisko: Wskutek ciężaru wody zmniejsza się w pełnej ciepłej kąpieli obwód klatki piersiowej i brzucha, co może wpłynąć korzystnie na czynność oddechową u chorych na dychawicę oskrzelową i rozedmę płuc. — Na podstawie własnych doświadczeń na chorych przekonał się autor, że po szeregu kąpieli można zauważyć: a) mniejsze ustawienie klatki piersiowej podczas wydechu; b) zwiększenie się ruchów klatki piersiowej; c) zwiększoną objętość klatki piersiowej; d) poprawienie się ogólnego stanu chorych. — Dlatego dochodzi autor do wniosku, że pełne ciepłe kąpiele, polecane przez Strassburgera, zasługują w zupełności na uwzględnienie przy leczeniu fizycznem dychawicy oskrzelowej i rozedmy płuc. Dr Weissglas.

Étienne i Perrin. **O zachowaniu się krwinek białych przy zapaleniu płuc.** (Paris medical 1911, Nr 25). Liczba krwinek białych w samym początku sprawy podnosi się nagle, wzrastając w 4. i 5. godzinie od 15,600 do 35,600 w mm³, i dochodząc do szczytu drugiego do czwartego dnia, poczem powolnie i stopniowo leukocytoza maleje. U dorosłych tuż przed przełomem leukocytoza jeszcze się wzmaga; u starców uważają E. i P. taki podskok za wyjątkowy. Przed przełomem zwiększa się liczba limfocytów do 55—64%, podczas gdy zazwyczaj charakteryzuje leukocytozę przy zapaleniu płuc przewaga ciałek wielojądrzastych. Polinukleozę napotykali E. i P. tylko w przypadkach towarzyszącej niedomogi serca i w okresie przedzgonnym. Pojawianie się nowego ogniska znamionuje ponowny wzrost leukocytozy i dalszy jej przebieg typowy, tylko nieco krócej trwający, niż zwyczajnie. Opisywanej przez niektórych klinicystów przedwstępnej fazy hypoleukocytozy przed wybuchem zakażenia E. i P. nigdy nie spostrzegali. Pojawianie się nieprawidłowych krwinek białych nie da się ująć w ścisłą regułę, atoli E. i P. spostrzegali je znacznie częściej przy końcu choroby, aniżeli w jej początkowych okresach. Dr Blassberg.

Claude. **O surowiczem otorbionem zapaleniu opon mózgowych.** (Paris medical 1911, Nr 45). Ograniczone zapalenie surowicze opon mózgowych, opisane przez Claudea i Raymonda, różni się od rozlanego zapalenia, oraz wodogłowia i stanowi odrębną jednostkę kliniczną. Najczęstszą przyczynę tego cierpienia stanowią urazy, atoli należy pamiętać, że niekiedy występuje ono dość późno po urazie. Powinniśmy o niem myśleć zawsze wówczas, kiedy zaszedł uraz, a później wystąpiły objawy wzmożonego parcia lub podrażnienia kory mózgowej. Także i choroby zakaźne, jak grypa, ale przedewszystkiem kiła i gruźlica, mogą mieć ważne znaczenie w patogenezie tego cierpienia. Gdy wywiady świadczą o kile, to leczenie swoiste w tych przypadkach często nie wystarcza. Objawów nie należy łączyć w związek z uszkodzeniem ośrodków nerwowych, póki się płynu otorbionego nie wypuściło. Cierpieniu temu zwykle towarzyszy cały zbiór objawów wzmożonego parcia śródczaszkowego, jak: wzmagający się ból głowy, wymioty, drgawki padaczkowe, zaburzenie świadomości i otrętwienie. W każdym razie zwracają na siebie przedewszystkiem uwagę objawy, świadczące o zajęciu opon, a mianowicie: gorączka, niemiarowość tętna i oddechu, sztywność karku i kręgosłupa, oraz objaw Kerniga. Natomiast rzadko napotyka się zaburzenia wzrokowe i zmiany w źrenicach, które odgrywają tak ważną rolę przy rozpoznawaniu guzów mózgowych i wodogłowia. Nakłucie lędźwiowe nie wykazuje tak wzmożonego parcia, jak przy wodogłowiu wewnętrznem, przy którem parcie dochodzi do 150 mm, a niekiedy przekracza 500 mm. W płynie mózgowo-rdzeniowym bywa niewiele elementów, lub brak ich zupełnie. Także brak zupełnych porażeń w kończynach, oraz pewne rytmiczne ruchy zajętych kończyn, które niezawsze odpowiadają drgawkom Jacksonowskim, charakteryzują to cierpienie. Choroba ta daje dobre wyniki operacyjne, atoli nie należy się zadowalniać tylko dekompresyą, lecz w razie braku tętnienia mózgu należy uskutecznić wielokrotne nakłucia próbne opony twardej i pamiętać, że może być kilka ognisk otorbionych. Samorodne wyleczenie się i wessanie otorbionego zapalenia opon jest mało prawdopodobne. Dr Blassberg.

Nowosielski. **W sprawie wzrastania śmiertelności z powodu raka.** (Russkij Wracz 1911, Nr 41). Do statystyki swojej użył autor danych 72 Annual Report of Registrar-General in England and Wales co do śmiertelności z powodu raka w Anglii w r. 1869, 1899 i 1909.

Z danych przytoczonych przez autora widać, iż od r. 1869 do 1909 śmiertelność z powodu raka wzrosła w Anglii przeszło w dwójnasób. Wzrost ten dotyczy jednakowo wszystkich form raka. Śmiertelność wśród mężczyzn wzrosła znacznie więcej, niż wśród kobiet. Z. Gilewicz.

Roux. **O przewlekłym nieżycie żołądka i jego leczeniu.** (Paris médical 1911, Nr 20). Przyczyny przewlekłego nieżytu żołądka są rozmaite i dadzą się w następujący sposób ugrupować: 1) nieodpowiedni sposób żywienia się, nadużywanie alkoholu lub kawy, 2) niewłaściwe używanie takich leków, jak: rtęć, jod, wino chinowe, żelazo, arszenik, 3) nieodpowiedni sposób jedzenia, niedostateczne żucie, pospieszne jedzenie, 4) złe uzębienie, 5) ropotok dziąseł, częsty u ludzi niedbających o czystość jamy ustnej, zwłaszcza po ukończeniu 50 lat życia, 6) połykanie plwocin, które mogą nietylko u gruźliczych wprowadzić prątki gruźlicze do przewodu pokarmowego, lecz z któremi wchodzi do żołądka wiele saprofitów z jamy ustnej, które mogą drażnić błonę śluzową żołądka i stać się szkodliwe, 7) zaburzenia w krążeniu śluzówki żołądka, które są wynikiem zaburzeń czynności serca i ogólnych zaburzeń w krążeniu. Ze stanowiska objawowego dzieli R. przewlekły nieżyt żołądka na 3 grupy: 1) Nieżyt przewlekły z bolami późnymi. Jest to postać najczęstsza, dotycząca zwykle opilców i osobników pijących kawę, u których w 2—3 godziny po jedzeniu zwykły występować bóle w okolicy żołądka. Bóle te występują tem później, im obfitsze było jedzenie. Bóle te pochodzą z podrażnienia splotu trzewnego i rozpromieniają się ku piersiom (u kobiet), ku bokom, ramionom lub grzbietowi. Niekiedy towarzyszy tym bolom odruchowy ślinotok. Ponieważ przyczyną ich bywa zazwyczaj sokotok lub nadmierna kwaśność soku żołądkowego, przeto zwalczanie tych przyczyn usuwa bóle. 2) Nieżyt lekki. Rozpoznanie jest dość trudne. Nieżyt ten zależy zwykle od wadliwego żucia. Chorzy doznają wzdęcia, senności, zaczerwienienia twarzy lub nosa, a z czasem nawet okazują objawy trądzika różowatego. Badanie okolicy żołądka wykazuje wzdęcie i odgłos wysoki bębenkowy, obejmujący także przestrzeń Traubego. Usunięcie wadliwego żucia usuwa cierpienie. 3) Nieżyt przewlekły zanikowy z zaburzeniami jelitowemi bez objawów żołądkowych. Badanie stolca wykazuje tkankę łączną pokarmów, która nie uległa zmianie. Znikanie objawów jelitowych po podaniu kwasu solnego potwierdza rozpoznanie cierpienia.

Przy leczeniu w pierwszym rzędzie powinniśmy się kierować stanem bolesności. Przy silnych bólach musimy się ograniczyć do wyłącznego podawania mleka, jako pokarmu najmniej drażniącego. Przyjmując, że człowiek dorosły, nie pracujący, potrzebuje dziennie średnio 2000—2500 kaloryi i że litr mleka odpowiada 700 jednostkom, konieczną jest rzeczą, by chory wypijał przynajmniej 3 litry mleka dziennie, to jest co 3 godziny polecamy wypicie szklanki mleka. Po tej dyecie mlecznej po 2 tygodniach dodajemy do dyety chudą szynkę, smażoną rybę, gotowane kurczę lub gołąbki, sucharki, krem i cokolwiek masła. W miarę poprawy dodajemy po 6—8 tygodniach mięso wołowe, cielęce lub baranie, drób smażony i jarzyny gotowane tarte, przyczem polecamy spożywać pokarmy tylko 3 razy dziennie. Jako napoju można używać czystej wody lub letniej śmietanki bez cukru. W ostatnim okresie, kiedy chory czuje się dobrze, pozwalamy na spożywki. Przez cały czas winno się zwracać uwagę na staranne żucie. Z leków poleca R. słabe rozczyny sody (mniej niż 1%), wodę Vichy (½ szklanki przed jedzeniem), oraz cytrynian lub chlorek sodowy. Dla zwalczania nadmiernej kwaśności radzi R. obok

dwuwęglaniu sodowego, którego działanie nie jest trwałe, podawać zrana 20 gramów węglanu bizmutowego. Dla łagodzenia bólów stosować należy dioninę, kodeinę i wodę chloroformową, przy niedomodze wydzielniczej kwas solny, a przy nadmiernem wydzielaniu podawanie beladony.

Dr Blassberg.

Parmentier i Chabrol. **O raku żołądka, występującym pod postacią niedokrwistości.** (Paris medical, 1911, Nr 21). Po opisaniu przez Biermera w latach 1868 i 1872 postępowej niedokrwistości, jako nowej jednostki chorobowej, pierwszy Hayem zaczął wyróżniać niedokrwistość ciężką, pochodzącą od raka żołądka, od niedokrwistości złośliwej postępowej. Z czasem jednak zaczęto chorobę Biermera uważać tylko za zbiór objawów złośliwej niedokrwistości, wywołanej przez rozmaite przyczyny. Wśród tych przyczyn zajął rak żołądka główne miejsce. Tesame objawy, co przy niedokrwistości Biermera, występują bowiem przy raku, a mianowicie: trupia bladość, suchość skóry, chudnięcie, obrzęki skórne, ogólne osłabienie, brak apetytu, wstręt do mięsa i tłuszczów, gniecenie w żołądku i wymioty. Badanie krwi wykazuje ubytek krwinek czerwonych, których liczba dochodzi do 1.500.000, a nawet do 800.000 w 1 mm^3, obecność komórek szpikowych (myelocytów) w ilości 7—20%, oraz jądrzastych krwinek czerwonych, w ilości 2—3%. Leukocytoza nie bywa stale stwierdzaną. Obecnie zatem nie różniczkujemy między niekrwistością Biermera a rakiem, lecz staramy się stwierdzić, czy powodem niedokrwistości jest rak żołądka, czy rak kątnicy lub jelita ślepego, albo też zapalenie nerek, gruźlica lub przewlekłe zakażenia lub otrucia (kiła, zimnica, otrucie tlenkiem węgla).

W nader rzadkich przypadkach może występować rak żołądka pod postacią niedokrwistości śledzionowo-szpikowej (anaemia splenica myeloidea), połączonej z obrzękiem śledziony i bolesnością kości. We krwi pojawia się nadmierna ilość jądrzastych krwinek czerwonych, dochodząca do 44%. W tej postaci raka zwykły się wówczas rozwijać przerzuty rakowe w szpiku kostnym, niekiedy dostępne tylko badaniu mikroskopowemu.

Przyczyny niedokrwistości przy raku są bardzo różnorodne, a mianowicie: 1) podupadłe odżywienie, zwłaszcza wskutek usadowienia się raka w żołądku, 2) krwawienia z powodu sprawy wrzodzenia, 3) wtórne zakażenia, którym sprzyja martwica guza nowotworowego, 4) jady, wydzielane przez komórki raka, 5) ciała hemolizujące, zawarte we krwi chorych, dotkniętych rakiem, 6) zaburzenia sprawy tworzenia się krwi, zwłaszcza przy powstawaniu przerzutów rakowych w narządach krwiotwórczych. Dr Blassberg.

Neurologia i psychiatrya.

Fackenheim. **Nowe drogi przy leczeniu padaczki.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 35). W r. 1906 zauważył amerykański lekarz Self zupełne wyleczenie (u osobnika, cierpiącego na padaczkę 15 lat) z padaczki po ukąszeniu przez grzechotnika i przebyciu ciężkiego, przez to wywołanego schorzenia. Spangler z Filadelfii stosuje od dłuższego czasu rozcieńczony jad grzechotnika (Crotalus adamanteus) u chorych. U padaczkowych stosował w 11 przypadkach przez kilka miesięcy krotalinę i osiągnął, jeżeli już nie wyleczenie, to bardzo znaczną poprawę co do częstości napadów. Krotalina jest to ciało złożone z substancyi peptonowatych, (wywołujących porażenia nerwowe, oddechu), globulin (przepuszczalność naczyń krwionośnych) i ciał, mających działanie hemolityczne. Zachęcony próbami Spanglera, prowadzi i autor badania nad leczeniem padaczki krotaliną; dotąd stosował ją w 5 przypadkach i otrzymał korzystny efekt tak co do częstości napadów, jak i stanu odżywienia. Nie należy jednak stosować tego leczenia u osób cierpiących zbyt dawno na padaczkę, t. j. tam, gdzie przypuszczalnie są już zmiany następowe w korze mózgowej. Wstrzykuje się rozczyn 1:200, postępując w ciągu 10 tygodni do 1:50 (wstrzyknięcia co 8 dni). Odczyn miejscowy, zwłaszcza przy pierwszych wstrzyknięciach, jest bardzo silny. Już w $^1/_4$ minuty zjawia się silny ból, w 5—10 minut wybroczyna. Ból trwa 5—6 godzin, przyczem cała kończyna bardzo puchnie, zaczerwienia się lub sinieje. Przypady te wzmagają się do 24 godzin, poczem ustępują, nie pociągając jednak za sobą nigdy groźnych następstw. K.

A. Stegmann. **Wyniki psychicznego leczenia kilku przypadków dychawicy (asthma).** (Zentralbl. f. Psychoanalyse 1911, Z. 9). Autor spostrzegał kilka przypadków dychawicy u dzieci, której napady w niektórych przypadkach prawie całkiem ustąpiły, a w niektórych stały się znacznie rzadsze pod wpływem psychoterapii i hypnozy. Podobnież spostrzegał autor 2 przypadki dychawicy u kobiet w wieku lat 41 i 45, co do których przypuszcza, że dychawica powstała na tle urazów psychicznych przyrody płciowej. Na podstawie tych przypadków dochodzi autor do wniosku, że w niektórych przynajmniej przypadkach dychawica rozwija się z powodu urazów psychicznych; po analizie i wytłómaczeniu tych urazów występuje zwykle polepszenie i wyzdrowienie. W. Grzywo-Dąbrowski (Karolin).

G. J. Markiełow. **Symptomatologia i patogeneza myastenii.** (Żurnał im. Korsakowa 1911, Nr 2—5). Autor szczegółowo opisuje dwa przypadki myastenii. Prócz typowych objawów tego cierpienia spostrzegał autor stałą biegunkę, zdarzającą się w przebiegu tej choroby stosunkowo rzadko. Biegunkę tę tłomaczy autor schorzeniem gruczołu tarczowego, który w obydwóch przypadkach był powiększony. Jak wiadomo, w chorobie Basedowa bardzo często występują biegunki, a przeciwnie w obrzęku śluzowatym (myxoedema) nieraz bywają zaparcia stolca. Otóż niektórzy autorowie sądzą, że nadmierna czynność gruczołu tarczowego (jak to zwykle widzimy w chorobie Basedowa) wywołuje zmniejszenie zewnętrznej i wewnętrznej wydzieliny trzustki, skutkiem czego występują biegunki; przy obrzęku śluzowatym — odwrotnie, upośledzenie w czynności tarczycy wywołuje nadmierną czynność trzustki, i jako skutek tego — zaparcie stolca. Balint i Melnar, jako potwierdzenie tego przypuszczenia podają, że przy podawaniu wyciągu z gruczołu tarczowego chorym z obrzękiem śluzowatym zaparcia ustępowały, a występowały biegunki. Levi, Rotschild i inni sądzą, że zaparcia i biegunki przy tych cierpieniach mają swe źródło w hamującem lub pobudzającem działaniu soli wapnia, ponieważ tarczyca ma znaczny wpływ na przyswajanie tych połączeń.

Przechodząc do analizy pochodzenia myastenii, przypuszcza autor, że cierpienie to powstaje z powodu schorzenia nie jednego, lecz wielu gruczołów, a w pierwszym rzędzie tarczycy, grasicy i nadnerczy, przedewszystkiem jednak wchodzą tu w grę, jak się zdaje, zmiany w czynności tarczycy. W Grzywo-Dąbrowski (Karolin).

Dzierzyński i Kożewnikow. **Szczególna postać myokionii rodzinnej** (myoclonia familiaris nocturno-atactica). (Żurnał im. Korsakowa 1911, Nr 2—3). Istota i pochodzenie myoklonii są, jak dotąd, zupełnie nieznane. Tem ciekawsze jest spostrzeżenie autora, dotyczące 4 członków jednej rodziny. Jako cechy do pewnego stopnia odrębne, występujące w tych czterech przypadkach, podnosi autor następujące: 1) Charakter rodzinny cierpienia. 2) Podrywania przedewszystkiem i najwybitniej występowały podczas snu; podrywania te niezawsze były symetryczne i niezawsze występowały jednocześnie w symetrycznych grupach mięśniowych. 3) Odruchy ścięgniste były znacznie wzmożone, jednak objawu Babińskiego, ani drgania odruchowego (clonus) nie było. 4) Objawy bezładu w kończynach dolnych. 5) U jednej z chorych prócz objawów myoklonii spostrzegano napad padaczkowaty. Uwzględniając te wszystkie cechy, proponuje autor dla tej postaci myoklonii nazwę: »myoclonia familiaris nocturno-atactica«. Nie wdając się w roztrząsania co do przyczyny i istoty tej choroby, zwraca autor uwagę, że obecność we wszystkich czterech jego przypadkach bezładu w kończynach dolnych przema-

wiałaby za zwyrodnieniem pewnych systemów dróg nerwowych. W. Grzywo-Dąbrowski (Karolin).

Higiena.

Hartig Klut. **Rury ołowiane, a woda do picia.** (Journ. f. Gasbeleucht. u. Wasserversorgung, 1911, Nr 17). Autor omawia znaczenie techniczne rur ołowianych w ich zastosowaniu do domowego urządzenia wodociągowego, ich zalety oraz strony ujemne, nadto znaczenie zdrowotne ze względu na możliwość zatrucia wodą, nabierającą ołowiu z rur. Jest rzeczą stwierdzoną, że jak z jednej strony może się ustrój przyzwyczaić do małych dawek ołowiu, tak z drugiej strony działają one i zbiorowo, sprowadzając objawy choroby przy dłuższem używaniu wody, zawierającej ołów. Dokładnej granicy co do wysokości dawki ołowiu, działającej szkodliwie na ustrój człowieka, podać nie można. Ze względu jednak na działanie jego zbiorowe (kumulatywne) przyjmuje się, że zawartość ołowiu w wodzie nie powinna przekraczać 0·3 mg. w litrze wody. Pojawianiu się ołowiu w wodzie sprzyja znaczniejsza zawartość powietrza wzgl. tlenu oraz kwasu węglowego w wodzie. Najbardziej sprzyja temuż stosunek 1 cz. tlenu na 2 cz. CO_2, znaczniejsza zawartość chlorków, kwasu azotawego i azotowego, nadto procesy elektrolityczne, wywołane składem rur ołowianych, zanieczyszczenie miedzią, cynkiem, cyną, sposobem ich lutowania, oraz starannością w wyłożeniu warstwą cynku i w montowaniu rur ołowianych wewnątrz cynkowanych, w końcu od prądów elektrycznych, błąkających się w ziemi w sąsiedztwie rur wodociągowych. Wody zawierające ponad 7 stopni niemieckich twardości przemijającej (twardość wywołana węglanami ziem alkalicznych) tylko z początku rozpuszczają więcej nieco ołowiu z rur, poczem wytwarzają na ich powierzchni warstwę, chroniącą od dalszego przechodzenia metalu do wody. Środki ochronne przeciw przechodzeniu ołowiu do wody wodociągowej w ilości przyjętej za szkodliwą, muszą być różne i zastosowane do rozpuszczalności ołowiu w wodzie wodociągowej. Za zasadę jednak przy każdem urządzeniu wodociągowem przyjąć należy wypuszczenie wody, stojącej przez czas dłuższy, 12—24 godzin, w rurach, jako bezużytecznej, — zapobieganie, by do rur wodociągowych nie mogło przedostawać się powietrze, — nieopróżnianie rur podczas nieużytkowania urządzenia wodociągowego, używanie rur żelaznych lanych cynowanych, kutych cynkowanych, rur cynkowych, a nawet glinowych. Mimo rozpuszczalności cynku w wodzie, nieraz dochodzącej do 50 a nawet 100 mg. na litr wody, uważa K. używanie rur cynkowanych i z litego cynku za zdrowotnie bezpieczne. (Co do rur cynkowych zbyt mało istnieje dotychczas doświadczenia. Przypis. spraw). Wody wodociągowe, zawierające wiele wolnego kwasu węglowego, a mające twardość przemijającą ponad 7 stop. niem., należy przed wpuszczaniem do rur odwietrzyć z kwasu, w wodach miękich związać kwas dodatkiem środków chemicznych, jak wapnem gaszonem, kamieniami wapiennymi, marmurem, magnezytem, sodą, wodnikiem sodowym itp. Ochronę przeciw rozpuszczaniu ołowiu z rur pod wpływem zabłąkanych prądów elektrycznych otrzymuje się przez należyte oddzielenie ulicznych rur od przewodów elektrycznych. L. Bier.

Fenyvessy i Dienes. **Czy chleb wypieczony jest jałowym?** (Zeitschr. f. Hygiene t. 69, str. 223, 1911). Ciepłota ośródki chleba dochodzi podczas pieczenia do 94—104 C., przeto giną napewno w chlebie wypieczonym należycie bakterye chorobowe, które przypadkowo dostały się do ciasta. Zawiera ono jednak zazwyczaj zarodniki, których proces pieczenia nie zabija. Chleb przeto na pewno nie jest jałowym, zachodzić przeto mogą przypadki, w których chleb zawierać będzie bakterye chorobowe, jeżeli zarodniki ich dostały się przypadkowo do mąki lub ciasta. O przypadkach przeniesienia się chorób na tej drodze dotychczas nic nie wiadomo. L. Bier.

Erlwein. **Wyjałowienie wody przy użyciu promieni pozafiołkowych.** (Journ. f. Gasbel. u. Wasseversor. 1911 Nr 39). Publikacya ta, wywołana tematem o powyższem brzmieniu, roztrząsanym na dorocznem posiedzeniu niemieckiego Towarzystwa zawodowców gazowych i wodociągowych w Dreźnie, zajmuje się odkażaniem wody na podstawie doświadczeń, dokonanych w oddziale elektrochemicznym towarzystwa akcyjnego Siemens i Halske w Berlinie. Dokonane w tej pracowni badania porównawcze nad sterylizacyą wody przy użyciu lamp łukowych, użytych swego czasu do terapii Finsenowskiej z elektrodami żelaznemi, glinowemi i cynkowemi wzgl. węglowemi, napojonemi solami powyższych metali, a lamp rtęciowych — kwarcowych, — stwierdziły wyższość tych lamp. Natomiast porównanie lamp ze sterylizacyą wody zapomocą ozonu okazuje wyższość tego drugiego sposobu nad naświetlaniem promieniami pozafiołkowymi, gdyż: 1) dla metody ozonizacyi wytworzono już aparaturę w ruchu i co do wyjałowienia wody pewną i dającą się zastosować nawet dla wielkich urządzeń wodociągowych; 2) ozonizacya, posługując się krążeniem powietrza, napojonego ozonem, pracuje ze stałym nadmiarem ozonu, nie potrzebując większej ilości siły, działa przeto zawsze pewnie wyjaławiająco bez względu na zmieniającą się jakość wody surowej; 3) ozonizacya nawet wodę lekko żółto zabarwioną (odbarwiając ją zazwyczaj przytem) — oraz wodę opalizującą odkaża, zatem nawet w tych przypadkach działa odkażająco, w których działa niepewnie lub też nieekonomicznie odkażanie promieniami pozafiołkowymi; 4) efekt pewnej sterylizacyi co do wody, wypływającej z ozonizatora, stwierdzić może łatwo i szybko nawet laik przy zastosowaniu odczynu wobec roztczynu jodku potasowego zaprawionego skrobią, gdy badanie bakteryologiczne, które dla zbadania efektu sterylizacyi metodą promieni pozafiołkowych jest konieczne, daje wynik dopiero po dniach kilku. L. Bier.

Hesse. **Sączki Berkefelda i zastosowanie ich do stwierdzenia bakteryi w wodzie.** (Zeitschr. f. Hygiene, t. 69, z. 3, 1911). Przy sączeniu płynów, zawierających bakterye, można bakterye osiadłe na powierzchni sączka wydzielić prawie całkowicie przez odwrotne przepuszczanie płynu przez sączek i stwierdzić je następowo w płynie, otrzymanym z sączenia zwrotnego. Silnemi i krótkiemi uderzeniami pompy 4- do 5-krotnemi — można wydzielić z sączka prawie całą ilość bakteryi, na nim zatrzymanych. Zastosowanie większej ilości seryi płytek użytych do badania wody pozwala na zwiększenie ilości płynu zwrotnego, przez co uzyskuje się wyniki lepsze. Metoda ta daje bardzo dobre wyniki nawet przy bardzo małej ilości bakteryi, mniej niż 10 bakteryi w litrze. Wartość i użyteczność metody można zwiększyć przez zastosowanie prostego urządzenia samoczynnego, przez co udaje się użyć do badania większych ilości wody, 10 i więcej litrów. Zastosowanie większych sączków o wydatności większej odda jeszcze lepsze usługi. Zastosowanie metody omawianej przy badaniu wód studziennych i użytkowych na ogólną w nich zawartość bakteryi, jakoteż szczególnie przy poszukiwaniu w nich bakteryi chorobotwórczych w związku z zastosowaniem specyalnych pożywek i zużytkowaniem szczególnych własności biologicznych bakteryi, zapowiada nader obiecujące wyniki. Użyte do badań sączki należy zawsze poprzednio zbadać co do ich użyteczności, a i nadal kontrolować stale. Metoda ta daje wyniki o wiele lepsze od sposobów strącania bakteryi przy użyciu tlenochlorku żelazowego, przewyższa zaś znacznie metodę, używającą do strącania bakteryi siarkanu żelazawego. L. Bier.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Jodgwajakol znajduje zastosowanie w leczeniu gruźlicy chirurgicznej w postaci miejscowych wstrzykiwań w gruczoły, pędzlowań i t. p. N.

Hedonal w postaci wstrzykiwań śródżylnych wywołuje według autorów rosyjskich (Sidorenko, Krawkoff, Fedoroff) ogólne uśpienie, któręm można się posługiwać do operacyi chirurgicznych nawet bardzo ciężkich i bolesnych (operacye w jamie brzusznej). Uśpienie hedonalowe nadaje się do operacyi na głowie i szyi, gdyż obywa się ono bez użycia maski inhalacyjnej. Do usypiania używa się 0·75% rozczynu hedonalu; uśpienie występuje zazwyczaj po wlaniu 100—500 cm^3 rozczynu i może być podtrzymane ilością 50—100 cm^3; wogóle zużywa się w ten sposób 6—10 gr hedonalu, czasem więcej. Złych następstw po tem uśpieniu, jak bolów głowy, wymiotów i t. p. autorowie nie spostrzegali. N.

Nadmanganianu potasowego w postaci krystalicznej używają niektórzy lekarze niemieccy do zasypywania ropni, czyraków, zanokcic i t. p. Po wypełnieniu n. p. jamy ropnia nadmanganianem zalewają jeszcze nierozcieńczonym octem drzewnym, następnie zakładają opatrunek. Pod wpływem tego leczenia rany oczyszczają się i goją bardzo szybko. Środka tego używają też w tej samej formie i z bardzo dobrym skutkiem w leczeniu przetok gruźliczych. Wadą tego sposobu leczenia jest dość znaczna bolesność. (Blum, Fink, Neumayer). (Münch. med. Wochs. 1910, 6, 4, 33). N.

Bezwodnik kwasu węglowego w formie stałej, jako t. zw. śnieg kwasu węglowego (Kohlensäureschnee), zastosowany na skórę, znieczula ją i wywołuje zmiany, typowe dla oparzenia. Własności te zużytkowano przy leczeniu czyraków, ropni, dymienic, ropowic, oraz dla usuwania ziarniny różnego rodzaju, zwłaszcza gruźliczej (Klotz. Berl. kl. Wochs. 1910, 48). Sposób ten przewyższa inne zabiegi, jak paklenowanie lub skrobanie tem, iż jest niebolesny. Gottheil (N. York med. Journ. 1909) stosuje kwas węglowy dla leczenia tocznia; uważa środek ten za jeden z najlepszych dotąd znanych. N.

Magnesium sulphuricum znajduje zastosowanie jako środek znieczulający w postaci wstrzykiwań podskórnych. Corrado (Rev. d. Ther. 1910, 16), stosując środek ten w celu leczenia tężyczki pooperacyjnej, opisuje dobre wyniki. Johnson (Brit. med. Journ. 1910) wstrzykuje nawet siarkan magnowy do kanału kręgowego dla leczenia tężca i twierdzi, że ten sposób leczenia oddaje lepsze usługi, niż surowica przeciwtężcowa. N.

p-Monochlorphenol w połączeniu z kamforą, mentolem, eugenolem jako pastę stosują dentyści w leczeniu zębów; przetwór ten ma dobrze koić ból i działać odkażająco. »Rp p.-monochlorphenol. 3·0, menthol. 1·0, camphor. 0·5. eugenol. 5·0, zinc. oxyd. q. s. ut f. pasta«.

α-naphthol w 16% rozczynie wyskokowym w dawce 10—20 cm^3 wstrzykuje Malclarescu (Spitalul 1910, 10) do jamy opłucnej po usunięciu z niej ropy w przypadkach, w których nie można zastosować leczenia chirurgicznego. Lecząc w ten sposób ropne zapalenia opłucnej, miał M. bardzo zachęcające wyniki. N.

Pneumopessar do leczenia krwawnic i wypadnięć odbytnicy podał Schlessinger. Chory wprowadza sobie ten przyrząd do odbytu, nadyma i zamyka kurek, wyjmując przyrząd tylko dla defekacyi. (Med. Klinik 39). A.

Stopa płaska u młodzieży szkolnej jest podług Henneberga i Kirscha dość częstą (10—27%), a częstość jej wzmaga się z wiekiem uczniów. (Zeitschr. für orth. Chir. XXVII. 3). Klęsk.

Siarkan magnowy przy róży zaleca Choksy w postaci okładów wysyconym rozczynem, zmienianych 3—4 razy dziennie. (Lancet, 4. II. 1911). A.

Szkolne skrzywienie kręgosłupa jest według Wildenratha (Viertelj. f. ger. Med. 1911, III.) wypływem znużenia, wywołanego sztywnem siedzeniem wśród nauki. Dlatego też nauczyciel powinien o tem pamiętać, a prócz tego wielką rolę odgrywają dobre ławki (oparcie nachylone, sięgające najmniej do łopatek, oparcie pod stopy w ławce, przystosowanie wielkości ławki do wzrostu dziecka), gimnastyka, zakaz noszenia książek pod pachą, albo w tornistrze zawieszonym na ramieniu i t. p. Przekonać też należy rodziców, że to skrzywienie nie jest »złem przyzwyczajeniem do krzywego trzymania się«, ale poważną chorobą, która pogarsza się i może nie leczona stać się kalectwem. Klęsk.

Tężec jest wprawdzie podług Trembura obecnie mniej groźny, niż dawniej, bo mamy już pewne sposoby leczenia, mimo to jest jeszcze cierpieniem poważnem. Prątki spotyka się prócz ziemi ogrodowej, w kale, (zwłaszcza koni i krów), w ślepych patronach wojskowych (57%), w starych ubraniach, w katgucie, żelatynie, włosach, zębach zepsutych, migdałkach i t. p. Zarodniki mogą pozostawać ukryte w ustroju i dopiero nagle n. p. wskutek urazu, zaziębienia i t. p. przejść w stan czynny. (Viertelj. f. ger. Med. 1911. III.). K.

Przy ciężkich zakażeniach ogólnych zaleca Eisenberg (Berlin) atoksyl srebrowy. (Berl. klin. Wochs. Nr 36). A.

T. zw. raków rentgenowskich opisano dotąd podług Hessego 94. Dotyczyły one 24 lekarzy, 24 techników, a tylko niewielu chorych. 27 osób cierpiało przedtem na tocznia. Rak zjawiał się po naświetlaniu w 4—14 lat, zwykle wśród silnych bolów. Rak taki rzadko tworzy przerzuty. (Fort. a. d. Geb. der Röntg. XIII. 2). A.

Przy leczeniu zapalenia otrzewnej poleca Kuhn używać do przepłukiwania następującego rozczynu: Soli kuchennej 0·9, cukru gronowego 4·1, wody destyl. 100,0. Dodatek cukru zwiększa odporność, działa bakteryobójczo, rozpuszcza nadmiar włóknika i ułatwia wnikanie rozczynów soli. (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 38). K.

Przy raku zwężającym przełyk zaleca Liebermeister podawać chorym co godzinę łykami 1—2% wodę utlenioną. Ma to nieraz przywracać drożność, zwłaszcza przy równoczesnem wstrzykiwaniu morfiny i atropiny, które łagodzą kurcz mięśni, wywołujący zupełne zamknięcie światła, zwężonego przez nowotwór. (Münch. med. Wochs. Nr 38). K.

Przyrząd do szycia jelit i żołądka, obecnie znacznie ulepszony, podał Hahn. Szew wykonuje się zapomocą tego przyrządu nader szybko i dokładnie, a jałowo, bo ręka nie wchodzi w styczność z igłą i nicią. (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 36). K.

Uśpienie pantopon-skopolaminowe przez wstrzykiwanie przy zmniejszonem krążeniu podług Klappa poleca Brunn na podstawie 500 przypadków. Przeciwwskazania: żylaki z zakrzepami, opilstwo, wielkie wyniszczenie. W razie braku zupełnego uśpienia dodaje B. znieczulenie miejscowe lub usypianie eterem. (Beitr. z. kl. Chir. 73. III.). K.

Przy oderwaniu się siatkówki poleca Hilth trepanacyę podspojówkową twardówki w dolnym zewnętrznym odcinku bez uszkodzenia naczyniówki. Potem leżenie w łóżku 7 dni. H. spostrzegał w 7 przypadkach dobry skutek, a u krótkowidzów poprawę wzroku. (37 zebr. Tow. oftalm. Heidelberg, 1911). A.

Diaspirynę zaleca jako dobry środek napotny w praktyce okulistycznej Syllo (Woch. f. Ther. Aug. 1910, 20) w przypadkach, gdzie chodzi o usunięcie wysięków tęczówki i w wielu innych stanach zapalnych oka. Podaje środek ten w ilości 2 gr w przerwach (po 1 gr) wieczorem, przyczem stosuje ciepłą kąpiel nóg. Doberer (Aerztl. Refz. 1910, 10) stosował diaspirynę z pomyślnym skutkiem w dnie, przekładając ją nad aspirynę. N.

Korespondencya.

Od jednego z lekarzy zarządzających kwarantanną w Suezie otrzymaliśmy list, którego urywek przytaczamy.

»Cholera nad Morzem Śródziemnem i Czerwonem dała nam ogromnie dużo zajęcia.

Dla obrony zastosowaliśmy nową metodę, nieprzewidzianą dotąd przez konferencye międzynarodowe, mianowicie badanie kału podróżnych trzeciej i czwartej klasy tudzież załogi okrętowej co do krętków cholerycznych. W Aleksandryi musiano zbudować nowe baraki na pomieszczenie tych podróżnych. Ponieważ lazaret w Port-Said jest za mały, przeto podróżnych, mających wysiąść w Port-Said, zatrzymuje się na okrętach i wysadza w Suezie, gdzie można pomieścić wygodnie około 100 podróżnych. Jeśli z jakiegoś okrętu wysiadają podróżni III i IV klasy, a ich kał ma być badany, to i podróżni I i II klasy, wysiadający z nimi, czekają, dopóki badanie bakteryologiczne nie zostanie ukończone. Trzeba im więc tłómaczyć, dlaczego się ich zatrzymuje, łagodzić wybuchy gniewu, histeryi, doglądać żywności, czystości pokojów, łóżek i t. p.

Na jakich 2000 badanych w Suezie nie znaleźliśmy roznosicieli cholery. W Aleksandryi, gdzie badano około 16.000 ludzi, znaleziono roznosicieli kilku.

Ciekawy przypadek był w jednej rodzinie, składającej się z ojca, matki, syna i córki. Matka i córka zachorowały i zmarły na cholerę; ojciec i syn, jakkolwiek wcale nie byli chorzy, mieli krętki choleryczne aglutynujące tak, jak u matki i córki 1—20.000.

Roznosicieli krętków przetrzymuje się aż do zupełnego usunięcia krętków z ich przewodu pokarmowego. Mieliśmy tu u Źródeł Mojżesza jednego Malajczyka, chorego na cholerę a przybyłego z Singapore, który miał krętki w kale przez 32 dni po wyzdrowieniu.

Z początkiem października przybyły tu dwa okręty z żołnierzami tureckimi, jadącymi z Hodejdy; na okrętach tych były liczne przypadki cholery, które lekarze tureccy taili. Sprawa była skomplikowana, bo stacya kwarantanowa u Źródeł Mojżesza jest za mała na 1600 żołnierzy, z drugiej zaś strony z powodu wybuchu wojny włoskotureckiej nie mogły okręty płynąć ani do El-Tor, ani do kanału Suezkiego. Pogrzebaliśmy u Źródeł Mojżesza 8 zmarłych z jednego, a 4 z drugiego okrętu. Niebezpieczeństwo było wielkie, bo Turcy zaczęli wyrzucać trupy w przystani do wody, abyśmy myśleli, że skoro na okrętach niema trupów, niema więcej przypadków cholery. Turcy przypuszczali, że przez to nie będą zmuszeni jechać do El-Tor. Wyciągaliśmy z morza zwłoki niedojedzone przez rekiny i grzebaliśmy je u Źródeł Mojżesza. W końcu na moje usilne starania zagroził rząd egipski, że skonfiskuje okręty, jeżeli do pewnej oznaczonej daty nie popłyną do El-Tor, wobec czego musiały odjechać. Po wylądowaniu w El-Tor okazało się, że jeden z tych okrętów miał 276 chorych, z tych 15 na cholerę, a drugi 221 chorych, z tych 5 na cholerę. Wysłaliśmy więc do El-Tor 7 lekarzy, 7 angielskich sióstr szpitalnych i 40 dozorców chorych. Chorych leczono w szpitalach, a zdrowych odosobniano w t. zw. sekcyach. Między chorymi było dużo przypadków duru brzusznego, zimnicy, czerwonki i gnilca (skorbutu). Zbadano bakteryologicznie kał wszystkich 1600 żołnierzy. Wypuszczono ich zaledwo przed kilku dniami; żołnierzy rozbrojono, a okręty popłynęły do Saloniki za zezwoleniem rządu włoskiego, jako okręty szpitalne. W El-Tor zostało jeszcze 60 ciężko chorych, którzy pozostaną tam aż do zupełnego wyzdrowienia. Jeden z oficerów miał krętki w kale mimo, że nie był chory; badano go 5 razy.

Cała ta sprawa będzie kosztować około 50000 fr., ale też nie dopuściliśmy cholery do Egiptu, który, mimo że jest wzięty we dwa ognie, mimo, że w Europie, Azyi i Afryce pełno cholery, trzyma się dobrze dzięki dobrej organizacyi sanitarnej i przy naszych nieraz nadludzkich wysiłkach.

Znajduje się tu obecnie 5 okrętów wojennych tureckich, które się tu schroniły przed okrętami włoskimi. Rząd je rozbroił, ale pobyt 280 marynarzy tureckich w Suezie przedstawia pewne niebezpieczeństwo publiczne, zwłaszcza, że z powodu zwycięstw tureckich w Trypolis, fikcyjnych czy rzeczywistych, umysły krajowców są nieco podniecone i za lada błahym powodem może dojść do jakiejś zawieruchy. W Aleksandryi już był przedsmak manifestacyi. Rozruchy wprawdzie zgnieciono, ale nie obeszło się bez kilku trupów, kilkunastu rannych i licznych wybitych szyb sklepowych. Lord Kitchener miał podobno zagrozić, że jeśli rząd nie potrafi utrzymać porządku, to on to uczyni. Trzeba się liczyć z tem, że religia odgrywa ważną rolę i Egipcyanie mimo, że im z Anglikami lepiej, ciążą ku Turcyi i zbierają dość hojne datki na wojnę dla Turcyi. Gdyby się Włochom noga powinęła, muzułmanie podnieśliby głowę; powstałoby pewne niebezpieczeństwo nawet w Egipcie dla Włochów i dla innych cudzoziemców«.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie dnia 6. XI 1911 r.

1) Czł. N. Cybulski przedstawia pracę pp. A. Becka i G. Bikelesa: **O wzajemnym stosunku czynnościowym mózgu i móżdżku.** Celem wyjaśnienia tego stosunku autorowie zastosowali metodę badania prądów czynnościowych. Śledzili mianowicie, czy jakie prądy czynnościowe powstają w móżdżku przy drażnieniu kory mózgowej i odwrotnie — w korze mózgowej, przy drażnieniu kory móżdżku. Badań autorowie dokonali na psach kuraryzowanych, a do drażnienia posługiwali się podnietą termiczną. Doświadczenia seryi I, w których drażniono korę mózgową a łączono z galwanometrem korę móżdżku, przekonały, że podczas drażnienia kory mózgowej występują prądy czynnościowe w obu półkulach móżdżku, jednakże często z przewagą półkuli przeciwległej. Okazało się przytem, że prądy takie czynnościowe występują tylko w korze półkul móżdżku, a w małym tylko stopniu, lub wcale nie, w korze robaka. Ważną jest również rzeczą, że powstanie prądów czynnościowych w móżdżku można wywołać głównie tylko przez drażnienie okolicy psychomotorycznej kory mózgowej, podczas gdy drażnienie płatu ciemieniowego jest mało skuteczne lub zgoła bez skutku. Fakt ten wskazuje, że właśnie okolica psychomotoryczna jest tą częścią kory mózgowej, która jest w związku czynnościowym z móżdżkiem, mianowicie z obiema półkulami móżdżku. — W seryi II doświadczeń drażniono korę móżdżku (półkul), a odprowadzano prąd od kory mózgowej. W małej tylko liczbie tych doświadczeń prądy czynnościowe, w ten sposób otrzymane, były mniej więcej równe co do natężenia i częstości prądom, stwierdzonym w badaniach seryi I, w znacznej zaś większości prądy w korze mózgowej występowały nader rzadko przy drażnieniu móżdżku. Należałoby stąd wnosić, że u psa podniety sensoryczne łatwiej przechodzą z mózgu do móżdżku, niż przeciwnie.

2) Czł. N. Cybulski przedstawia pracę pp. A. Becka i G. Bikelesa: **O czynności sensorycznej części środkowej móżdżku (robaka).** Drażniąc w szeregu doświadczeń różne nerwy obwodowe psa, autorowie stwierdzili występowanie prądów czynnościowych w korze robaka móżdżku (vermis post., lobus medianus posterior). Przez porównanie z prądami czynnościowymi, które otrzymać można w takich samych warunkach z okolicy psychomotorycznej kory mózgowej, okazało się, że prądy czynnościowe w móżdżku, wywołane przez podniety dośrodkowe, nie są o wiele słabsze i rzadsze, niż spostrzegane w ten sam sposób prądy kory mózgowej. Drażnienie nerwów już to kończyny przedniej, już też tylnej, a odprowadzanie prądu od robaka, mianowicie od tylnego robaka i od górnej jego powierzchni, wykazało brak ścisłej lokalizacyi sensorycznej w korze robaka. Ważną jest rzeczą, że i drażnienie nerwu błędnego powoduje zjawianie się prądów czynnościowych w robaku, podczas gdy w korze mózgowej nie daje ono wcale prądów czynnościowych. Kilkakrotne próby, w których łączono z galwanometrem również i półkule móżdżku, okazały znaczną przewagę prądów czynnościowych na korzyść robaka.

Stosunek redakcyi do autorów.

Do projektu zasad stosunku redakcyi pism lekarskich do autorów, przedstawionego na XI. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich przez Dra Józefa Zawadzkiego (ob. »Przegląd lekarski« Nr 33) zgłosiliśmy kilka poprawek. Z uwzględnieniem ich przedstawia się projekt, który rozesłaliśmy wszystkim redakcyom pism lekarskich polskich, w postaci następującej:

1. Redakcyom przysługuje prawo przyjmowania i drukowania artykułów według własnego uznania oraz odrzucania artykułów, nie odpowiadających ich wymaganiom ze względu na formę, treść lub język; redakcya odpowiada całkowicie tylko za czystość języka, za treść zaś o tyle, o ile przeczy ona zasadom logiki i nauki. Nie należy odrzucać artykułów dlatego tylko, że autor stoi na innem stanowisku, niż ogólnie przyjęto, za treść bowiem wewnętrzną artykułu odpowiada autor. Redakcyi przysługuje prawo zaznaczenia w przypisku, iż nie zgadza się z poglądem autora.

2. Na decyzyę co do przyjęcia lub odrzucenia artykułu pozostawia się redakcyi sześć tygodni czasu od chwili złożenia artykułu w redakcyi. Brak po tym czasie odpowiedzi ze strony redakcyi oznacza przyjęcie artykułu. Artykuł, nie przyjęty przez redakcyę, ma być zwrócony autorowi w czasie nie dłuższym, niż 8 tygodni od dnia złożenia go w redakcyi, jeżeli autor zastrzegł sobie wyraźnie zwrot rękopisu. Artykuł, przyjęty przez redakcyę, a nie wydrukowany w ciągu pół roku z przyczyn niezależnych od autora, autor ma prawo wycofać.

3. Za artykuły wydrukowane autorzy otrzymują honorarya według norm, ogłoszonych przez daną redakcyę.

4. Redakcya ma prawo potrącić z honoraryum autorskiego koszt korekty t. zw. nadzwyczajnej, t. j. wszelkich zmian i dodatków, dodanych przez autora dopiero w korekcie, oraz koszt częściowy lub całkowity odbitek i klisz według norm, które mają być ogłoszone w każdym numerze.

5. Artykuły drukuje się w kolei nadesłania, ponieważ jednak zasady tej niezawsze ze względów techniczno-redakcyjnych można przestrzegać, byłoby pożądane, by redakcye pism lekarskich polskich w końcu każdego artykułu podawały datę otrzymania go w redakcyi, co w zupełności zabezpieczy autorom prawo pierwszeństwa.

6. Zwrot autorom niewydrukowanych artykułów drobnych i streszczeń pozostawia się uznaniu redakcyi.

7. Artykuły, nadsyłane do redakcyi, muszą być pisane czytelnie, na jednej stronie dowolnego formatu, nie mogą być kreślone; artykuły nieczytelne, o ile zostały przyjęte przez redakcyę, przed oddaniem do druku ze względu na korektorów i zecerów należy przepisać na maszynie. Byłoby pożądane, aby wszystkie artykuły, nadsyłane do redakcyi, były przepisywane na maszynie. Prace, z których autorzy życzą sobie mieć odbitki, należy opatrzyć napisem ».... odbitek« w »okładkach« lub »bez okładki«.

8. Redakcyom pism lekarskich wzbrania się drukowanie prac, omawiających działanie środków tajemnych, których skład nie został ujawniony przez autora w danej pracy lub poprzednio.

9. Prace, wydrukowane w jednem piśmie lekarskiem polskiem, nie mogą być drukowane w innem w całości, wolno natomiast drukować w pismach tygodniowych skrócenia i doniesienia tymczasowe z prac, które mają być drukowane następnie w pismach archiwalnych. Wydrukowane poprzednio w języku obcym prace Polaków nie mogą być drukowane w pismach lekarskich polskich w całości, wolno podawać z nich streszczenia, jak z innych prac autorów zagranicznych.

10. Redakcya ma prawo i obowiązek w interesie czystości języka: a) poprawiać nadesłane rękopisy pod względem gramatycznym i stylistycznym, b) wprowadzać do artykułu mianownictwo polskie według ogólnie przyjętego słownictwa, c) zastępować wyrażenia cudzoziemskie swojskiemi, d) tłómaczyć w przypiskach cytaty z autorów obcych, przytoczone w pierwowzorze.

11. Redakcya w interesie czytelników ma prawo skracać nadesłane rękopisy pod warunkiem, że przewodnia myśl artykułu pozostanie bez zmiany, a siła argumentacyi autora nie osłabnie. Wobec tego redakcya ma prawo usuwać: a) fakty, dawno i powszechnie znane z piśmiennictwa, b) opisy przypadków, spostrzeganych codziennie i w niczem nie wpływających na tezę, bronioną przez autora, c) tablice, grafiki, ryciny, rysunki itp., podane przez autora, o ile nie przyczyniają się, zdaniem redakcyi, do wyjaśnienia poruszonej w artykule sprawy lub dostatecznie zostały omówione w tekscie.

12. Przepisy powyższe powinno się drukować we wszystkich pismach i powtarzać przynajmniej raz na rok.

Obecnie zabrała w tej sprawie głos redakcya »Głosu lekarzy«, w którym (Nr 22) pisze Dr Szczepan Mikołajski, co następuje:

»Wogóle można się zgodzić na zasady, określone w powyższym regulaminie z pewnemi poprawkami, które między innemi wniosła Redakcya »Przeglądu lekarskiego«. Projekt uznaje tylko artykuły płatne i z tego powodu wzbrania równoczesnego drukowania pewnej pracy w różnych pismach, gdyż można ją oddać za pewne wynagrodzenie tylko jednemu pismu. Jeżeli jednak autor nie żąda wynagrodzenia lub jeśli redakcya z jakichkolwiek powodów honoraryum autorowi nie płaci, dlaczegożby autor był pozbawiony prawa dowolnego rozporządzania swą własnością, którego nie odstąpił redakcyi. Sądzę, że w takich wypadkach każde pismo za wiedzą i zezwoleniem autora może pracę jego przedrukować. »Głos lekarzy« nie płaci honoraryów autorskich i dlatego nie mieliśmy nic przeciw temu, aby artykuły, u nas drukowane, przedrukowywały inne pisma lekarskie, lub nielekarskie z podaniem źródła, jeśli tylko autor na to się zgodził. Często zdawało nam się nawet pożądanem, aby pracę z zakresu higieny publicznej jak najwięcej pism powtórzyło dla spopularyzowania zadań higieny. Nie każde pismo stać na opłacanie honoraryów. Z drugiej strony honorarya mogą być różnej wysokości stosownie do umowy między redakcyą a autorem i nie sądzę, aby za każdą pracę należało się to samo honoraryum, gdyż wartość prac bywa różna. Słusznie dodaje »Przegląd lekarski«, że koszt odbitek w całości lub częściowo ma prawo redakcya policzyć autorowi i potrącić z jego honoraryum. Nie wydaje mi się uzasadnionem żądanie, aby prace Polaków, wydrukowane poprzednio w języku obcym, nie mogły być drukowane w całości w pismach lekarskich polskich. Projekt nie podaje przepisów, odnoszących się do polemiki między autorami lub między redakcyą a autorem, a jednak unormowanie pod tym względem stosunku niejednokrotnie okazało się potrzebnem. Zwracanie autorom prac nieprzyjętych jest zbyt bezwzględnie określone. Słusznie dodaje tu »Przegląd lekarski«, że zwrot ma nastąpić tylko wtedy, gdy autor wyraźnie to sobie zastrzegł. Dodaćby jeszcze trzeba, że autor ma przesłać należytość na opłatę pocztową, która nie powinna przecież obarczać redakcyi, a przy przesyłkach poleconych za granicę i przy znaczniejszej objętości pracy może być stosunkowo znaczną. Jeśli autor nie zastrzegł sobie zwrotu i nie nadesłał potrzebnej opłaty pocztowej, nie może być mowy o automatycznem przypadaniu należytości za prace niedrukowane. W naszym redakcyjnym regulaminie przyjęliśmy zasadę, że wszystkie prace i artykuły mają być umieszczane z podpisem autora. Jeżeli regulamin niema się odnosić wyłącznie do prac naukowych, taki przepis byłby pożądanym«.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dn. 22. XI. posiedzenie, na którem Prof. Ciechanowski przedstawił preparat wrodzonej przetoki pęcherzowo-pochwowej i zmian w obu nerkach, a Prof. Bujwid miał wykład: »Bakteryologiczne badania wody w rzece Wiśle na długości 200 klm. poniżej Krakowa«. W dyskusyi przemawiali Prof. Kostanecki i Dr Pisarski.

— Krajowa Rada Zdrowia obradowała na posiedzeniu w d. 18. XI. we Lwowie nad zwalczaniem duru brzusznego. W tejże sprawie obradować ma Rada Zdrowia 25. XI.

— W miejskim Urzędzie Zdrowia rozpoczął się 14. XI. kurs dla sanitaryuszy i dezynfektorów. Kurs, na który zapisało się 20 uczestników, potrwa 6 tygodni. Nauka na kursie obejmuje następujące działy: ogólne pojęcia o bakteryologii, właściwa dezynfekcya po ukończeniu i podczas choroby, zwalczanie chorób zakaźnych, wiadomości podstawowe z higieny o powietrzu, wodzie, gruncie, ubraniu, domach i mieszkaniach, o czystości, kanalizacyi i wodociągach; nadto początkowe wiadomości z anatomii i fizyologii i wreszcie niesienie pomocy w nagłych wypadkach. Tegoroczny kurs jest drugim z rzędu; pierwszy odbył się w roku ubiegłym, a trwał od marca do października. Wszyscy uczestnicy zdali egzamin i otrzymali patent, wszyscy też otrzymali miejsce w magistracie krakowskim, z wyjątkiem dwóch,

których przyjął magistrat w Tarnowie. Już po obsadzeniu posad zgłosiło się do magistratu krakowskiego kilka miast o przysłanie absolwentów kursu, jednakże wolnych absolwentów już nie było.

— W dniu 21. b. m. odbyło się posiedzenie miejskiej komisyi sanitarnej. Przed porządkiem dziennym Dr Schneider postawił wniosek, aby komisya sanitarna przedstawiła prezydyum miasta konieczność przyspieszenia sprawy budowy budynków sanitarnych. Wniosek ten przyjęto jednomyślnie. Naczelny lekarz miejski przedstawił stan chorób zakaźnych w ostatnich czterech tygodniach, zdał sprawę z działalności lekarzy szkolnych, z posiedzenia tychże lekarzy z dyrektorami szkół i z usiłowań stworzenia ambulatoryum dentystycznego dla ubogich dzieci szkolnych. W końcu zawiadomił komisyę o rozpoczęciu kursu dla dezynfekcyonaryuszy i sanitaryuszy. Komisya przyjęła sprawozdanie fizyka do wiadomości. Następnie obradowano nad dopuszczeniem lekarek w charakterze hospitantek na stanowisko lekarzy szkolnych. Komisya sanitarna oświadczyła się wszystkimi głosami przeciwko jednemu za dopuszczeniem lekarek na to stanowisko. W końcu poruszono sprawę kąpieli dla dzieci szkolnych i nieporządki w handlach wędlin.

— Dnia 12. XI. odbyło się we Lwowie posiedzenie Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Oprócz członków wydziału byli obecni Dr Damski z Krakowa, wybrany na Walnem Zgromadzeniu dla spraw Morszyna i Dr A. Sabatowski, który podczas sezonu kąpielowego pełnił obowiązki lekarza zdrojowego i zakładowego w Morszynie. Na posiedzeniu stwierdzono, że w roku 1911 wypłacono 14.175 kor. wdowom i sierotom tytułem pensyi i zapomóg (w roku 1910: 13.575, w roku 1909: 11.900). Na powyższy cel preliminowano na rok przyszły 15.000 kor. Dalej przyjęto do wiadomości zarządzenia biura, mające na celu uporządkowanie listy członków i ściąganie zaległości, a wreszcie badano stosunki Morszyna i przyjęto bilans na r. 1912. Uznano, że inwestycyjne wkłady w roku przyszłym nie są wskazane, a na konieczne wydatki, bez których prowadzenie zakładu byłoby niemożebne, przyznano potrzebne kwoty.

— Lekarze pomocniczy szpitala lwowskiego sformułowali w memoryale, przedstawionym Wydziałowi krajowemu, postulaty swe w sposób następujący:

1) Zniesienie podziału sekundaryuszy na sekundaryuszy I. i II. klasy i mianowanie ich przynajmniej na lat 4.

2) Podniesienie płac sekundaryuszy do 1700 koron rocznie, podwyższanie płac tych o 200 koron rocznie od drugiego roku służby począwszy i przyznanie pomieszkania, przynajmniej z dwu pokoi i przedpokoju składającego się, jakoteż wiktu I. klasy, względnie nadania im relutum na mieszkanie w kwocie 720 koron, a za wikt w kwocie 1080 koron rocznie.

3) Podwyższenie adjutów lekarzy pomocniczych do 1200 koron rocznie i podwyższanie płac tych o 200 koron rocznie od drugiego roku służby począwszy.

4) Uwolnienie lekarzy bezpłatnych od obowiązku pełnienia dyżuru w szpitalu powszechnym we Lwowie.

5) Przyznanie prawa do otrzymania raz w ciągu służby przy szpitalu powszechnym we Lwowie na przeciąg najwyżej 6 miesięcy bezpłatnego urlopu, celem dalszego kształcenia się w zakładzie naukowym, z prawem powrotu na swe ostatnio zajmowane stanowisko; czasu spędzonego na takim urlopie nie wlicza się do lat służby szpitalnej.

6) Każdy lekarz pomocniczy płatny szpitala powszechnego we Lwowie, nie będący sekundaryuszem, a pełniący obowiązki z jakichkolwiekbądź przyczyn nieobecnego na oddziele sekundaryusza bez przerwy przynajmniej przez cztery tygodnie, ma pobierać przez czas zastępstwa pełne pobory sekundaryusza najniższej kategoryi płacy. Adjutum zastępującego lekarza przechodzi przez przeciąg czasu zastępstwa takiego na najstarszego według tury lekarza pomocniczego nieadjutowanego, zawsze jednak w kwocie najniższej kategoryi płacy.

Lekarz nieadjutowany, pełniący obowiązki lekarza adjutowanego lub sekundaryusza bez przerwy przynajmniej przez cztery tygodnie, pobierać ma przez cały ten czas adjutum najniższej kategoryi płacy.

7) Ubezpieczenie bezimienne 4 lekarzy na koszt funduszu krajowego:

a) na wypadek choroby, spowodowanej skutkiem pełnienia obowiązków w szpitalu powszechnym we Lwowie;

b) na wypadek wynikłej stąd trwałej niezdolności do pracy zawodowej;

c) na wypadek wynikłej stąd śmierci;

d) na wypadek odpowiedzialności zawodowej (Haftpflicht).

8) Założenie księgozbioru z dzieł i czasopism lekarskich i oddanie go do użytku lekarzy szpitala powszechnego we Lwowie w lokalu, wyłącznie na ten cel przeznaczonym. Koszt założenia i utrzymania księgozbioru tego ponosi fundusz krajowy, a każdy płatny pomocniczy lekarz szpitala powszechnego we Lwowie przyczynia się do utrzymywania księgozbioru kwotą 12 kor. rocznie, ściągalną w ratach miesięcznych z góry przy wypłacie gaży.

9) Zmiany powyższe 1—9 wchodzą w życie z dniem 1-go stycznia 1912 roku. Sekundaryusze i lekarze adjutowani szpitala powszechnego we Lwowie, przed tym terminem zamianowani, pozostają w służbie nadal na warunkach w całej ich rozciągłości, z dniem 1-go stycznia 1912 roku unormowanych.

— »Krajowy Związek zdrojowisk i uzdrowisk« ogłosił sprawozdanie ze swej działalności w pierwszym roku istnienia. Zaraz po zawiązaniu się wydał »Związek« szczegółowy »Pamiętnik I krajowego Zjazdu przemysłowo-balneologicznego«, poczem zabrał się do pracy nad własną organizacyą, dwukrotnie przekształcając statut i regulamin, oraz nad poinformowaniem wszelkich władz i odpowiednich instytucyi o swych celach i zakresie działania. W dalszym ciągu wyjednał »Związek« dla szeregu zdrojowisk różne udogodnienia (poczty, telegraf, telefon, drogi dojazdowe, ulepszenia ruchu kolejowego, zniżki asekuracyjne dla budynków drewnianych i pożyczki hipoteczne na takie budowle, ulgi podatkowe). Starania Związku o zorganizowanie obrony pożarnej w zdrojowiskach i wspólnej reklamy, nie odniosły dotąd należytego skutku; również zbyt mały skutek wywarły starania »Związku« o wprowadzenie przez zarządy zdrojowe zniżek dla leczących się w III sezonie, coby znacznie podniosło frekwencyę tego sezonu i udostępniło leczenie zdrojowe także warstwom mniej zamożnym. Natomiast starania »Związku« o zwiększenie frekwencyi zdrojowisk w I sezonie wydały owoce bardzo pomyślne. »Związek« rozesłał 10.000 egzemplarzy broszury T. Łazarskiego »O radyoczynności źródeł leczniczych krajowych« i rozsyłał bezpłatnie 12.000 egzemplarzy organu swego »Nasze Zdroje«, którego dotąd wyszło 18 numerów. W Biurze swojem we Lwowie udzielał »Związek« wszelkich informacyi o zdrojowiskach; liczba informacyi doszła w ubiegłym sezonie do 800. Cała ta usilna propaganda przyczyniła się też do wzrostu frekwencyi we wszystkich zdrojowiskach krajowych; niemniej zaznacza sprawozdanie, że skutek tej propagandy wtedy tylko będzie trwały, jeśli i zarządy zdrojowisk dołożą starań o podniesienie zakładów przez ciągłe inwestycye i usunięcie wielu istniejących dziś niedogodności. Głównie za staraniem »Związku« utworzyło się konsorcyum, które zakupiło i zamierza nowocześnie urządzić zdrojowisko »Szkło«. Również swemi staraniami doprowadził Związek do poważnego zainteresowania się sprawami zdrojowisk dwu instytucyi finansowych, z których jedna organizuje już towarzystwa akcyjne dla 2 zdrojowisk, a druga udziela zdrojowiskom kredytu budowlanego. W końcu zorganizował »Związek« II krajowy Zjazd przemysłowobalneologiczny w Krynicy i wycieczkę do Luhaczowic na Morawach, założył we Lwowie własną »Składnicę wód krajowych i przetworów zdrojowych«, podjął starania o stworzenie sezonów zimowych, o ułatwienia eksportu naszych wód zagranicę itp., oraz rozpisał konkurs na dwie naukowe prace balneologiczne z nagrodami po 500 koron.

— Celem podniesienia ruchu naukowego w dziedzinie balneologii ogłasza »Krajowy Związek zdrojowisk i uzdrowisk« konkurs na prace naukowe, na następujące dwa tematy: 1) Zestawienie działalności jednej z rodzimych wód mineralnych z równorodzajową wodą pozakrajową. 2) Zróżniczkowanie wskazań do stosowania mechanoterapii w zdrojowiskach krajowych. Termin nadsyłania prac do 3. maja 1912 r. Najlepsze dwie prace otrzymają po 500 koron nagrody. Prace nagrodzone, wydrukowane będą nakładem »Krajowego Związku zdrojowisk i uzdrowisk« w »Naszych Zdrojach«, zaś 500 odbitek stanowić będzie własność autora. Prace należy nadsyłać pod adresem Zarządu Związku zdrojowisk i uzdrowisk (Lwów, Czarneckiego 6) z zachowaniem zwykłych form konkursowych.

— »Nasze Zdroje«, rozpoczynające wkrótce trzeci rok wydawnictwa, przekształciły się w okresie pozasezonowym z miesięcznika na dwutygodnik.

— »Towarzystwo Biblioteki uczniów Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell.«, oddające już 49 lat niezmiernie pożyteczne usługi słuchaczom medycyny przez wypożyczanie i ułatwianie nabycia podręczników i przyrządów lekarskich, znalazło się w r. 1910/11, jak wynika z ogłoszonego właśnie sprawozdania, w położeniu trudnem. Złożyły się na to trudności w pomieszczeniu biblioteki, gdyż dotychczasowy lokal w gmachu kolegium Nowodworskiego okazał się konieczny na rozszerzenie Biblioteki Jagiellońskiej, a innego lokalu w gmachach uniwersyteckich nie można było znaleść; dalej znaczne zaległości u członków za nabyte za pośrednictwem Towarzystwa książki, a w końcu brak chętnych do pracy w Towarzystwie. Sprawę lokalu powiodło się jednak załatwić przez wynajęcie, do czego przyczynili się profesorowie i docenci Wydziału lek., ofiarowawszy na ten cel 505 kor.; energiczna akcya wobec dłużników uwieńczona została ściągnięciem 2.300 kor. zaległości, tak, że rachunki Towarzystwa zamknięto saldem 6.707·77 kor. (w poprzednim roku 3.909 kor.). Biblioteka Towarzystwa zwiększyła się o 125 dzieł w 152 tomach. Obrót w dziale pośrednictwa przy zakupnie podręczników i przyrządów lekarskich dla członków Towarzystwa wynosił 12.699 kor., ponieważ jednak zaległości w tym dziale wynoszą jeszcze około 3.000 kor., przeto nadwyżkę rozchodów pokryć musiała do czasu kasa Towarzystwa. W ciągu roku zorganizowało Towarzystwo 5 odczytów dla swych członków. Ankieta w sprawie życia umysłowego i fizycznego młodzieży uniwersyteckiej, urządzona w r. z., nie przyniosła spodziewanych wyników; we Lwowie zupełnie zawiodła, w Krakowie na 3000 rozesłanych kwestyonaryuszy uzyskano tylko 490 odpowiedzi; materyał ten nie został jednak opracowany. Biblioteka liczyła w r. z. 393 członków zwyczajnych i 100 nadzwyczajnych. — Na rok 1911/15 wybrano następujący zarząd: prezes Stefan Then, zastępca prezesa Kazimierz Kessel, skarbnik M. Grodecki, bibliotekarz K. Sęczyk, czasopiśmienny W. Jankowski, sekretarz S. Tomiak; komisya sprawdzająca: Z. Bujwidówna, W. Gosiewski, S. Hodbod, J. Konopnicki. Kuratorem biblioteki jest Prof. Dr Rosner.

— Towarzystwo »Bratnia Pomoc Medyków Uniw. Jagiell.« liczyło w r. 1910/11, trzecim swego istnienia, 8 członków założycieli, 1 wspierającego i 216 zwyczajnych. W funduszu obrotowym miało Towarzystwo 6390·49 kor. dochodów, a 4064·06 rozchodów, wśród których najważniejszą pozycyą są pożyczki, udzielane członkom Towarzystwa (3550 kor.). Na pożyczkach, udzielonych w latach poprzednich, pozostaje 2818 kor. Oprócz tego posiada Towarzystwo fundusze pożyczkowe dla rygorozantów (około 1400 kor.) i fundusz stypendyjny (102 kor.). W r. z. urządziło Towarzystwo 2 wycieczki do zdrojowisk galicyjkich, które prócz korzyści naukowych dla uczestników, przyniosły Towarzystwu pewien dochód. Prezesem Towarzystwa był p. Bohdan Zakliński, kuratorem Prof. Dr Kostanecki.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 12. X. do 18. XI. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 11 † 4 (w tem obcych 5 † 1), krztuśca 8 † — (1 † —), ospy wietrznej 1, płonicy 21 † 2 (2 † 1), odry 13, duru brzusznego 6 † 1 (2 † —), czerwonki 1 † — (1 † —), gorączki połogowej 2 † 2 (1 † 1), róży 4 † 1 (1 † 1), tężca 1 † — (1 † —). Dr Janiszewski.

Warszawa. Na posiedzeniu Wydziału III Towarzystwa naukowego warszawskiego w d. 9. XI. 1911 przedstawił Dr Zdzisław Dmochowski komunikat p. t. »Nowa teorya powstawania nowotworów« (doniesienie tymczasowe).

Poznań. Na Walnem Zebraniu Wydziału lekarskiego Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu w d. 29. X. b. r. było przedmiotem obrad leczenie choroby Basedowa, przedstawione przez czterech referentów ze stanowiska różnych gałęzi medycyny (Prof. Kryński z Warszawy, Dr Jezierski, Karwowski i Stasiński).

Z różnych stron. W czasie demonstracyi chorych kobiet na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Wilnie pojawił się rewirowy, jakoby delegowany przez władzę, a jak się okazało, wiedziony tylko ciekawością. Na skargę, wniesioną do policmajstra przez prezesa Tow., Dr Wygodzkiego, odpowiedziano że »to się więcej nie powtórzy«. Wiadomość tę podaje »Gazeta lek.« (Nr 46) za »Rus. Słowem« (Nr 224).

— W Odessie obchodził jubileusz 35-letniej pracy na polu medycyny prosektor szpitala miejskiego i docent uniwersytetu Dr Chęciński, syn znanego pisarza Jana Chęcińskiego. Powinszowania składały Jubilatowi liczne deputacye od przeróżnych instytucyi, jak szpital miejski, stary i nowy, lecznica dla chorych umysłowych, stacya bakteryologiczna, szpital żydowski, Towarzystwo lekarskie, które ofiarowało Jubilatowi dyplom członka honorowego. Wieczorem odbył się bankiet przy udziale przeszło 50 osób, w tej liczbie Polaków: Dr Spira, Ambrożewicza i Jakubskiego. W czasie bankietu odczytano liczne telegramy gratulacyjne.

Ze swej strony składamy Jubilatowi serdeczne życzenia »Ad multos annos!«

Zmarli:

Dr Adam Szulisławski
profesor nadzwyczajny okulistyki w Uniwersytecie lwowskim.

Życiorys ś. p. Szulisławskiego ukaże się w jednym z następnych zeszytów.

Dr Karol Podgórski, Warszawianin w 35 r. ż. w gubernii permskiej; internista Prof. Ruge w Berlinie; Dr Eyvin Wang, redaktor »Norsk Magazin for Laegevidenskaben« w Chrystyanii.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Na podstawie orzeczenia fachowego udzieliło ministerstwo spraw wewnętrznych firmie »**Radiumwerke Neulangbach**« prawo sprzedaży radyoemanacyjnych preparatów na polecenie lekarskie wprost interesentom. Równocześnie poddało wyżej wymienione ministerstwo skład centralny »Radiumwerke Neulangbach« we Wiedniu rządowej kontroli, licząc się z trudnością, jakie próby miernicze stawiają lekarzom, którzy tylko w najrzadszych przypadkach mają konieczne aparaty miernicze dla radyoaktywności.

Przez to rozporządzenie mają lekarze i sanatorya sposobność nabycia preparatów leczniczych RE o wysokiej i najwyższej aktywności.

Wskazania dla radyopreparatów RE: skaza moczowa, skaza dnawa, reumatyzm stawowy (ostry i podostry), niedokrwistość, nerwice organów trawienia, ogólne osłabienie.

Preparaty RE dla wód do picia i inhalacyi: neuralgie, (ischias etc.) choroby skórne.

RE preparaty obłożne (nowotwory).

RE preparaty opromieniające.

Biuro centralne sprzedaży »Radiumwerke Neulangbach« obejmuje także instalacye emanatoryów radiowych na podstawie zasad czysto naukowych, na wzór emanatoryum urządzonego przez tęż firmę na I. klinice medycznej we Wiedniu.

Rok L. Kraków, dnia 2. grudnia 1911. Nr 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiell. w Krakowie. Dyrektor Prof. Dr W. Jaworski.

Odczyn Freunda-Kaminerównej.

(Serodyagnostyka raka).

Podał

Dr Józef Kostrzewski,

asystent kliniki

Leczenie raka zawisło w pierwszym rzędzie od możliwie wczesnego rozpoznania choroby; kliniczne sposoby rozpoznawania raka są wcale niezadowalniające pod względem pewności, a jeszcze mniej, gdy chodzi o wczesne rozpoznanie; nawet histologiczne badanie tkanek, otrzymanych przy próbnem wycięciu, — tam gdzie stosunki na to pozwalają — nierzadko zawodzi; najlepszym przykładem: nowotwory pęcherza moczowego. Ze względu na ważność sprawy, nie brak poszukiwań, które mają umożliwiać rozpoznawanie raka możliwie pewne i wczesne. Mowa tu tylko o próbach biologicznych, zmierzających do wykrywania charakterystycznych ciał w surowicy, przesiękach lub wydzielinach chorych na raka. Myślą ich przewodnią z jednej strony — własność oddziaływania ustroju na ciała białkowate obce lub zmienione, z drugiej zaś strony — wyniki doświadczeń, dowodzących istnienia w tkankach nowotworowych procesów zaczynowych innych, niż w tkankach prawidłowych, dalej przyjmowanie dostatecznej różnicy w jakości białka komórek nowotworowych a komórek prawidłowych, różnicy tego stopnia, którąby się uwydatniała w tworzeniu przez ustrój ciał swoistych. Biologiczne badania, stosowane w celu rozpoznawania raka, można podzielić na dwie grupy: a) jedne starają się otrzymać niweczniki (anticorps) przez uodparnianie zwierząt zapomocą tkanek nowotworowych lub surowicy, względnie wydzielin chorych na raka; b) drugie zmierzają do wykrywania w surowicy chorych na nowotwory ciał, które jużto mają być swoistymi niweczników, powstałymi w ustroju dotkniętym rakiem, jużto mają to być jakieś ciała, które w innych stosunkach ilościowych znajdują się u chorych na raka, niż u zdrowych — względnie które znajdują się u chorych, a u zdrowych nie, lub przeciwnie, — czy wreszcie uwzględniają zmienione własności krwinek czerwonych. Niektóre z tych badań w myśl tego, że rak ma być następstwem wszczepienia w ustrój człowieka zarodkowych komórek świni, kury i innych zwierząt, posługują się także wywoływaczami z tkanek zwierząt, prócz izolizyn uwzględniają także heterolizyny. Przegląd dotychczasowych wyników badań, zmierzających do rozpoznawania raka, tak się przedstawia: żadna z metod, wchodzących w zakres nauki o odporności, nie wykazała dotychczas swoistych ciał u chorych na raka, nie wykazała też żadnej różnicy ilościowej między surowicą zdrowych a surowicą chorych na raka. Badania zaś, które uwzględniają zmienione własności surowicy i tkanek ustrojów dotkniętych rakiem, zawiodły również: bo wzmożone własności hemolityczne surowicy ludzkiej wobec krwinek czerwonych człowieka zdrowego spotyka się nietylko u ludzi chorych na raka, — zmienione własności krwinek czerwonych wobec jadu kobry, nie są wyłącznie objawem schorzenia na raka, wzmożona zaś ilość antytrypsyny we krwi jest tylko wyrazem chery, — chery bez względu na jej przyczynę powstania.

W ubiegłym roku przybyły dwie nowe metody biologiczne, zmierzające do rozpoznawania nowotworów złośliwych. Jedną jest odczyn meiostagminowy Ascoliego, nietylko w tym celu stosowany, a polegający na tem, że połączenie wywoływacza z niweczników wywołuje obniżenie napięcia powierzchniowego; zmierza ta metoda do wykrywania niweczników, powstałych w ustroju dotkniętym nowotworem złośliwym, zapomocą wywoływacza sporządzonego z tkanki nowotworowej w postaci wyciągu. Druga metoda, to odczyn Freund-Kaminerównej. Z polecenia Prof. Jaworskiego miałem się bliżej zapoznać z tą metodą i sprawdzić jej użyteczność. Metoda ta jest wynikiem rozważań nad następującymi ogólnie znanemi spostrzeżeniami: Powstawanie przerzutów rakowych w ustroju jest bardzo różnorodne i niejednostajne, bez względu na charakter raka. U jednych osób widać mnogość przerzutów, u innych brak ich zupełnie; szczepienia zwierząt, rakiem tegosamego pochodzenia wykazują, że wśród tegosamego gatunku zwierząt, co więcej wśród zwierząt, dla stworzenia możliwie tychsamych warunków dla doświadczeń przez dłuższy czas trzymanych w tychsamych warunkach otoczenia, znajdują się osobniki, na szczepienie rakiem odporne; rak się u nich nie przyjmuje. Tak więc z jednej strony doświadczenie lekarskie z najdawniejszych czasów, z drugiej strony najnowsze badania, zmuszają do przyjęcia skłonności (dyspozycyi) do raka u osobników, które tej chorobie ulegają. Na podstawie tego Freund i Kaminerówna dochodzą do następującego wniosku: W surowicy niedotkniętych rakiem po-

winny się znajdować ciała niszczące komórkę rakową, zaś w surowicy dotkniętych rakiem ciała tego być nie powinno; — co więcej, w surowicy osób dotkniętych rakiem możnaby się spodziewać ciał ochraniających komórki rakowe. Freund i Kaminerówna podają następujące różnice między surowicą ludzi niedotkniętych a dotkniętych rakiem: Surowica krwi rakiem niedotkniętych ma własność rozpuszczania komórek rakowych, — własność tę surowica traci, jeśli się ją ogrzeje do ciepłoty 56^0. — Ciało, mające własność rozpuszczania komórek rakowych, wyosobnić można z surowicy przez traktowanie jej eterem; ciało to jest łatwo strącalne wyskokiem, nie dyalizuje. Surowica osób dotkniętych rakiem nie posiada własności rozpuszczania komórek rakowych, powyżej scharakteryzowanej substancyi z niej otrzymać nie można, natomiast surowica chorych na raka zawiera ciała ochraniające komórkę rakową; ciało to można z surowicy wytrącić wyskokiem, w eterze jest nierozpuszczalne, a związane z euglobuliną surowicy. Wspólną cechą surowic osób zdrowych *), jakoteż chorych na raka jest brak własności rozpuszczania komórek prawidłowych, zarówno ustrojów niedotkniętych, jakoteż dotkniętych rakiem. O powyższych własnościach surowic mieli się autorowie przekonać, dodając surowice jużto chorych na raka, jużto zdrowych, do zawiesiny z komórek raz prawidłowych, drugim razem nowotworowych. Zawiesinę z komórek nowotworowych sporządza się tak: Części raka nierozpadłe i nie uległe stłuszczeniu — lepiej się nadaje materyał uzyskany ze zwłok, niż przy operacyi — rozdrabnia się nożem i nożycami; w ten sposób otrzymaną miazgę przeciska się przez kilkakrotnie złożoną gazę w mniej więcej 5-krotnej ilości 0·6% NaCl i 1% kwaśnego fosforanu sodowego; — przez gazę przechodzi ciecz mętna, mająca zawierać tylko komórki nowotworowe, natomiast naczynia krwionośne i tkanka łączna mają pozostać wewnątrz gazy. Tak otrzymane komórki nowotworowe przemywa się dwukrotnie fizyologicznym rozczynem soli i robi się z nich zawiesinę w 1% kwaśnym fosforanie sodowym i 0·6% NaCl; do zawiesiny dla lepszego przechowywania jej dodaje się 1% fluorku sodu. Taką zawiesinę można przechowywać w ciepłocie nieco powyżej 0^0 przez 2 do 3 tygodni w stanie zdolnym do użytku. Często jednak zawiesina od pierwszej chwili sporządzenia jest nieprzydatna z tego powodu, ponieważ komórki zbijają się w grudki. By tego uniknąć, zalecają autorowie NaFl przed użyciem wymiareczkować i odpowiednio zobojętnić; jako wskaźnika zaś należy używać alizaryny, przyczem za granicę należy uważać znikanie barwy fiołkowej. Próbę z tak przygotowaną zawiesiną komórek rakowych nastawia się w ten sposób: Do małych probówek daje się 10 kropel surowicy, do tego 1 kroplę 5% Na Fl i wstrząsa się — po wstrząśnięciu dodaje się 1 kroplę zawiesiny komórek rakowych i znowu wstrząsa. Jednę kroplę tej mieszaniny bada się pod mikroskopem w komorze Thoma-Zeissa i zapisuje się ilość komórek, przypadających na jeden wielki kwadrat. Najlepsze warunki dla doświadczenia stwarza się wtedy, jeśli się tak sporządzi zawiesinę komórek rakowych, że w powyższej mieszaninie, t. zn. 10 kropel surowicy + 1 kropla 5% Na Fl + 1 kropla zawiesiny komórek, na 1 wielki kwadrat komory Thoma-Zeissa przypada 20 komórek. Tak zmieszane, surowicę i komórki nowotworowe, pozostawia się przez 24 godzin w ciepłocie 40^0 C; po upływie tego czasu bada się po zamieszaniu treści probówki, jedną kroplę pod mikroskopem w komorze Thoma-Zeissa. Komórki rakowe w surowicy zdrowej mają ulegać całkowitemu lub częściowemu rozpuszczeniu, — w surowicy zaś osób, dotkniętych rakiem, komórki mają pozostać nienaruszone, w tej samej liczbie, w jakiej były dnia poprzedniego. Dowodem, że tutaj nie chodzi o sprawy autolityczne, ma być to, że komórki po 24 godzinach przy 40^0 C trzymane w rozczynie soli, używanych do sporządzania zawiesiny, pozostają niezmienione. Pod tym względem Freund i Kaminerówna zbadali 17 surowic osób chorych na raka i 17 surowic osób rakiem nie dotkniętych. Do prób z temi surowicami użyto 14 zawiesin, sporządzonych z 14 raków, każdy z innej osoby pochodzący. Z tym materyałem wykonano 130 prób. Tylko w dwu próbach surowice osób dotkniętych rakiem rozpuszczały komórki rakowe, — przeciwnie więc, jak założenie opiewa, i tylko w dwu próbach surowice osób niedotkniętych rakiem nie rozpuszczały komórek rakowych. — Prócz powyższego odczynu Freund i Kaminerówna podali jeszcze inny, mianowicie następujący: Dodanie surowicy chorych na raka do wyciągu otrzymanego z tkanki rakowej, wywołuje w nim zmętnienie, natomiast surowica osoby nie dotkniętej rakiem, objawu tego nie wywołuje. Sporządzenie wyciągu rakowego odbywa się tak: Do cieczy mętnej, otrzymanej po przeciśnieniu miazgi tkanki nowotworowej przez gazę, dodaje się na 100 cm^3 cieczy 5 cm^3 5% kwasu octowego, poczem się ją ogrzewa na łaźni wodnej poniżej 100^0 C przez mniej więcej 15 minut, — a po ogrzaniu sączy się. W ten sposób otrzymany wyciąg należy zbadać co do jego zachowania się wobec surowicy osoby na raka nie chorej i surowicy na pewno rakowej. Wyciąg tylko wtedy nadaje się do użytku, jeśli z surowicą osoby zdrowej zmętnienia nie daje, natomiast z surowicą na pewno rakową daje zmętnienie. Bardzo ważną rzeczą ma być stopień rozcieńczenia wyciągu. Wyciąg »in natura« otrzymany, może dawać zmętnienie z surowicą nierakową, należy go więc rozcieńczyć i do doświadczeń używać dopiero tego rozcieńczenia, które z surowicą zdrową zmętnienia nie daje, daje zaś z surowicą rakową. Zmętnienie, które jest wyrazem dodatniego wyniku próby, powinno być dokładnie widzialne w probówce, trzymanej przed jakimś ciemnym przedmiotem lub na tle ramy od okna. Wyciąg, okazujący powyższe własności, przydatny jest do użytku; — wartość jego pod tym względem należy badać przy każdorazowem nastawianiu próby, czyli prócz surowicy badanej, należy robić za każdym razem próbę z surowicą na pewno rakową i z surowicą na pewno nierakową, a to dlatego, ponieważ wyciąg jest przetworem bardzo niestałym, nierzadko w przeciągu 2 dni niszczeje. Substancya działająca w wyciągu przy gotowaniu niszczeje,— ciało to jest strącalne wyskokiem, nie dyalizuje; ciało zaś w surowicy osób chorych na raka, które oddziaływa z substancyą wyciągu, ma być identyczne z ciałem, mającem własność ochraniania komórek rakowych. — Dodanie surowicy nierakowej do zmętnienia, powstałego skutkiem zmieszania surowicy rakowej z wyciągiem, ma wywoływać znikanie tegoż zmętnienia. Nastawianie próby odbywa się,

*) zdrowych = niedotkniętych rakiem.

jak następuje. Do każdej z dwu małych probówek daje się 10 kropel badanej surowicy i 2 krople 20% kwasu octowego, potem do jednej probówki daje się 2 cm³ wyciągu, do drugiej 2 cm³ 0·6% Na Cl + 1% kwaśnego fosforanu sodowego i bada się przejrzystość treści probówek, trzymając je na tle ramy od okna; w probówce z surowicą i rozczynem soli nie powinno powstać zmętnienie, w probówce zaś z surowicą i wyciągiem, zależnie od stanu osoby, z której surowica pochodzi, powinno zmętnienie powstać lub nie.

Freund i Kaminerówna zbadali w ten sposób 54 surowic na pewno rakowych; wszystkie bez wyjątku dawały z wyciągiem rakowym zmętnienie. Natomiast 45 surowic osób rakiem niedotkniętych nie dawało zmętnienia z wyciągiem rakowym z wyjątkiem jednego przypadku gruźlicy.

Przechodzę do własnych doświadczeń. Przy wykonywaniu prób trzymałem się ściśle przepisów, podanych powyżej. Próbę z m ę t n i e n i a, mającego powstawać po dodaniu surowicy rakowej do wyciągu rakowego, wykonałem z surowicami 16 osób, z tego dotkniętych rakiem było 10 osób, — niedotkniętych rakiem sześć osób, u których rozpoznania kliniczne były następujące: 1 porażenie postępowe, 1 tętniak tętnicy głównej (kiła przebyta przed 10 laty) dwa przewlekłe zapalenia nerek, 1 gruźlica otrzewnej, 1 białaczka. Z surowic nierakowych 3 nie dawały zmętnienia, a 3 dawały; te drugie pochodziły: jedna z przypadku przewlekłego zapalenia nerek, druga z przypadku białaczki, trzecia z przypadku tętniaka tętnicy głównej. Na 10 surowic z osób dotkniętych rakiem — (wszystko rozpoznania pewne, częścią potwierdzone operacyą i badaniem histologicznem) — próba wypadła dodatnio 6 razy, a 4 razy ujemnie. Nigdy nie spostrzegałem, żeby zmętnienie, powstałe po dodaniu surowicy do wyciągu rakowego, znikało po dodaniu do treści probówki, surowicy zdrowej, (jak to podaje Freund i Kaminerówna). Natomiast spostrzegałem, że sam rozczyn soli, używany do sporządzania wyciągu, wystarcza, aby powstało zmętnienie, które ma być wyrazem dodatniego wyniku próby. Zmętnienie po dodaniu rozczynu soli używanych do sporządzania wyciągu, widziałem zarówno w surowicach rakowych, jakoteż nierakowych.

Próbę z d o l n o ś c i r o z p u s z c z a n i a k o m ó r e k wykonałem w 7 surowicach; z tego 5 surowic pochodziło z osób dotkniętych rakiem, a dwie z osób na raka nie chorych. Z 5 surowic rakowych, 3 surowice badano także co do zdolności wywoływania zmętnienia z wyciągiem rakowym; jedna z nich dawała odczyn ujemny, a dwie dodatni. W zachowaniu się wobec zawiesiny komórek rakowych nie widziałem różnicy między 2 surowicami nierakowemi a 5 rakowemi. Przy liczeniu w komorze Thoma-Zeissa po 24-godzinnem staniu w ciepłocie 40° C, widziałem w niektórych surowicach o 1 lub 2 komórki mniej, niż dnia poprzedniego, więc różnice, jeśliby chodziło o surowice nierakowe, leżące w granicach błędów doświadczalnych, — jak zaś wspomniałem, różnicy między surowicami z osób nierakowych i rakowych nie widziałem. Powyższe próby nastawione były w jednym i tymsamym dniu, każda zaś z surowic nastawiona była z dwiema różnemi zawiesinami komórek rakowych, to znaczy, te zawiesiny sporządzone były z nowotworów pochodzących nie z jednej i tejsamej osoby. Szczegół to ważny, bo zdaniem Freunda i Kaminerównej nie każdy rak ma być odpowiednim materyałem do sporządzania zawiesiny; mają być komórki rakowe, które nie ulegają rozpuszczeniu w surowicy prawidłowej nierakowej. Jeden z nowotworów, użytych do sporządzenia zawiesiny, był to rak sutka, drugi — przerzuty w wątrobie. Z jednej części miazgi jednego i drugiego raka sporządziłem wyciągi, z drugiej części jednego i drugiego, zawiesiny komórek. Wyciąg, sporządzony z raka sutka, nie dawał zmętnienia z surowicami rakowemi, nawet z surowicą osoby, z której rak pochodził, natomiast surowica ta dawała zmętnienie z innym wyciągiem. Drugi rak dawał wyciąg, który zupełnie odpowiadał wymogom, stawianym przez Freunda i Kaminerównę co do dobrych wyciągów. Może w tych przypadkach, rozumując w myśl Freunda i Kaminerównej, jeden rak nie nadawał się ani do sporządzenia zawiesiny, ani wyciągu, — drugi natomiast nadawał się tylko do sporządzania wyciągu, zawiesiny zaś nie.

Na podstawie powyższych wyników badań trudno przypisywać odczynowi z wyciągiem rakowym jakąkolwiek wartość rozpoznawczą w kierunku raka, wartość zaś odczynu co do zdolności rozpuszczania komórek wydaje się wątpliwą.

Przy ocenie wyników, podanych przez Freunda i Kaminerównę, nasuwa się następująca uwaga. Statystyka, podana przez nich co do zachowania się komórek rakowych wobec surowicy zdrowych i chorych na raka, przy bliższem rozpatrzeniu niema tej wartości, jaką się zdaje mieć na pierwszy rzut oka, bo 130 prób wykonano nie z 130 surowicami, tylko z surowicami 34 osób; z tego 17 chorych na raka, a 17 zdrowych. Wyniki więc badań Freunda i Kaminerównej mogą uprawniać do wniosku, że tasama surowica badana kilkakrotnie, wobec komórek pochodzących nie z tegosamego raka, t. zn. nie z tejsamej osoby, zawsze taksamo się zachowuje, cyfrę zaś 130 należy uważać za liczbę wykonanych prób — ale nie zbadanych surowic —, a to przecież nie tosamo. Co się tyczy odczynu z wyciągiem rakowym, to w pracy swej z ubiegłego roku podają Freund i Kaminerówna, co następuje: chcąc otrzymać wyciąg przejrzysty, należy go zagotować, — w przepisie zaś przysłanym mi przez Dr Freunda w styczniu b. r., ostrzega on przed zagotowaniem wyciągu, lub ogrzewaniem na wolnym płomieniu. Dalej raz polecają Freund i Kaminerówna dodawać do surowicy 3 cm³ wyciągu, innym razem tylko 2 cm³. Wreszcie co do używanych do odczynu surowic raz powiadają, że w stanie zdolnym do użytku można je przechowywać 8 dni, w ostatniej zaś pracy, że tylko 2 dni. W swoich doświadczeniach nigdy nie przechowywałem surowic nad dwa dni, a do surowicy dodawałem tylko 2 cm³ wyciągu. Wielką trudność nastręcza sporządzenie wyciągu, większą jeszcze sporządzanie zawiesiny; należy ją tak dobierać, by jedna jej kropla w objętości 12 kropel, t. zn. 1 kropla zawiesiny + 1 kropla 5% Na Fl + 10 kropel surowicy, dawała zawiesinę o takiem stężeniu, by na jeden wielki kwadrat komory Thoma-Zeissa przypadało komórek rakowych 20. Wedle przepisu najlepiej sporządzać zawiesinę komórek z brzeżnych części raka, w których komórki nowotworowe są dobrze utrzymane, ale w tym przypadku przy sporządzaniu zawiesiny, z komórkami nowotworowemi przejść mogą komórki prawidłowe, pod mikroskopem zaś odoso-

bnione komórki, czy to nowotworowe, czy prawidłowe, nie zawsze można odróżnić, a pamiętając o tem, że tylko komórki nowotworowe mają ulegać rozpuszczeniu w surowicy zdrowej, jest się narażonym przy odczytywaniu wyników badania na niechybny błąd.

Piśmiennictwo. 1) Ernst Freund u. Gisa Kaminer: Über die Beziehungen zwischen Tumorzellen und Blutserum. Biochem. Zeitschrift 1910. Tom 26. — 2) Freund u. Kaminer: Über die Beziehungen zwischen Tumorzellen und Blutserum. Wiener klin. Woch. 1910. Nr 34.

O gorączce menstruacyjnej u kobiet gruźliczych (z uwzględnieniem niektórych objawów patologicznych).

Przez

Dra Kazimierza Dłuskiego.

(Ciąg dalszy).

Taksamo rzecz się ma z wahaniami ciepłoty menstruacyjnej. Autorowie bardzo różnią się między sobą co się tyczy chwili największego wzniesienia. Kersch np. (przytoczony przez Toblerową) podaje u kobiet zdrowych maximum T na pierwszy dzień p o d c z a s M, Giles (przyt. przez Toblerową) maximum u kobiet zdrowych na 2 dni przed M z raptownym spadkiem w przeddzień M, Zuntz znajduje maximum u kobiet zdrowych w ostatnie 2 dni i raptowny spadek b e z p o ś r e d n i o przed M, Kraus podaje u kobiet gruźliczych stopniowe podnoszenie się na 1—2, czasem na 10—14 dni przed, albo na 1. lub 2. dzień p o d c z a s M.

Już z tej różnorodności cyfr wypada, że wahaniom ciepłoty »menstruacyjnej« nie można nadać jakiejś prawidłowości. Tymczasem niektórzy autorowie chcą ją wtłoczyć w ramy teoryi »falowania«, któremu to falowaniu mają podlegać poszczególne czynności ustroju kobiecego. Nie jest naszem zadaniem wchodzić w szczegóły teoryi, stworzonej przez Goodmana i Jacoby, bronionej przez Reinla, Otta, Zicharewa, Van de Velde i innych, ale odrzuconej przez L. Zuntza i Schaeffera. Pragniemy tylko wykazać, że sami zwolennicy teoryi falowania różnią się znacznie między sobą. Na tablicach Van de Veldego najwyższy szczyt fali spostrzegamy w wigilią wigilii M; później następuje wyraźny spadek, dochodzący stopniowo do najniższego poziomu p o d c z a s M. Stephenson (przyt. przez Reinla) podaje początek spadku na 5—6 dni przed M. Reinl wprawdzie nie podaje dokładnych dat, ale z jego graficznych tablic wypada, że spadek od szczytu fali odbywa się powoli, w ciągu k i l k u dni, a więc nie tak, jak u Van de Veldego.

Wśród tej różnobarwności spostrzeżeń klinicznych jedno wydaje się mniej więcej ustalonem, a mianowicie, że najniższa T bywa w okresie między-miesiączkowym; ale granice jej u różnych autorów wypadają dość elastycznie: od kilku do kilkunastu dni. Ale i tu także napotykamy wyjątki i to jaskrawe. Znanym jest przypadek Voornwelda, dotyczący 18-letniej dziewczyny, chorej na gruźlicę, która w okresie międzymiesiączkowym przez przeciąg kilku miesięcy miewała regularnie w ciągu 1—2 dni T, dochodzącą do 38·8.

Daremberg wspomina także o »pewnej liczbie kobiet z niewielkim stanem kongestyjnym, mających podniesienie ciepłoty o 0·4—0·5 na 11., 12. i 13. dzień po ukończonej miesiączce«. Gluziński i Grek obliczają na podstawie własnej statystyki na 25·4% ilość kobiet z gorączką »międzymiesiączkową«([16]).

Jak objaśnić tego rodzaju spostrzeżenia? Będzie to jeszcze raz potwierdzeniem naszej tezy, że wahań ciepłoty »menstruacyjnej« nie można ująć w żadne ramy, bo niema po temu ścisłych naukowych podstaw. Stąd wypada logiczny wniosek, że ciepłota menstruacyjna u kobiet gruźliczych powinna przedstawiać obraz bardzo różnobarwny. Istotnie, zdania autorów są bardzo podzielone i to na kilku ważnych punktach. Przedewszystkiem, co się tyczy zależności gorączki od zakażenia gruźliczego oraz zależności skali ciepłoty od nasilenia sprawy chorobowej. Tu jednak powstaje zasadnicze pytanie, czy gorączka menstruacyjna jest wyłącznie objawem zakażenia ustroju, czy też może powstać bez niego? Pierwszej tezy broni z zapałem Riebold, dowodząc, że jeśli niema wyraźnej sprawy chorobowej ostrej lub przewlekłej, to musi być jakieś ukryte ognisko, bądź w migdałkach po przebytem ongiś zapaleniu gardła, bądź też dawne ognisko gośćcowe, w braku zaś ich znajduje przyczynę krótkotrwałej gorączki w nawykowem zaparciu stolca, zdarzającem się wedle obliczeń Kriegera u 30% kobiet w czasie miesiączkowania. Jednem słowem, gorączka jest skutkiem wessania materyału zakaźnego pod wpływem M, która odgrywa tylko rolę mieszka, rozdmuchującego iskry z pod popiołu. Zgodnie z takiem zapatrywaniem Sabourin ([46]), Kraus i E. Franck twierdzą, że gorączka menstruacyjna, przy wyłączeniu wszelkiej innej sprawy zakaźnej, powinna mieć za przyczynę gruźlicę: jawną lub ukrytą, jeśli nawet badanie, wedle znanych dziś metod, daje wynik ujemny. Tym sposobem gorączka menstruacyjna występuje jako charakterystyczny objaw gruźlicy i w poglądach odnośnych autorów odgrywa ważną rolę rozpoznawczą. Pytanie jednak, czy twierdzenie takie teoretycznie jest uzasadnione? Jeśli zważymy cały szereg objawów patologicznych u kobiet zdrowych podczas miesiączkowania, począwszy od zaburzeń w układzie nerwowym ośrodkowym lub obwodowym, przechodząc przez przewód pokarmowy, narząd oddychania, narząd krwionośny i t. d. i kończąc na najmniej delikatnych tkankach, jak np. skóra, to wypadają one, jako skutki trującego działania wydzieliny jajników na poszczególne tkanki całego ustroju [6]). Taka przynajmniej panuje dziś opinia. Jeśli takiem jest działanie wydzieliny u kobiet zdrowych, to dlaczegobyśmy nie mieli prawa przypuścić, że wydzielina ta może działać podniecająco na ośrodek ciepłotwórczy, zwłaszcza u osób z układem nerwowym pobudliwym, jak to bywa w gruźlicy i gdzie — jak wykazują spostrzeżenia Fürsta oraz Köhlera i Behra — już sama suggestya może podnieść ciepłotę do 38° i wyżej. Tym sposobem, w świetle nowych badań nad wydzieliną jajników i nad »korelacyą chemiczną« w ustroju, sprawa gorączki menstruacyjnej wydaje się nam bardzo powikłaną i nie może, w braku pozytywnych danych naukowych, być rozstrzygnięta ogólną for-

---

[6]) Patrz zestawienie ich u Wolpa, Schaeffera, Rosthorna i Toblerowej i Zicharewa.

mułą: choroba zakaźna, a w danym wypadku gruźlica. Gdyby zakażenie gruźlicze samo przez się było dostateczną przyczyną gorączki menstruacyjnej, w takim razie powinienby zachodzić związek między nią a natężeniem zakażenia. Tymczasem nie zawsze tak się dzieje. Autorowie np. jak Kraus i Riebold wyraźnie zaznaczają, że gorączka »zupełnie jest niezależną od ciężkości choroby« ([40]). Nasze własne spostrzeżenia — jak dalej wykażemy — również nie podają stałego przyczynowego związku.

Stąd też wypada logiczny wniosek, że skala gorączki nie może być dokładną miarą dla rokowania w gruźlicy, i to niezależnie od chwili pojawiania się gorączki, t. j. przed, podczas lub po menstruacyi (Turban, jak wiadomo, uważa gorączkę po M za objaw niepomyślny). W związku zaś z takim stanem sprawy pojawiają się poważne sprzeczności kliniczne, co się tyczy częstości gorączki. Sabourin napotyka ją niemal u wszystkich chorych i uważa — jak wyżej wspominaliśmy — za jeden z charakterystycznych objawów ukrytej gruźlicy, Kraus u 66%, Gluziński i Grek u 60%, Riebold u 54%, my tylko u 44%. — Cuthbert i Welch (cyt. przez Riebolda) podają następującą statystykę: w początkowych okresach gruźlicy płuc spadek T u 75%; u średnio-ciężko chorych spadek T u 40%, podwyższenie T u 53·3%; wreszcie u ciężko-chorych spadek T u 14·2%, podwyższenie T u 57·1%. Scherer na wielkim materyale (1300 kobiet gruźliczych) spotykał gorączkę przed M bardzo rzadko i przy dokładnej kontroli ciepłoty w ustach i w odbytnicy u 35 chorych znalazł gorączkę tylko u jednej.

Jeśli, przed rozpatrzeniem własnego materyału, tak obszernie poruszyliśmy cały szereg powikłanych pytań dotyczących M, to z tego powodu, że chcieliśmy dać pewne podłoże dla naszych badań, których obraz przedstawia się nader różnobarwnie. Uważamy, iż rola klinicysty nie może ograniczać się do roli komornika, zapisującego pod danemi rubrykami odpowiednie pozycye, lecz powinna w szeregu zjawisk patologicznych szukać, jeśli już nie stałych praw biologicznych, to przynajmniej czynników wyraźnie wyjaśniających dane zjawiska i wiążących przyczyny i skutki w jedną całość. Widzieliśmy wyżej, jak wielkie sprzeczności zachodzą w zapatrywaniach na zasadnicze zagadnienia menstruacyi i jak tym teoretycznym różnicom odpowiadają sprzeczności na polu doświadczalnem i klinicznem. To też z góry zaznaczamy, że rozpatrzenie naszego własnego materyału nie może doprowadzić do ścisłych wniosków.

Nasz materyał kliniczny obejmuje 300 kobiet i przedstawia się jak następuje:

Okres		Wiek	
w I. okresie (Turbana)	131	14—15 lat	8 osób
» II. » »	90	16—20 »	46 »
» III. » »	79	21—30 »	158 »
razem .	300	31—40 »	70 »
		pow. 40 »	18 »
		razem .	300

Czas pobytu	
1½— 3 miesięcy	84 osoby
3— 6 »	133 »
6— 9 »	41 »
9—12 »	27 »
pow. 12 »	15 »
razem .	300

Cała suma spostrzeganych okresów wynosi 1167 [7]).

Nim przejdziemy do szczegółów T menstruacyjnej, pragniemy pokrótce rozpatrzeć różne powikłania, dotyczące miesiączkowania, w związku z podstawową chorobą, gdyż powikłania te mogą mieć związek z ciepłotą. Tobler w znanych badaniach, dotyczących wielkiego materyału (1120 chorych), dochodzi do wniosku, że u 76% kobiet miesiączkowanie wywołuje w ustroju zaburzenia — miejscowe lub ogólne, albo jedne i drugie jednocześnie. Statystyka Schaeffera, dotycząca wyłącznie 220 dziewic, jest nieco mniej pesymistyczna; w każdym razie zupełnie prawidłowe miesiączkowanie znajduje on tylko u 28%, zaburzenia miejscowe u 60%, ogólne u 12%. Pytanie, jak się przedstawiają takie zaburzenia na tle gruźlicy? Otóż różni autorowie przypisują gruźlicy większą lub mniejszą rolę etyologiczną w tym względzie, uważają nawet zaburzenia w M, (a zwłaszcza amenorrhoea i dysmenorrhoea) za jeden z objawów ogniska gruźliczego w ustroju, — bądź w płucach, bądź w innych narządach, albo wreszcie jako pierwotną gruźlicę narządów płciowych [8]) Takie poglądy wypowiadają między innymi Schaeffer, Cornet, Kroemer, Gräfenberg. Gräfenberg powołuje się na badania Eisensteina i Hollósa, którzy w 27 przypadkach pierwotnej »dysmenorrhoea« znaleźli dzięki odczynowi tuberkulinowemu 23 razy gruźlicę, stwierdzoną następnie przez badanie fizyczne. Marfan utrzymuje, że zaburzenia w miesiączkowaniu są niemal stałe w gruźlicy i powiada: »jeśli gruźlicą dotknięte są młode dziewczęta, nie mające jeszcze miesiączki, to miesiączkowanie wogóle nie zjawi się».

Wśród naszego materyału dokładne wywiady mogliśmy zebrać u 185 kobiet. Z tej liczby u 48 kobiet (okrągło 26%) spotykamy zaburzenia w samem miesiączkowaniu (nieprawidłowe przerwy, amenorrhoea, dysmenorrhoea etc.); powikłania poza sferą narządów płciowych u 32 kobiet (okrągło 18%) — razem u 80 kobiet, czyli okrągło 44%. Zaburzenia w miesiączkowaniu spotykaliśmy częściej w I. okresie, (u 27%), niż w okresie II. (u 23%). W III. okresie natomiast u 30%.

Wprawdzie widzieliśmy zatrzymanie się M u chorych w II. okresie i to przy pomyślnym przebiegu leczenia. Natomiast u ciężko chorych w III. okresie (u 15 na ogólną liczbę 42), z wielkiemi zmianami i wysokiemi gorączkami, spotykaliśmy miesiączkowanie zupełnie prawidłowe. Dodać zaś należy, że u 9 chorych wśród 15 stan stale się pogarszał i że u dwóch z nich miesiączkowanie wystąpiło ostatni raz na 5 i 3 dni przed śmiercią. Stąd wypadałby wniosek, że nasilenie choroby nie wywiera bezpośredniego wpływu na sprawę miesiączkowania Z tego jednak nie wynika, aby gruźlica pozostawała zupełnie bez wpływu na miesiączkowanie. Przeciwnie. W miarę polepszenia się stanu płuc i stanu ogólnego, spotykamy względne polepszenia w tych zaburzeniach średnio u 25% kobiet. Ale z drugiej strony

---

[7]) Z ogólnej liczby 1167 M wypada po jednej M na 24 chore; po dwie M na 63. Najwyższe cyfry wynoszą: 10 spostrzeganych M u 6 chorych; 11 M u 3 chorych; po 13, 15, 16 i 19 M u jednej chorej; po 12 i 14 M u dwóch chorych.

[8]) Częstość pierwotnej i wtórnej gruźlicy narządów płciowych przedstawia się w cyfrach różnie: wedle Kroemera rozpoznanie kliniczne wynosi około 4%, sekcyjne zaś 18—30%. Wedle Króniga 10% przewlekłych schorzeń przydatków macicy ma za tło gruźlicę.

wpływ ujemny nie wydaje się nam tak bardzo silnym, jak twierdzą niektórzy autorowie, a zwłaszcza Marfan. Mamy bowiem, oprócz wyżej przytoczonych, przykłady czterech dziewcząt, w wieku lat 14 (jedna w II. okresie, trzy w III. okresie), u których choroba datowała się od $^1/_2$ roku do 4 lat, i u których M ukazała się na kilka miesięcy przed przybyciem do sanatoryum lub już w sanatoryum, i to w pełni choroby, przy stanach gorączkowych. Co się tyczy powikłań poza sferą narządów rodnych, to u 22 chorych spotykamy powikłania w narządach oddechowych, — u 10 w innych narządach. Do nich należą: zaostrzenie sprawy ogniskowej w płucach, ale w lekkiej formie [9]), krwioplucia, przejściowe suche zapalenie opłucnej w lekkiej formie (które nb. również często spotykamy u mężczyzn), przejściowy nieżyt nosa i gardła, przejściowe lekkie zapalenie okątnicze, przejściowe zaostrzenie dawnego ogniska gośćcowego, być może przyrody gruźliczej wedle Ponceta (bóle i obrzmienie stawów), wreszcie przejściową silną biegunkę. Pogorszenia wybitnego sprawy gruźliczej w krtani, o której z naciskiem mówi Bottermund, powołując się na Lennoxa Browna, nie udało się nam stwierdzić [10]). Pragnęlibyśmy chwilę zatrzymać się nad krwiopluciem, zastępczem lub uzupełniającem, gdyż ma ono pewien pośredni związek ze sprawą ciepłoty w miesiączkowaniu [11]). Otóż nasze krwioplucia były lekkie i nie pociągały za sobą powikłań w ogniskach płucnych. Jeśli zważymy, jak różne bywa usadowienie się krwawienia zastępczego lub uzupełniającego, trudno jest orzec, co tu jest czynnikiem rozstrzygającym, czy gruźlica sama przez się, czy też działanie wydzieliny jajników na narząd krwionośny. Klinicznie sprawa ta nie jest rozstrzygnięta. Jeśli szereg autorów (Weismayr, Sabourin, Kober, Möller) uważają takie krwioplucie za jeden z objawów gruźlicy płuc u kobiet, i to o charakterze poważnym, to znów szereg innych (Cornet, Peter, Daremberg, Pozzi, Tarnier) na takiem wyłącznem stanowisku nie stoją; Herard i Cornil zaś wyraźnie przeciw takiej stanowczej opinii się zastrzegają.

A teraz przechodzimy do szczegółów.

Z ogólnej liczby 300 chorych, u 115 gruźlica wywiera stały wpływ na zmianę zwykłej ciepłoty, towarzyszącej chorobie; zmiany zaś te przedstawiają, jak zaraz wykażemy, wielką rozmaitość w swych wahaniach. Pozostała liczba 185 chorych da się podzielić na dwie kategorye: 1) 100 chorych z ciepłotą na ogół prawidłową w okresie miesiączkowania. U sześciu chorych jednak T prawidłowa przeszła podczas leczenia w podniesioną i taką nadal pozostała. U czterech dałoby się to przejście uzasadnić opinią wyżej przytoczonych autorów, t. j. pogorszeniem stanu płuc i stanu ogólnego, u dwóch zaś nie, gdyż stan płuc i ogólny doznały wyraźnej poprawy w ciągu leczenia. 2) 85 chorych ze stałą T podgorączkową lub gorączkową, z wielkiemi nawet nasileniami u ciężko-chorych w III. okresie. Wśród tej liczby u **11** chorych widzimy obniżenie się T do poziomu prawidłowego w ciągu leczenia w okresie miesiączkowania, i to obniżenie stałe. Zaznaczyć należy, że u dwu chorych przy dalszym przebiegu leczenia nastąpiło wyraźne pogorszenie; pomimo to T pozostała prawidłową w całym okresie miesiączkowania. W jednym i drugim razie, z wyjątkiem dwu chorych, sub 1) i sub 2) widzimy poniekąd związek między T menstruacyjną, a gruźlicą. Obliczając wszystkie chore razem ze zmianami T menstruacyjnej (115 + 6 + 11) otrzymamy cyfrę **132**, co stanowi 44% ogółu chorych 300.

Rozpatrując bliżej wahania T w okresie miesiączkowania, ujrzymy obraz nader różnobarwny. Wahania te mogą odbywać się w ciągu jednego lub kilku okresów w kierunku zwyżki, a później zwrócić się ku zniżce. Skala tych wahań bywa bardzo rozmaitą, od 0·3 do 1·5 a nawet i do 2·0 u jednej i tej samej osoby, przyczem trudno wogóle ustalić przyczynowy związek między nasileniem choroby w danej chwili, a skalą wzmożenia ciepłoty, jak poniżej wykażemy [12]). Wreszcie wahania te w jednym lub drugim kierunku są niezależne od różnych czynników, t. j. od okresu przed, podczas lub po M, a więc nie mogą, jak to już wyżej zaznaczyliśmy, odgrywać określonej roli na gruncie rozpoznania lub rokowania.

Jakkolwiek różnobarwne są te wahania, dadzą się one jednak ująć na podstawie charakterystycznych cech w granice pewnych grup z tem jednak zastrzeżeniem, że granice te nie są ściśle określone i niewzruszone, raczej są elastyczne, co logicznie wypada z istoty spostrzeganych zjawisk.

(Dok. nast.).

9) Takich poważnych pogorszeń, o jakich wspominają np. Turban lub Sabourin, nie spotykaliśmy.

10) Ciekawa rzecz, że taka powaga, jak Moritz Schmidt, mówiąc o ciężkiem pogorszeniu gruźlicy krtani w związku z M powołuje się na Bayera, a nic nie wspomina o własnych przypadkach.

11) Przypominamy, iż oprócz krwioplucia i wzgl. dość częstego krwawienia z nosa, opisano tu rzadkie formy krwawienia: z sutka, z kiszek lub żołądka (Rosthorn) i zgoła rzadkie, jak np. z tocznia na twarzy (Pozzi), w ciele szklistem (Wolpe), z wargi i błony śluzowej ust (Hauptmann).

12) Uwaga. Zauważyć powinniśmy, iż chore nasze mierzą ciepłotę w ustach, w ciągu 7—8 minut, co 2 godziny, co wynosi średnio 7—8 mierzeń dziennie. Jako kryteryum podniesienia ponad zwykły poziom przyjęliśmy 0·3 Celsiusza, jak to czyni Riebold, dla tej prostej przyczyny, że wahania w granicach 0·1—0·2 należy uważać za fizyologiczne już u zdrowych, a tembardziej u gruźliczych, których narząd termoregulacyjny, jak wiadomo, jest nad wyraz czułym i już na lekkie bodźce natury fizyologicznej lub psychicznej szybko odpowiada wzniesieniem ciepłoty, czasem nawet znacznem, wprawdzie krótkotrwałem. Pomyłki więc tu są bardzo łatwe, a zoryentowanie się, czy przyczyną wzniesienia T jest lekkie zaostrzenie ogniska chorobowego lub powikłanie inną sprawą chorobową, czy też bodźce efemeryczne — jest rzeczą trudną i osobistym klinicysty sądom pozostawione jest szerokie pole. Sądzimy jednak, że pilne spostrzeganie chorego i wszechstronna oraz bezstronna ocena wzniesienia T może ograniczyć pomyłki w szukaniu przyczyny tego wzniesienia do minimum.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Backer. **Badania nad zatorami tłuszczowymi.** (Deut. Zeitschr. f. Chir. 111). Bardzo często zatorowi tłuszczowemu towarzyszy lekkie podniesienie ciepłoty, a tylko w przypadkach ciężkich spotyka się obniżenie ciepłoty. Zwykle po 3. dniu zjawiają się wylewy krwawe, zwłaszcza na bocznych częściach szyi i klatki piersiowej. Zatory tłuszczowe występują przy złamaniach kości prawie zawsze;

ale wyraźne objawy daje dopiero większa ilość tłuszczu. Transport tłuszczu odbywa się drogą krwi i limfy. Zator tłuszczowy wystąpić może dalej przy zranieniach wątroby, zatruciu fosforowem, większych operacyach, ropieniach i wybroczynach w szpiku kostnym, ostrych schorzeniach trzustki i t. p. Leczniczo wchodzić może w rachubę w początkach sączkowanie przewodu piersiowego podług Wilmsa. K.

Läwen i Gara. **Doświadczalne badania nad znieczuleniem pozaoponowem.** (Deut. Zeitschr. f. Chr. 111). L. i G. badali różnicę toksyczności znieczulenia śród- i pozaoponowego na królikach. 0,03 nowokainy śródoponowo wywołuje śmierć królika, pozaoponowo zaś przebiega bez żadnych wybitnych objawów. Wstrzyknięcie pozaoponowe jest znów znacznie więcej trujące, niż n. p. śródmięśniowe. Wstrzykiwać się powinno u człowieka bardzo powoli (1—2 minut), a to celem uniknięcia zbyt wysokiego ciśnienia w przestrzeni pozaoponowej, co wywołuje znów za szybkie wessanie. K.

Schultze. **O zachowaniu się mechanicznej pobudliwości mięśni przy tężyczce, objaw językowy.** (Kilka uwag o działaniu substancyi gruczołów przytarczycznych). (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 44). Przy tężyczce u dorosłych spotyka się często szczególne oddziaływanie mięśni na bezpośrednie mechaniczne podrażnienia, a polega ono na t. zw. przetrwaniu kurczu, trwającego nieraz minutę. N. p. na języku tworzy się wyraźny dołek, a gdy pukamy po obu bokach, przewężenie. Objaw ten językowy jest cechujący. Spostrzegać go można i w mięśniach twarzy i kończyn w mniejszym stopniu. Natomiast nieraz niema tego przetrwania kurczu po podrażnieniu prądem galwanicznym. Tem też różnią się te kurcze od podobnych kurczów przy chorobie Thomsena (myotonia congenita). Przy tężyczce pooperacyjnej przeszczepienie gruczołów przytarczycznych może być zupełnie bezskuteczne, jak to stwierdził autor na jednym operowanym przypadku. Czasem, jak to podał Krabbel, dopiero drugie przeszczepienie bywa skuteczne, i to nieraz dopiero w kilka miesięcy. K.

Wilisch. **Kazuistyczny przyczynek do leczenia całkowitego oskalpowania.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 44). Całkowite oskalpowanie przebiega zwykle typowo. Spotyka się je zwykle u kobiet, których włosy porwane zostały przez falujący ruch maszyny. Odarcie skóry i części miękkich następuje z przodu na granicy oczodołów, z tyłu nieco powyżej końca zarostu włosów, bocznie z jednej strony do ucha, a z drugiej zwykle połowa małżowiny ulega oderwaniu. Rokowanie powinno być poważne, bo i po zupełnem zagojeniu pozostać mogą poważne przypadły, jak bole głowy i zawroty przy schylaniu się, niedomykanie się oczu we śnie, tworzenie się ciągłych wrzodów w bliźnie, zwężenia pola widzenia, osłabienie pamięci i t. p. W leczeniu w grę wchodzą przeszczepienia sposobem Krausego (płaty), Thierscha (naskórek), przyczem autor radzi ziarniny nie skrobać, lecz ścierać ją silnie gazą. Gojenie trwa tygodniami, a nawet miesiącami, aż do roku. Zwykle potem przyznać należy ubezpieczonym trwałą rentę 25—30%. K.

Haenisch. **Badanie rentgenowskie przy badaniach kiszki.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 45). Do badania jelita grubego nie wystarcza podanie bizmutu przez usta, lecz jedynie z pomocą lewatyw osiągnąć można dokładny obraz. Rozpoznanie pewne uczynić można jedynie na zasadzie najmniej dwukrotnego badania, przeprowadzonego w pewnych odstępach czasu. Po ukończonem badaniu należy wydalić bizmut z kiszki pod kontrolą ekranu, co również nieraz daje cenne wskazówki rozpoznawcze. Również ważne jest obserwowanie wchodzenia lewatywy. Masę do lewatywy przyrządza się w ten sposób, że 300 grm glinki (bolus alba) miesza się dokładnie z 1/2 litra wody i dodaje 75 grm bizmutu, dalej mieszając i dodając jeszcze 1/2 litra wody. K.

A. Eberle. **Bąblowiec nerki ruchomej.** (Wraczebn. Gaz. 1911, Nr 38). Przypadek dotyczy chorej 35-letniej, która poddała się operacyi z powodu nerki ruchomej. Dopiero podczas operacyi rozpoznano bąblowca. Nerkę rozcięto i pasorzyta usunięto całkowicie. Wyzdrowienie. E. podkreśla trudność klinicznego rozpoznania bąblowca nerki, zwłaszcza nerki ruchomej. I tak według statystyki Bogolubowa na 116 przypadków operowanych, tylko w dziewięciu dokładne rozpoznanie poprzedziło operacyę. Jest także rzeczą godną uwagi, że wszystkie 9 przypadków z dokładnem rozpoznaniem należą do tych autorów, którzy przedtem raz już operowali bąblowca nerki, nie poznawszy się na chorobie. W piśmiennictwie znalazł E. tylko jeden przypadek bąblowca nerki ruchomej, podany przez Orłowskiego. M. Łążyński.

N. Makewnin. **Przypadek plastyki skóry prącia.** (Wraczebn. Gaz. 1911, Nr 40). U młodego, 21 lat liczącego włościanina, prawdopodobnie wskutek róży nastąpiła zgorzel skóry na całem prąciu. M. dla dokonania plastyki wziął płaty ze skóry moszny, operując w ten sposób, iż utworzył ze skóry moszny rodzaj mostu, pod który wprowadził prącie, poczem po niejakim czasie przeciął połączenia płatu ze skórą moszny, nie jednocześnie obydwa, lecz w pewnych odstępach czasu. Wynik był najzupełniej zadowalniający, gdyż nietylko spółkowanie odbywało się bez przeszkody, ale i czucie przeszczepionej skóry powróciło do stanu prawidłowego. M. ubolewa, że dotychczas niema prac naukowych, któreby dokładnie wyświetlały sprawę odradzania się włókien czuciowych w przeszczepianych płatach skóry przy rozmaitych rodzajach operacyi plastycznych. M. Łążyński.

Cathelin. **Rozpoznawanie i leczenie gruźlicy nerek.** (Monde med. 1911, Nr 44). Zakażenie gruźlicze nerek może zdaniem C., prócz dróg zwykłych, nastąpić także drogą przewodu pokarmowego, zwłaszcza z mlekiem u osób bardzo młodych. Jednym z wczesnych objawów gruźlicy nerek bywa zwykle nieżyt pęcherza (bez innej wiadomej przyczyny) z moczem mętnym, kwaśnym, parciem, ew. krwotokami. Czasem udaje się wyczuć moczowód, rzadko nerkę, niekiedy spotykamy nacieki w najądrzu, pęcherzykach nasiennych lub sterczu. Mocz rzadko bywa barwy wysyconej, zwykle też ma nizki ciężar gatunkowy. Nieraz spotyka się w nim w dużej liczbie limfocyty, natomiast prątki Kocha udaje się w nim wykryć tylko zapomocą szczepienia. Nattan-Larrier polecił wstrzykiwać podejrzany mocz w sutek karmiącej samicy królika i badać potem co do prątków wydzielające się mleko. Cenne usługi oddaje cystoskopia i badanie czynności nerek. Operować należy wczas, gdy sprawa jest jednostronną i gdy zmiany w pęcherzu są nie duże. Najpewniejsze wyniki daje wycięcie nerki (o ile stan drugiej na to pozwala), i wtedy zwykle co do trwałości wynik jest bardzo dobry. Wobec licznych sposobów badania czynności i stanu nerek nie powinno się obecnie zbyt długo zwlekać z operacyą. A.

Schlaginweit. **250 operacyi kamieni pęcherzowych.** (Tow. lek. Monachium, 5. IV. 1911). Na podstawie bogatego doświadczenia własnego i swego brata, wypowiada autor następujące uwagi: Najczęstszymi objawami kamieni są bole, rozpromieniające się w koniec prącia, krwawienie z moczem przy chodzeniu, nieznaczne parcia przy leżeniu, przerywanie się strumienia moczu. Obecnie rozpoznawać się powinno kamienie z pomocą cystoskopu (trudno przytem nieraz określić wielkość kamieni) lub promieni Röntgena (zwłaszcza kamienie w zaułkach). Operacyą zwykłą powinno być kruszenie. Cięcie wysokie wykonuje się: 1) Przy niemożebności wprowadzenia litotryptora, 2) przy przeroście sterczu, gdy chcemy odrazu operować także gruczoł, lub gdy kamienie leżą w zaułku, 3) w razie zepsucia narzędzia wśród operacyi, 4) przy przypuszczeniu nowotworu lub owrzodzeniach, 5) przy licznych kamieniach, gdzie przypuszczalnie kruszenie w uśpieniu trwaćby mogło za długo, 6) przy

ogromnym kamieniu. Czasem udaje się operować w znieczuleniu miejscowem (na $1^1/_2$ godziny do pęcherza 50 cm^3 $3^0/_0$ nowokainy). Przy wprawie najlepiej kruszyć kamienie w pustym pęcherzu. Na końcu operacyi po wypłukaniu zwykłem (hydrarg. oxycyanat 1: 4000) płucze autor jeszcze lapisem 1: 1000, a w razie stanu nieżytowego pęcherza zakłada cewnik na stałe. Powikłaniami zdrowienia mogą być: krwotoki, podniesienie się ciepłoty, następowe zwężenia cewki, ew. pozostawienie okruchów. Powinno się zawsze przed wypuszczeniem chorych do domu zbadać pęcherz cystoskopem i uczynić to znowu w 1—2 lat. K.

Portner. **Leczenie zatrzymania moczu.** (Med. Klinik Nr 44, 1911). Przed zastosowaniem cewnika trzeba zawsze chorego najpierw dokładnie zbadać i wstrzyknąć mu morfinę, albowiem od rodzaju cierpienia zależy wybór postępowania. Bardzo dobre usługi oddać może lekarzowi praktycznemu tam, gdzie cewnikowanie się nie udaje, nakłucie t. zw. włosowate, t. j. cienkim trójgrańcem lub igłą ze strzykawką, co ew. powtórzyć można i kilka razy. Nieraz potem cewnik wchodzi dziwnie łatwo. Gdzie nie znamy przyczyny zatrzymania moczu, próbujemy stosować twardy cewnik Nr 20. Przy zwężeniach odpowiednie cienkie cewniki, ew. sposób Le Forta, przy przerosłym sterczu cewniki Merciera lub spłaszczone bocznie (Batrina) lub z góry do dołu (Bastos). Nie należy przytem nigdy wypuszczać moczu odrazu, lecz po wypuszczeniu 200—300 cm dopełniać pęcherz jakimś płynem przeciwgnilnym, czyniąc to co kilka godzin. Bardzo dobre są t. zw. białe elastyczne cewniki Porgesa z Paryża, dające się dobrze gotować. Przy wiewiórze, cierpieniach nerwowych, guzach pęcherza i t. p. stosujemy w razie zatrzymania moczu zwykły cewnik Nelatona, zwłaszcza w modyfikacyi Tiemanna (zagięty u końca). U kobiet zapobiegamy zatrzymaniu przez wstrzykiwanie gliceryny do pęcherza. U dzieci nieraz powodami zatrzymania moczu bywa ból lub przeziębienie. W pierwszym przypadku ciepła kąpiel oddaje cenne usługi. K.

Wilms i Posner. **W sprawie etyologii przerostu sterczu i leczenia tegoż naświetlaniem jąder.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 36). Przerost sterczu występuje na tle zakażenia wiewiórowego, zmian w naczyniach lub jako sprawa nowotworowa. W. i P. upatrują wiele analogii między przerostem sterczu, a mięśniakami macicy. Ponieważ zaś naświetlanie oddaje cenne usługi w leczeniu mięśniaków, a z drugiej strony trzebienie i tak zwane operacye płciowe mają nieraz wybitny wpływ na zmniejszanie się sterczu, przeto W. i P. proponują na mocy jednego wcale korzystnego przypadku, próbować leczenia znacznie przerosłego gruczołu krokowego zapomocą naświetlania jąder. K.

Guleke. **Operacya Förstera przy przełomach żołądkowych.** (Arch. f. klin. Chirurg. 95. III.). 5 przypadków operacyi Förstera u morfinistów-tabetyków. Wynik nieszczególny, bo dwa zgony (gruźlica, zapalenie płuc), a u reszty nawroty po chwilowej poprawie, trwającej do kilku miesięcy. Autor radzi wyosabniać i przecinać korzenie bez otwarcia opony twardej pomiędzy zwojem kręgowym, a workiem oponowym. Należy obustronnie przeciąć 7—11 korzeni. K.

Dominici. **Przyczynek doświadczalny do badań nad odradzaniem się nerwów obwodowych.** (Berl. klin. Wochs. 1911, Nr 43). Po przecięciu nerwu ulega obwodowy koniec zwyrodnieniu z wyjątkiem osłonki Schwanna, która służy potem za podstawę do odrodzenia się nerwu. Nawet przy ubytkach 6 ctm mogą końce przeciętego nerwu połączyć się jeszcze dobrze ze sobą. Zmiany regeneracyjne w odcinku środkowym zaczynają zjawiać się późno, bo dopiero po 4 tygodniach. A.

Lindemann. **Wczesne leczenie zniekształceń krzywiczych nóg, z pomocą przecięcia kości.** (Zft. f. orth. Chir. T. 28). Utarło się mniemanie, że wszystkie prawie skrzywienia i zniekształcenia krzywicze u dzieci z czasem się wyrównują i że dlatego nie potrzeba leczyć, n. p. operacyjnie, zwłaszcza przed 6. rokiem życia. W klinice ortopedycznej Langego w Monachium postępuje się jednak obecnie inaczej, albowiem przekonano się, że bardzo często długo trwające zniekształcenia krzywicze wywołują następowo trwałe zmiany w stawach i usposabiają do zapalenia zniekształcającego, a nieraz powodują stałe kalectwo, n. p. gdy wystąpiło skręcenie kości, niedające się już nawet operacyjnie poprawić. Dlatego też Lange jedynie do 3. roku życia leczy przyrządami, a potem już od 3. roku życia, gdy po półrocznem leczeniu zachowawczem niema poprawy, przystępuje do łamania kości (osteoclasis) zapomocą łamacza Lorenza i leczy złamanie w gipsie około 6 tygodni. Należy pamiętać, że dzieci takie wymagają potem wielkiej opieki, by skrzywienie na nowo się nie wytworzyło. A.

Siziemskij. **Operacya Barącza.** (Russkij Wracz Nr 39, 1911). Autor w 2 przypadkach ciężkiego nerwobolu kulszowego widział dobre wyniki po zastosowaniu operacyi Barącza (oswobodzenie nerwu kulszowego od otaczającej go tkanki łącznej w miejscu wyjścia jego z małej miednicy). Z. Gilewicz.

Położnictwo i ginekologia.

L. Fraenkel. **Czy współczesny stan położnictwa czyni zbędnymi zabiegi zapobiegawcze?** (Gynaek. Rundschau 1911, Nr 20). Współczesne położnictwo cechuje wysoki stopień zachowawczości, spowodowany tem, iż cały szereg zabiegów pozwala kończyć poród w każdym jego okresie. Stąd wynika wyczekiwanie na wskazania ścisłe do rozwiązania, t. j. na objawy niebezpieczeństwa, grożącego matce lub dziecku. Pogląd ten stworzył szablon, ograniczający interwencyę położnika i nie dozwalający na indywidualizowanie przypadków. Tymczasem przy położeniach nieprawidłowych, w pierwszym rzędzie miednicowych przy ścieśnieniach miednicy I i II stopnia, a także przy główkowych, o ile towarzyszą im pewne nieprawidłowości, nie możemy czekać na wskazanie ścisłe, ale musimy wykonać zapobiegawczo cięcie macicy lub miednicy, jeśli chcemy uzyskać płód żywy. Przypadki, w których przy porodzie, pozostawionym siłom natury, dzieci, urodzone żywo, zmierały wkrótce wskutek zmian, powstałych w mózgu lub oponach pod wpływem długotrwałego ucisku, wywołały u autora przeświadczenie, że tylko jeden punkt widzenia — niebezpieczeństwo dla matki — pozwala czekać na wskazanie ścisłe do zabiegu. Gdzie matce chodzi o dziecko żywe, pole dla zabiegu zapobiegawczego jest i musi być otwarte. Tu wyczekiwanie na wskazanie ścisłe, jakiem jest niebezpieczeństwo grożące dziecku, jest niedopuszczalne, gdyż wczesne objawy kliniczne tego niebezpieczeństwa nie są dość wyraźne, a drugotrwały ucisk przy przechodzeniu główki przez ciasną miednicę naraża dziecko na uszkodzenia mózgu, których doniosłości nigdy przewidzieć nie możemy. A. Markowa.

Ekstein. **W sprawie kształcenia położnych.** (Gynaek. Rundschau 1911, Nr 21). Z okazyi piątego Zjazdu niem. Związku, zajmującego się sprawą położnych, omawia autor potrzebę podniesienia skali wymagań, stawianych kandydatkom na położne. Zaznacza, że szkoła ludowa nie daje dostatecznego przygotowania, gdyż stopień wykształcenia musi być wyższym, aby położne istotną korzyść z wykładów odnieść mogły, aby kierownicy szkół wykłady swe na odpowiednim poziomie utrzymali i aby położne potem z sumiennością, odpowiadającą zrozumieniu rzeczy, swój tak odpowiedzialny zawód wykonywać mogły. Prócz tego położne powinny przejść przynajmniej półroczny kurs pielęgniarstwa, zanim przystąpią do kształcenia się w swoim zawodzie. Reforma w sprawie położnych ze względu na jej znaczenie społeczne jest rzeczą doniosłą i pilną. A. Markowa.

A. Zeman. **Sophol, jako środek zapobiegawczy przeciw śluzoropotokowi ócz u noworodków.** (Gynaek. Rundschau 1911, Nr 21). Zabieg Crédégo, stosowany u no-

worodków usunął w niektórych zakładach zupełnie śluzoropotok oczu u noworodków. Ponieważ jednak azotan srebra łatwo się rozkłada i wtedy na dwoinki wiewiórowe nie działa, a prócz tego silnie drażni spojówkę i wywołuje ból, przeto szukano innego środka, któryby tych przykrych własności nie posiadał. Takim środkiem miałby być sophol, połączenie soli nukleinowej formaldehydu z srebrem, zawierające 22% Ag. Jest to biało-żółty proszek, łatwo rozpuszczalny w wodzie. Rozczyn używany 2—5% powinien być zawsze świeży. Na klinice praskiej robiono doświadczenia w ten sposób, iż jedno oko noworodka zakraplano sopholem, drugie protargolem. Okazało się, iż oba te środki jednakowo chronią przed zakażeniem i w jednakim stopniu drażnią spojówkę. A. Markowa.

Bauer. **O działaniu emanacyi radu na jaja niższych zwierząt.** (Wien. klin. Woch. 1911. Nr 42). B. wykonał doświadczenia nad działaniem emanacyi radu na jaja »Bafo viridis« i »Triton alpestris« i przekonał się, że wielkie dawki wywołują wstrzymanie wzrostu, a nawet obumieranie jaja. Skutek ten następuje dopiero po pewnym czasie, przy naświetlaniu prędzej, przy działaniu emanacyi później. A.

Brant W. D. **Włókniakomięśniak i rak.** (Russkij Wracz 1911, Nr 42). B. opisuje 7 przypadków, w których obok włókniakomięśniaka znaleziono także raka macicy. Na zasadzie własnych badań anatomopatologicznych oraz piśmiennictwa dochodzi autor do następujących wniosków: 1) Jednoczesna obecność włókniakomięśniaka i raka nie jest zjawiskiem tak rzadkiem, jak dawniej sądzono. 2) Łącznikiem pomiędzy włókniakomięśniakiem i rakiem jest zapalenie błony śluzowej macicy (endometritis fungosa), towarzyszące włókniakomięśniakowi. 3) Nazwa »zwyrodnienie rakowate, zrakowacenie włókniakomięśniaka« nie jest właściwa, chociaż używa się jej dotychczas w piśmiennictwie. 4) Zrakowaceniu podlegają najczęściej włókniaki podśluzowe. 5) Zrakowacenie włókniakomięśniaków następować może w sposób trojaki: a) »per continuitatem« z błony śluzowej, b) drogą przerzutu i 3) z zabłąkanej do wnętrza włókniakomięśniaków tkanki nabłonkowej lub gruczołowej. 6) Rozpoznanie zrakowacenia jest trudne, a czasem niemożliwe. 7) Pojawienie się krwotoków w okresie przekwitania u chorych na włókniakomięśniaki powinno wzbudzić podejrzenie co do zwyrodnienia rakowatego włókniakomięśniaka; w takich przypadkach należy wyskrobać macicę w celu rozpoznawczym. 8) Możliwość zrakowacenia włókniakomięśniaków powinna być najważniejszem wskazaniem do rychłej operacyi. 9) Jedyny sposób operacyjny przy zrakowaceniu włókniakomięśniaków polega na całkowitem usunięciu macicy wraz z przydatkami. M. Pietkiewicz.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Przy gruźlicy chirurgicznej zaleca Seyberth ogniskowe wstrzykiwania t. zw. tuberkuliny Rosenbacha. (B. z. kl. Chir. LXXIV.). A.

Opatrunek mastisolowy, t. j. napędzlowanie okolicznej skóry rozczynem żywicznym »mastisol« i przyciśnięcie na to tamponika bez innych procedur, jak to radzi Oettingen, zachwala na mocy swego doświadczenia Börner, zwłaszcza dla praktyków. (Münch. med. Wochs. Nr 43). A.

Przy odprowadzaniu przepuklin używa Luxard do pomocy wstrzykiwań podskórnych bromku skopolaminy (0,005—0,01), a to celem wywołania porażenia splotów ruchowych jelit. (J. de med. de Paris 729—1911). A.

Przy wiewiórowych zapaleniach stawów poleca Hildebrand wstrzykiwania w staw około 5 cm³ nalewki jodowej. Odczyn z początku silny, lecz skutek bardzo dobry rychło następuje. (Sem. med. 1911—39). A.

Salwarsan zaleca Remesow jako pewny środek zwalczania duru powrotnego. Wstrzyknięty śródżylnie przerywa salwarsan chorobę w 6—48 godzin. (Münch. med. Wochs. Nr 42). A.

Przy powikłaniach cukrzycy (swędzenia, nerwobole i t. p.) stosują Sicard i Salin śródżylne wstrzykiwania 9—10% rozczynu sody co 4—5 dni w ilości 100—250 cm³. Wstrzykiwania te stosować radzą także przy zamierzonych operacyach celem zapobieżenia wystąpieniu śpiączki cukrzyczej. (Soc. med. d. hop. VI.). A.

Uczucie sytości, jak przekonał się Albu, nie zależy od napełnienia żołądka, i dlatego można chorych forsownie odżywiać w ten sposób, że najpierw podaje się pokarmy przez zgłębnik, a potem chorzy jedzą jeszcze dalej sami z apetytem. (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 42). A.

Stan dzieci szkolnych badali w Monachium w dwóch szkołach ludowych (miejskiej i podmiejskiej) Oppenheimer i Landauer i przekonali się, że dzieci w szkole podmiejskiej tak co do wagi, jak wzrostu ciała i obwodu klatki piersiowej ustępowały dzieciom ze śródmieścia. (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 42). Klęsk.

Przenośnikami zarazków są podług Ritschla bardzo często naczynia i przyrządy, używane do jedzenia i dlatego radzi je R. w hotelach, restauracyach i pensyonatach po użytku gotować, celem odkażenia. (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 42). A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 8. XI. 1911.

Przewodniczy kol. Prof. Cybulski. Obecnych członków 50.

Przewodniczący wzywa do uczczenia pamięci zmarłych członków Tow., Dra Franciszka Cholewicza i Dra Józefa Zanietowskiego sen.

1) Kol. Szymanowski przedstawia **sposób wykrywania wąglika zapomocą precypitacyi.**

2) Kol. Kozłowski wykonał na chorej **wlewanie śródżylne salwarsanu** przyrządem Assmy-Mucha-Schramek, objaśniając przytem szczegółowo technikę zabiegu i zalety przyrządu.

Zgromadzeni przyjęli demonstracyę oklaskami.

W dyskusyi Prof. Wicherkiewicz wyraża przekonanie, że sposób stosowania salwarsanu, przedstawiony przez Dra Kozłowskiego, najzupełniej odpowiada zadaniu, jak się zresztą mógł osobiście o tem przekonać na przypadkach klinicznych, w których kol. K. swoim przyrządem dokonał wstrzyknięcia zręcznie, szybko i bez najmniejszego oddziaływania w trzech przypadkach. Prawda, że skutku dotychczas nie osiągnęliśmy, albo też przypadki te nie obudzały nadzwyczajnej nadziei. Przy tej sposobności zwracam jeszcze i na to uwagę, że rozmaite ujemne objawy, występujące po wstrzyknięciu, przypisywane nie salwarsanowi, ale uważane za nawroty kiły, niezawsze za takie mogą uchodzić, a częściej niezawodnie przyjdzie nam salwarsan posądzać o wywoływanie niepożądanych skutków, skoro lepiej rozpatrzymy się w działaniu tego środka. W »Deutsche med. Wochenschrift« ogłosił Reissert zaczerpnięte z piśmiennictwa różne objawy oczne najrozmaitszego rodzaju, występujące po zastosowaniu salwarsanu, zwłaszcza mięśniowem, a ciężki przypadek z własnej jego praktyki wykazuje, że po wstrzyknięciu salwarsanu w świeżej kile u osobnika, cieszącego się zupełnie zdrowemi oczami, wystąpiły po sobie tak różnorodne, do utraty wzroku prowadzące, zmiany (zapalenie nerwu ocznego, siatkówki, zaćmienie ciała szklistego, zapalenie tęczówki, błonki Descemeta), jakich zwykle

w kile, lecząc przetworami rtęciowymi, nie spotykamy. To też zawsze jeszcze wielkiej ostrożności przy użyciu tego nieobojętnego środka i w wyborze przypadków i sposobie stosowania przestrzegać nam trzeba. Tam jednak, gdzie salwarsan wskazany, wstrzyknięcie śródżylne, wykonane w sposób przez Dra Kozłowskiego przedstawiony, wydaje mi się najodpowiedniejszem. (Streszczenie własne)

Kol. Boczar zaznacza to samo; uważa za stosowne, by taki zabieg uskuteczniali zawsze dwaj lekarze. W dyskusyi przemawiali dalej Prof. Bujwid, Cybulski i Krzyształowicz, również z uznaniem wyrażając się o przyrządzie.

3) Prof. Cybulski wygłasza wykład: **Prądy czynnościowe w mięśniach.**

Sekretarz doroczny: Dr. G. Grzybowski

Pierwsze wrażenia lekarza szkolnego.

Napisał

Dr Adolf Klęsk.

Pierwsze wrażenie, jakie odbieramy w pewnej sprawie, nieraz rozstrzyga o dalszych jej losach i kierunku, a nadto dozwala ono pochwycić niejako w szybkim szkicu sylwetę wielu ciekawych szczegółów, które z czasem, w miarę nawykania do zajęcia, uchodzą naszej uwagi. Dlatego też postanowiłem podać to pierwsze wrażenie, bez oglądania się na porównania z systemami krajów, w których lekarze szkolni działają już dawno.

Jednem z najważniejszych może i najtrudniejszych zadań lekarza przy obejmowaniu obowiązków lekarza szkolnego jest ustalenie dobrego stosunku do ciała nauczycielskiego, a dopiero w dalszej linii stosunek do uczniów, oraz ich rodzin. Co do pierwszego, to ze strony ciała nauczycielskiego w znacznej części spotkaliśmy się z przyjęciem bardzo życzliwem, a nieraz serdecznem. Nierzadko wyrażano zdanie, że oddawna oczekuje się na lekarzy szkolnych, jako na instytucyę w szkole niezbędną. Nauczyciele i kierownicy pomagają nam i mimo swych ciężkich obowiązków na każdym kroku chętnie stosują się do naszych rad i wskazówek, pojmując w zupełności potrzebę i ważność higieny szkolnej. Są między nimi i tacy, którzy nawet z duszy i serca oddają się sprawie i właśnie u nich spotykaliśmy wzorowe stosunki: dzieci czysto umyte i ubrane, racyonalnie porozsadzane, a co najważniejsze, o każdem z nich nauczyciel wie dokładnie, jakie ma wady, uzdolnienie, stosunki domowe i t. p. Nieraz też w jednej klasie zwracał uwagę naszą nauczyciel na kilku uczniów »źle widzących«, a tuż obok w klasie równorzędnej, nieraz liczniejszej, kolega jego twierdził że »wszystko jest dobrze« i dopiero lekarz przy badaniu wykrywał liczne wady. Widzimy z tego, że skuteczność działalności lekarza szkolnego zależy w znacznym stopniu od odpowiedniego fachowego poparcia i współdziałania nauczycieli, co znowu naprowadza nas na wyrażenie życzenia, by nauczyciele, względnie kandydaci, byli dokładnie obeznawani z najważniejszymi postulatami nowoczesnej higieny, zwłaszcza zaś szkolnej. Wtedy będą oni mogli skutecznie pomagać lekarzom, ocenią dokładnie potrzebę statystycznych zestawień, żmudnego wypełniania druków, szczegółowego badania dzieci, walki z chorobami zakaźnemi, kontroli dzieci nieusprawiedliwionych, kąpieli szkolnych i t. p. Wielu np. z nauczycieli zdumiewało się, widząc, ile wad i zaburzeń wykrywa lekarz przy badaniu dzieci nieraz pozornie najzdrowszych. Co do stosunku lekarza szkolnego do dzieci, to nie mieliśmy czasu wyrobić sobie jeszcze o tem dokładnego pojęcia. Mam jednak to głębokie przekonanie, że potrafimy w zupełności »wkraść się« niejako w zaufanie dzieci i podobnie, jak to twierdzą obcy lekarze szkolni, dzieci zwierzać się nam będą z tajemnic w sprawach, których dotąd nikomu wyjawiać nie miały sposobności, czy nie śmiały, np. płciowych.

Ciekawym okazał się stosunek lekarzy szkolnych do rodziców dzieci. O ile chodziło o ulgi w naukach, rodzice zwracali się do lekarzy z ochotą i »zaufaniem«, tam jednak, gdzie lekarz zmuszony był dzieci wydalać ze szkoły z powodu brudu lub wszawicy, występował tu i ówdzie opór ze strony rodziców, czasem gburowate zachowanie się, a nawet pogróżki. To też skłoniło nas w porozumieniu z nauczycielstwem do zmienienia bezwzględnego postępowania w przypadkach zanieczyszczonych głów (a stanowią one nieraz przeszło 30%) i odtąd staramy się postępować powoli, wstrzymując od uczęszczania do szkoły tylko najbrudniejsze dzieci i to po kilka i zwykle z piątku na sobotę i niedzielę (co ze względu na stratę czasu i bytność rodziców w domu po za zajęciem okazało się najpraktyczniejszem). Naturalnie tam, gdzie brud jest zbyt rażący, nie liczymy się z żadnymi względami. Jak to słusznie zaznaczył na wstępnem posiedzeniu lekarzy szkolnych naczelny lekarz miejski kol. Janiszewski, »zadanie lekarzy leży głównie w wychowywaniu dzieci w zasadach higieny i przyzwyczajaniu do tych zasad«, co dokładnie określa postępowanie w przeciwieństwie do szybkiego »urzędowego« niejako zmieniania dotychczasowych nawyknień, i to tak u dzieci, jak i u rodziców, a nawet w szkole samej.

Na jedną jeszcze rzecz zwrócić tu chciałbym uwagę, a mianowicie na sprawę »leczenia« dzieci szkolnych. W żadnej prawie instrukcyi dla lekarzy szkolnych nie ma mowy o leczeniu (po za udzieleniem pierwszej pomocy), a nawet wyraźnie się zaznacza, że do lekarza szkolnego leczenie dzieci szkolnych nie należy. Tymczasem, co zresztą zupełnie naturalną było rzeczą, rodzice byli pewni, że lekarzy mianowano po szkołach jedynie czy głównie celem bezpłatnego leczenia dzieci i wyręczania przez to rodziców w chodzeniu po lekarzach i szpitalach. Wzywano nas nawet z początku w tym celu na odległe przedmieścia, a nawet wioski! Gdy zaś lekarz oświadczył, że leczenie do niego nie należy, nieraz pytano: a więc w takim razie, po co są lekarze szkolni?

Chcąc jednak przyjść z pomocą rzeczywiście biednym, miejski Urząd zdrowia przy łaskawym współdziale kol. Prof. Łepkowskiego ma zamiar otworzyć w gmachu magistratu szkolne ambulatoryum dentystyczne, a ewentualnie z czasem i dla chorób wewnętrznych, na wzór poliklinik szkolnych zagranicznych.

Wiemy jak trudnego, lecz zarazem wdzięcznego podjęliśmy się zadania. Z dumą podnosimy, że Kraków pierwszy dał u nas początek podobnej instytucyi, a z radością widzimy, że już teraz inne miasta zasięgają naszej rady na tem polu. Wiemy, że nieraz jeszcze z początku walczyć będziemy musieli z przesądami i niekiedy dopiero przekonywać rodziców o potrzebie i ważności badań dzieci i zarządzeń lekarza szkolnego, lecz mamy nadzieję, że społeczeństwo zrozumie rychło i oceni wielkie znaczenie i cel instytucyi lekarzy szkolnych, a my wychowamy przyszłych obywateli w imię zasad higieny nowoczesnej. W tej też nadziei i myśli mimo przeszkód idziemy śmiało i z ochotą dalej w obranym kierunku.

†

Dr Stanisław Markiewicz.

Gdyby istniał jakiś »grób zasłużonych« lekarzy polskich, to jednym z tych, których sarkofag tam znajdowaćby się powinien, byłby wśród współczesnych ś. p. Stanisław Markiewicz. Dziś, gdy Go brakło, zmierzyć można rozmiary, wielostronność i donosłość Jego działalności, tem godniejszej istotnie zazdrości, że uwieńczonej powodzeniem.

Bo ś. p. Markiewicz był przedewszystkiem człowiekiem czynu. Miał ten rzadki dar, że każdy swój pomysł natychmiast umiał wprowadzić w życie, wkładając w rzecz niezmożoną energię i wytrwałą wolę i znajdując rychło trafne środki, wiodące do celu. A pomysłów tych — powziętych z doskonałą rozwagą — było dużo i wszystkie miały źródło w trosce o dobro publiczne. Było w tym mężu coś z tych, którzy niegdyś myśleli i działali »ku naprawie Rzeczy pospolitey«, a którzy dziś z odległości wieków wydają się nam jak spiżowe posągi, wolne od ludzkich słabości i przywar. We wspomnieniu o ś. p. Markiewiczu określa go Dr Józef Zawadzki, jako »zimnego napozór, mało dostępnego, niezbyt zapalnego, trzeźwego«; ale jednak nawet nam, którzyśmy Go znać nie mieli szczęścia, prześwieca z poza tych spiżowych, zimnych pozorów przez czyny Jego gorące, szlachetne serce i gorąca, szlachetna myśl, wytężona zda się wyłącznie ku zdobyciu lepszej przyszłości dla ojczyzny i rodaków.

Nad świeżą mogiłą trudno dokładnie zobrazować całe dzieło długiego a pracowitego żywota ś. p. Markiewicza. Bo chociaż dziś już dzieło to przedstawia się tak niepospo-

licie, że, jak pięknie określa biograf ś. p. Markiewicza, miał On jeszcze za życia »pomnik z serc ludzkich i ludzkich błogosławieństw«, to jednak dopiero dalsze pokolenia będą mogły Go w pełni ocenić, gdy już zejdą wszystkie plony z hojnie przez Niego na niwę społeczną rzucanych zasiewów. Bo to, co głównie zapisze ś. p. Markiewicza w pamięci potomnych, to jest Jego działalność społeczna. Nam, z dalsza patrzącym, zdaje się, że dla Warszawy i Królestwa był ś. p. Markiewicz na polu higieniczno-społecznem tem, czem u nas ś. p. Jordan, a może więcej jeszcze.

Żywot Jego w niewielu zawiera się datach. Urodzony, jako syn lekarza powiatowego i szpitalnego, w Rawie 8 sierpnia 1839, ukończył ś. p. Markiewicz gimnazyum w Warszawie w r. 1857, przez dwa następne lata studyował medycynę w Akademii medykochirurgicznej tamtejszej, a przez dwa dalsze we Wrocławiu. W r. 1864 uzyskał stopień lekarza w Warszawie; we wcześniejszem uzyskaniu dyplomu przeszkodziły Mu zapewne ówczesne wypadki polityczne. Rok jeden już jako lekarz kształcił się dalej w Würzburgu, Wiedniu i Pradze; po powrocie praktykował do r. 1867 w Tomaszowie rawskim, a następnie przez lat 12 był lekarzem fabrycznym w Soczewce. W r. 1879 przesiedlił się do Warszawy na wezwanie sanitarnego komitetu obywatelskiego, zajmującego się asanizacyą miasta. Od tego czasu przez lat przeszło czterdzieści bez przerwy pracował na polu społeczno-higienicznem i wielkie oddał naszej stolicy i krajowi usługi, gdyż prawie wszystkie reformy sanitarne, od tego czasu w Warszawie podejmowane, były zasługą Jego inicyatywy lub owocem Jego współdziałania; bardzo wielu instytucyi On był założycielem lub współzałożycielem, propagatorem i podporą. Szerokiemu ogółowi znany przedewszystkiem jako założyciel kolonii wakacyjnych dla dzieci, które stworzywszy w r. 1881, ze skromnych początków rozwinął w największą tego rodzaju na ziemiach polskich instytucyę, opiekującą się przeszło 3000 dziatwy, był ś. p. Markiewicz, jak się obecnie okazuje, jednym z pierwszych i najzasłużeńszych pionierów higieny w Królestwie, a higieny szkolnej w szczególności. Już w r. 1881 pokierował ze stanowiska higienicznego budową wzorowego gmachu jednej ze szkół prywatnych, w której potem przez lat kilkanaście był lekarzem szkolnym, w nowoczesnem znaczeniu pierwszym bodaj w Polsce. W niemałej mierze zawdzięcza Warszawa swe wodociągi, wzorową kanalizacyę, zadrzewienie ś. p. Markiewiczowi, który piórem, słowem i czynem popierał przeprowadzenie tych spraw, energicznie współpracując z ówczesnym, we wdzięcznej pamięci Warszawian żyjącym prezydentem miasta, generałem Starynkiewiczem. Będąc długi czas lekarzem, a potem kierownikiem spraw sanitarnych kolei warszawsko-wiedeńskiej, stworzył w niej nowoczesne urządzenia higieniczne, odbijające od stanu kolei żelaznych w Rosyi. Poza tem nie było prawie sprawy, dotyczącej zdrowia publicznego, w którejby Jego brakło; przeglądając obfity, przeszło sto rozpraw obejmujący, dorobek piśmienniczy ś. p. Markiewicza, zdumiewać się przychodzi ruchliwości i wielostronności Jego w tym względzie. Pisał więc i o opiece publicznej nad obłąkanymi i o ustroju służby zdrowia publicznego i o epidemiologii i o przymusowem szczepieniu krowianki, ogłaszał prace z zakresu statystyki lekarskiej, higieny miast, higieny wieku niemowlęcego, ustaw sanitarnych, higieny budowlanej i mieszkań i t. d. i t. d. Od samego założenia »Zdrowia« aż do niedawnych jeszcze lat pełne są roczniki tego pisma płodów Jego pracy.

Ale niemniej ruchliwą i płodną była praca piśmiennicza ś. p. Markiewicza w zakresie naukowym, obejmująca również szeroką skalę, począwszy od zagadnień z teoryi nauk lekarskich, które z obcej literatury streszczał i omawiał, od licznego szeregu spostrzeżeń własnych z najróżniejszych działów, najwięcej z zakresu ginekologii i pedyatryi, aż do sprawozdań poglądowych, przeglądów literatury polskiej, artykułów krytycznych i drobnych uwag i notatek, rozrzuconych na łamach »Kliniki«, której był stałym współpracownikiem od r. 1866, »Medycyny«, »Gazety lekarskiej«, »Pamiętnika Tow. lek. warsz.« i in., oraz aż do działalności wydawniczej. Poza pismami fachowemi pisał dużo, a zawsze propagując jakąś ważną publiczną sprawę, w pismach codziennych, jak »Gazeta warszawska«, »Gazeta handlowa« i t. d. A oprócz tego znajdował jeszcze czas, by wygłaszać publicznie wykłady popularne w tymże zakresie, a przedewszystkiem, by niestrudzenie krzątać się około rozwoju swoich kolonii wakacyjnych, z któremi imię Jego chyba na zawsze już się związało.

Rzadkiem, a szczęśliwem losów zrządzeniem dożył nagrody za pracę: czci powszechnej, której odbiciem był trzykrotny wybór na prezesa Towarzystwa lekarskiego warszawskiego (1903—1906), wybór na członka honorowego Towarzystw lekarskich w Warszawie i Krakowie, — a co pewno więcej jeszcze waży — dożył spełnienia swoich zamiarów, rozwoju i rozkwitu instytucyi, do których kładł podwaliny.

A historya medycyny polskiej zapisze Go jako wzór lekarza-obywatela.

S. C.

---

†

Dr Adam Szulisławski.

Nie brak u nas lekarzy zdolnych, ani posiadających gruntowną wiedzę; jest wśród nich niemało wytrwałych i gorliwych pracowników na niwie naukowej, są inni, działający na polu społecznem. Społeczeństwo nasze ma w swem łonie wielu ludzi prawych, ma też jeszcze na szczęście takich, w których piersi żyje wiara w ideał i takich, którzy stwierdzają ją czynem. Ale duch czasu wogóle, nieszczęśliwe warunki bytu naszego społeczeństwa w szczególności sprawiają, że coraz częściej w dzisiejszych, dziwnie chwiejnych, w jakimś chaosie pojęć i uczuć szarpiących się duszach rozwija się tylko jedna lub kilka z tych zalet i zdolności, że coraz rzadziej spotyka się je wszystkie razem, w równowadze i harmonii. A już prawie wyjątkowo łączy się ze wszystkiemi temi zaletami dobroć serca i hart ducha, stwarzając przepiękny, zrównoważony typ prawdziwej mężkości, swych celów i obowiązków świadomej, swym hasłom wiernej, nawet wśród burz spokojnej, nawet w nieszczęściu pogodnej. Pogoda, stałość, dzielność tych rzadkich ludzi jakimś świetlanym promieniem padają naokoło; przy nich i z nimi nietylko wszystkim dobrze, serdecznie, nietylko każdy czuje, że to ostoja, na której oprzeć się pewnie, że ta ręka nie zawiedzie, te usta nigdy nie kłamią, ale idzie od nich jakiś prąd życiodajny, krzepkość moralna, zaraźliwa chęć czynu, służby wszystkiemu, co piękne, dobre i szlachetne. Ubytek takich ludzi, to nietylko zwykła luka w szeregach pożytecznych pracowników naszego zawodu, którą wypełni kto inny; to strata bolesna bardzo, tem boleśniejsza, gdy przedwczesna.

A takim był Adam Szulisławski.

Takim był nietylko przez stosunki, w których Mu, jako dojrzałemu już mężowi żyć i działać przyszło, ale oprócz darów wrodzonych, przez warunki wychowania, atmosferę zacności i prawości, otaczającą Go w domu rodzicielskim, którego wspomnienia jak świętość czcił, przez obcowanie z ludźmi szlachetnymi, których wśród rówieśników swych i starszych od siebie odczuwał i na towarzyszy swych i przewodników wyszukiwał.

Urodzony w Tarnowie w r. 1865 ukończył ś. p. Szulisławski nauki gimnazyalne w Stanisławowie, poczem zapisał się na Wydział lekarski Wszechnicy krakowskiej. Tutaj wszedł w grono, przejęte rzetelnym zapałem dla nauki, do którego zaliczało się kilku młodzieńców niepospolitych zdolności, jak np. przedwcześnie a tragicznie zmarły ś. p. Dr Czapliński. Grono to trafiło na pomyślną chwilę wielkiego ożywienia prądów umysłowych wśród młodzieży lekarskiej, związanego z początkiem działalności prof. Napoleona Cybulskiego na katedrze fizyologii; toteż już w początku samym studyów lekarskich przygarnęło się to grono do pracowni fizyologicznej jako pierwsze, najstarsze kadry jej pracowników. Uzyskawszy przez to poważną podstawę teoretyczną, a zwracając na siebie uwagę profesorów zdolnościami, pracowitością i wielką sumiennością, poświęcił się ś. p. Szulisławski w dalszym ciągu studyów okulistyce i po uzyskaniu dyplomu doktorskiego w r. 1890, objął stanowisko asystenta w klinice prof. Wicherkiewicza w Poznaniu. Stamtąd przeniósł się na stanowisko asystenta uniwersyteckiej kliniki krakowskiej, pracując pod kierunkiem ś. p. prof. Lucyana Rydla, a wreszcie w Wiedniu pod kierunkiem prof. Fuchsa.

Uzbrojony gruntowną wiedzą i niemałem doświadczeniem

osiadł ś. p. Szulisławski we Lwowie, gdzie objął stanowisko sekundaryusza w szpitalu krajowym na oddziale okulistycznym prof. Macheka. Na tem stanowisku zdobył ś. p. Szulisławski powszechne uznanie kolegów dla swej pracowitości i wiedzy, serdeczne sympatye dla swych niepospolitych zalet osobistych i rosnące wzięcie i szacunek w szerokich kołach pacyentów. Po ustąpieniu z sekundaryatu, obejmuje ś. p. Szulisławski stanowisko rządowe w Biurze sanitarnem Namiestnictwa, gdzie pracuje w służbie publicznej z równą gorliwością, jak poprzednio w szpitalu. Szereg nader sumiennych prac naukowych otwiera Mu wstęp do Wydziału lekarskiego. Habilituje się w r. 1901 we Lwowie, a w r. 1909 mianowany zostaje profesorem nadzwyczajnym.

Poza obowiązkami ściśle zawodowymi, poza ofiarną pracą dla chorych w lwowskiej Poliklinice powszechnej, gdzie współdziała od pierwszej chwili jej istnienia, bierze na siebie ś. p. Szulisławski pracę dla ogółu lekarzy i społeczeństwa. Zaufaniem kolegów powołany do Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich, obejmuje najżmudniejszą agendę, mianowicie sekretaryat generalny, sprawując ten urząd niezmiernie sumiennie przez szereg lat. Nie ustając w pracy piśmienniczej i ogłaszając dalsze swe spostrzeżenia naukowe, oddaje ś. p. Szulisławski swe pióro także na usługi popularyzacyi higieny w najszerszych kołach i pisze kilka rozpraw z tego zakresu.

Po polsku ogłosił: 1) Przypadek kilkakrotnie powracającego urazowego odczepienia siatkówki. Nowiny lek. 1891. 2) Trzy przypadki jednostronnego porażenia źdźiergacza źrenicy i mięśnia rzęskowego. Przegląd lek. 1893. 3) O operacyjnem leczeniu jaglicy. Przegląd lek. 1895. i Pamiętnik VII Zjazdu lek. i przyr. polsk. 4) Przyrząd przenośny do odkażania narzędzi okulistycznych. Przegląd lek. 1896. 5) Przypadek zaniku nerwów wzrokowych z niezwykłą poprawą bystrości wzroku. Przegląd lek. 1896. 6) Przyczynek do leczenia stożkowatego wydęcia rogówki. Gazeta lekarska 1896. 7) Przeszczepienie mięsaka barwikowego z rogówki na spojówkę. Przegląd lek. 1896. 8) O zastosowaniu wasogenów jodowych w okulistyce i ich przenikaniu przez skórę. Przegląd lek. 1898. 9) Ciastowaty przerost powieki górnej. Przegląd lek. 1899. 10) O powstawaniu ropni mózgowych w przebiegu ropienicy oczodołu (phlegmone orbitae). Przegląd lek. 1899. 11) O zastosowaniu protargolu w okulistyce. Przegląd lek. 1899. 12) Doświadczenia nad wydzielaniem cieczy wodnej. Przegląd lek. 1900. 13) Czy trwałe upośledzenie widzenia na jednem oku jest trwałem osłabieniem wzroku w rozumieniu § 156 a. ust. karnej? Przegląd lek. 1902 i Postęp okul. 14) O nowej metodzie Wingena do oznaczania światła dziennego w szkołach. Przegląd higien. 1902. 15) Z higieny oka. Przegląd higien. 1904. 16) Kiła oka. Tygodnik lek. 1906. 17) Z okulistyki sądowej. Przegląd lek. 1908. 18) O podspojówkowych pęknięciach twardówki pod wpływem urazów tępych. Tygodnik lek. 1908.

Pismo nasze liczyło ś. p. Szulisławskiego do swych najbliższych, wiernych i wypróbowanych przyjaciół i współpracowników.

Kiedy Lwów przygotowywał się w r. 1907 do przyjęcia w swych murach — po raz pierwszy od odnowienia Wydziału lekarskiego — Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, nie cofnął się ś. p. Szulisławski znowu przed najżmudniejszym działem pracy przygotowawczej i jako sekretarz generalny Wydziału gospodarczego znakomicie przyczynił się do doskonałej organizacyi Zjazdu.

Wśród wielostronnej, wytężającej pracy jedynem wytchnieniem były dla ś. p. Szulisławskiego chwile, spędzane przy ognisku domowem, a rozrywką szlachetny i gorący kult sztuki. Obdarzony przepysznym głosem, miłośnik muzyki kameralnej, głęboko i wytwornie muzykalny, zostawił ś. p. Szulisławski niezatarte wspomnienie w kołach artystycznych zarówno Krakowa, jak i Lwowa, gdzie jako znakomity amator-wykonawca wielokrotnie współdziałał w koncertach, najchętniej wtedy, gdy przez to mógł się przyczynić do otarcia łez i do niesienia pomocy biednym i nieszczęśliwym.

Przed kilku laty zapadł ciężko i na długo na serce; wytężająca, nieustanna praca przedwcześnie podkopała Jego siły. Nie było już Mu danem wrócić do zupełnego zdrowia; ale skoro tylko stan po wielu, wielu miesiącach cierpień i niepewności poprawił się, jął się ś. p. Szulisławski znowu pracy, z rosnącą poprawą nową rozwijając energię i choć znał grozę swego położenia, znosząc je z niezwykłą pogodą. Przez wielu kochany, stał się im odtąd droższym jeszcze, budząc swym hartem i spokojem podziw dla siebie i nieśmiałe, nieprawdopodobne nadzieje, że złe minęło na długo. Pracował do ostatniej chwili; życie zgasło nagle, 22. b. m.

Jak szeroko i jak głęboko zapisał się w umysłach i w sercach, świadczyły wygłoszone nad trumną mowy prof. Macheka od Wydziału lekarskiego, prof. Sieradzkiego od Towarzystwa lekarskiego, Dr Skałkowskiego od Polikliniki powszechnej, świadczył udział w pogrzebie władz, korporacyi i Towarzystw, Senatu i całego grona profesorów Uniwersytetu, Izby lekarskiej, Towarzystwa lekarskiego, Polikliniki, Rady szkolnej krajowej, Departamentu sanitarnego Namiestnictwa, grona lekarzy i tłumów publiczności, wśród nich zastępu pracowników elektrowni miejskiej, żegnających swego lekarza; świadczą te gorące wspomnienia, któremi złożyła Zmarłemu hołd cała prasa lwowska, a z których niech tu pozostanie choćby to jedno:

»Zmarł człowiek dobry, jeden z tych, którzy zdobią społeczeństwo i rozbrajają mizantropów. Kochał sam ludzi i był kochany.

Żywotność duchowa wiązała Go z życiem; i chciał żyć — contra spem. Był lekarzem, przeto wiedział, że nie dane Mu życie długie. Cieszył się w ostatnich latach każdym dniem darowanym, a pracę, której owoc był Mu najsłodszy z rozkoszy, łożył jak dziękczynienia za życie.

Żył poza brudem i fałszem. Zasługę ma u nas ten, kto daje przykład, że tak żyć można. Umiał znaleźć powab w prosto wyznawanych zasadach prawdy, dobra i piękna.

Obowiązek wesoło spełniał i z miłością. Praca była Jego naturą, a obowiązek nie uciskał go z zewnątrz, jak to czyni z niewolnikami, użalającymi się swej doli.

Był »panem«, jak każdy, kto czerpie z wnętrza swego, człowiekiem niezależnym. Był panem, jako obywatel, bo miał swój naród. Miał swoją dumę polską i poczucie Polski żywej, jako faktu obowiązującego.

Był też wzorowym człowiekiem, który uczy, że można być w każdym szczególe wiernym sobie i szczepić ideał na faktach realnych, choćby w najszczuplejszym zakresie życia. Zasnął spokojny, obrachowany ze światem, niezależny, czysty.

Daj nam, Boże, więcej takich ludzi!« C.

---

†

Dr Józef Szewczyk.

Jeden z ostatnich świadków narodzin naszego pisma i najdawniejszych jego współpracowników, ostatni już chyba z grona najbliższych uczniów znakomitego Dietla, ostatni zasłużony weteran świetnej, przez Dietla w klinice krakowskiej w połowie zeszłego wieku zainaugurowanej epoki.

Urodzony w r. 1834, po ukończeniu Wydziału lekarskiego był ś. p. Dr Józef Szewczyk jednym z ulubionych asystentów Dietla i spadkobiercą jego tradycyi klinicznych. W czasie swej pracy w klinice rozpoczął działalność piśmienniczą, ogłaszając w »Przeglądzie lekarskim«: »Peritonitis stercoralis cum ictero« (1862), »Zapalenie otrzewny zgruźlałe, wywołane przez wrzód żołądka przeszywający« (1863), »Zapalenie płuc durzycowe« (1863) i »Przyczynek do kazuistyki klinicznej ziarnowca wątrobowego (echinococcus hepatis)« (1864). Tej działalności wnet jednak położyła kres praca na polu praktycznem, która z rosnącą wziętością młodego lekarza, pochłaniała cały jego czas i siły. A posiadając dużo talentów lekarskich, skarbił sobie ś. p. Dr Szewczyk przez długie lata zaufanie i wdzięczność pacyentów w bardzo szerokich kołach.

Przyciśnięty wiekiem, syt pracy i rozgłosu, usunął się ś. p. Dr Szewczyk przed kilkunastu laty od działalności praktycznej, poświęcając koniec swego życia filantropii, jako radca Towarzystwa dobroczynności. Ubodzy krakowscy dobrze znali zacne rysy krzepkiego jeszcze starca. Nie biorąc już czynnego udziału w życiu lekarskiem, interesował się niem jednak ś. p. Szewczyk do końca życia i przed paru jeszcze miesiącami uczestniczył w uroczystości jubileuszowej »Przeglądu«.

Spokój Jego popiołom!

Wiadomości bieżące.

Kraków. Budowa krajowego Zakładu dla obłąkanych w Kobierzynie pod Krakowem posunęła się znacznie naprzód. Budowa, r. 1907 uchwalona, a obliczona na $7^1/_2$ miliona koron,

rozpoczęła się w kwietniu 1910; do użytku publicznego ma być zakład oddany w r. 1914. Roboty murarskie powierzono architekcie radcy Stryjeńskiemu z Krakowa, żelazno-betonowe inż. Lutosławskiemu z Warszawy, wodociągi i ogrzewanie inż. Nitschowi i Sp. z Krakowa, kanalizacyę Lwowskiemu Bankowi melioracyjnemu, roboty stolarskie p. Muranyiemu z Krakowa. Ogólny nadzór wykonuje dyrektor zakładu doc. Dr Mazurkiewicz i Biuro techniczne Wydziału krajowego. 40 gmachów Zakładu wkrótce będzie pod dachem. Koszta budowy doszły już, jak podają dzienniki, 14 milionów koron.

— Jak się dowiadujemy, druk Kalendarza lekarskiego krakowskiego jest już całkowicie ukończony i w najbliższych dniach zostanie rozesłany Kalendarz wszystkim tym, którzy zamówili go w Redakcyi.

— Akademia Um. w Krakowie przyznała nagrodę z fund. Warschauera Prof. Popielskiemu ze Lwowa za prace z zakresu fizyologii.

— W sprawie I Zjazdu higienistów polskich, mającego się odbyć w r. 1913 we Lwowie, odbyło się we Lwowie 27. XI. zebranie organizacyjne pod przewodnictwem prezesa Towarzystwa hig., Dr Obtułowicza, na którem wybrano Wydział gospodarczy Zjazdu.

— Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich podaje do wiadomości, że po skończonym sezonie kąpielowym przedłożył Dr A. Sabatowski, kierownik i lekarz zakładu w Morszynie, własności funduszu wdów i sierot po lekarzach, sprawozdanie z sezonu i zamknięcie rachunków z zakładu. Sezon kąpielowy rozpoczął się w drugiej połowie czerwca, a ostatnie kąpiele wydano 14 września. Ilość leczących się osób wynosiła 692, (w roku 1910 594, w roku 1909 około 350). W sezonie głównym było przepełnienie i brak pomieszkań. Zestawienie rachunków wykazało, że dochód z zakładu, a więc z pensyonatu i łazienek, był w tym sezonie znacznie wyższy, niż w roku najlepszym z lat minionych. Ta pomyślna okoliczność wpłynie korzystnie na tegoroczny ogólny bilans Morszyna. Wiadomo, że oprócz zakładu z łazienkami, posiada Towarzystwo lekarzy galicyjskich w Morszynie jeszcze inne źródła dochodów, a mianowicie folwark, las, warzelnię soli i kilka parcel budowlanych, które to parcele nie należą do fundacyi Stillerów. Zestawienie ogólnego stanu rachunków z całego Morszyna nastąpić może dopiero z końcem roku.

— Współpracownicy Departamentu sanitarnego Namiestnictwa we Lwowie, złożyli z okazyi zaślubin córki swojego szefa, Radcy Dworu Dra Józefa Merunowicza, na rzecz funduszu jego imienia 500 koron. Kwota ta powiększy fundusz, którego odsetki wpływają już od szeregu lat do funduszu zapomogowego Towarzystwa lekarzy galicyjskich, przeznaczonego na zapomogi i wsparcia dla wdów i sierót po lekarzach. Jest to szlachetny i naśladowania godny sposób okazania poważania i szacunku dla wielce zasłużonego Szefa Departamentu sanitarnego, ze strony życzliwych mu współpracowników.

— Biuro sanitarne miejskie w Przemyślu wydało sprawozdanie ze swej działalności za rok ubiegły. Ze sprawozdania okazuje się, że pomimo czterech w roku ubiegłym w mieście panujących chorób epidemicznych (odry, płonicy, błonicy i. duru brzusznego) śmiertelność Przemyśla wynosiła 18·8 na tysiąc, czyli że w przeciągu dziesięciolecia spadła o 9·3 na tysiąc (w r. 1900 wynosiła 28·1). Równocześnie smiertelność wynosiła w Krakowie 22·6, we Lwowie 19·8, w Tarnowie 21·1, w Drohobyczu 19·1; mniejsza była w Kołomyi 17·7, najmniejsza wogóle w Podgórzu 14·9. Naturalny przyrost ludności, wynoszący 29 na tysiąc, jest większy niż w Krakowie (26·4), Kołomyi (27·8), Tarnowie (26·5), mniejszy od lwowskiego (30·4) i drohobyckiego (30·8). Na choroby nagminne zapadło 412 osób, z czego zmarło 95; z lat dziesięciolecia ubiegłego cyfra ta jest największa. Z bezpłatnej porady lekarskiej korzystało osób 10.460; koszta leczenia wynosiły 4.237 koron. Sieć kanałów miejskich wynosiła 15.200 m., jak na dzisiejsze rozmiary Przemyśla stanowczo za mało. Wodociągów dotąd niema; prace przygotowawcze nad nimi ciągną się prawie 25 lat.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 19. X. do 25. XI. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 10 † 4 (w tem obcych 5 † 2), krztuśca 2, ospy wietrznej 10, płonicy 22 † 2 (2 † 1), odry 27 (1), duru brzusznego 9 † 4 (4 † 2), czerwonki 2 † 1 (2 † 1), róży 1, tężca 1 † 1 (1 † 1). Dr Janiszewski.

Warszawa. Otwarcie gmachu Towarzystwa naukowego warszawskiego, — ofiarowanego Towarzystwu przez Józefa hr. Potockiego, a po części już urządzonego stosownie do przeznaczenia za fundusze, zebrane z hojnie płynących ofiar, — i pierwsze publiczne posiedzenie odbyło się — jak się dowiadujemy z dzienników — 25 listopada b. r. Oprócz biur, sali posiedzeń i zebrań ogólnych oraz biblioteki (9000 t.) urządzono dotąd dwie pracownie: neurologiczną pod kierunkiem Dr Flataua i antropologiczną pod kierunkiem p. Stołyhwy. Po opróżnieniu reszty gmachu urządzona zostanie pracownia zoologiczno-embryologiczna pod kierunkiem Dr Jana Tura, oraz pracownia chemiczno-bakteryologiczna, rentgenologiczna i elektrokardyograficzna, jako dalsze części »Instytutu biologicznego im. Marcelego Nenckiego«. Instytut rządzi się osobną ustawą, zatwierdzoną już przez ministerstwo, a oprócz prawa badań naukowych przyznającą Instytutowi prawo wyrabiania i sprzedaży odczynników, pożywek, hodowli bakteryi, toksyn, antytoksyn, szczepionek, surowic leczniczych i krowianki, oraz przetworów organoterapeutycznych. Posiedzenie publiczne zagaił Józef hr. Potocki, poczem po sprawozdaniu z 4-letniej działalności Towarzystwa odbyły się wykłady pp. Wł. Smoleńskiego i Z. Weyberga.

— Pogrzeb ś. p. Dr Stanisława Markiewicza odbył się 28. XI. przy udziale ogromnych tłumów publiczności. Nad grobem przemawiali: imieniem Towarzystwa lekarskiego wiceprezes Dr Hewelke, imieniem Stowarzyszenia lekarzy polskich Dr H. Nusbaum, od Towarzystwa higienicznego Dr Bączkiewicz, od kolonii letnich dla dzieci p. M. Pfeiffer, od Komitetu plantacyjnego miejskiego p. Edm. Jankowski, w końcu mecenas Suligowski.

— Nagrody im. Helbicha przyznało Towarzystwo lekarskie warszawskie Doc. Dr Wł. Janowskiemu za dzieło »Nowoczesne metody badania serca« i Dr Br. Ziemińskiemu za »Zarys okulistyki«.

— Wykonawcy testamentu Adeli hr. Ożarowskiej, która, jak donosiliśmy, zapisało przeszło ćwierć miliona rubli na szpital dla dzieci w Radomiu, zwrócili się do Towarzystwa lek. radomskiego z prośbą o wyznaczenie najwłaściwszego miejsca na szpital, określenie liczby łóżek i inne zasadnicze wskazówki.

Z różnych stron. Na posiedzeniu Wydziału lekarskiego Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu w d. 11 (27) X. odbyły się wykłady Dr St. Ostrowskiego: »Morfologia krwi przy krzywicy« i Dr Michałowicza: »O mylnem uzależnianiu gorączki od sprawy gruźliczej u odżywianych forsownie dzieci gruźliczych«. W dyskusyi przemawiali Prof. Zaleski i Ziemacki, Dr Hattowski i Jastrzębski. Na posiedzeniu zaś w d. 11. (24) XI. odbyły się wykłady Dr B. Wilamowskiego: »O chorobie Bantiego« (z przedstawieniem chorej po splenektomii) i Dr Birona: »Przyczynek do leczenia marskości wątroby«. W rozprawach wzięli udział Prof. Zaleski, Ziemacki i Dr Sadowska. Rada Związku uchwaliła tegoż dnia oprócz różnych spraw administracyjnych urządzenie 50-letniego jubileuszu działalności zawodowej Dr Bolesława Skargi.

— Prezesem międzynarodowego komitetu Zjazdów lekarskich wybrany został Prof. Waldeyer z Berlina.

Mianowani: Doc. Guggisberg profesorem nadzw. i dyrektorem kliniki ginekol. w Bernie; Prof. tytularny Dr Franciszek Kośmiński we Lwowie rzeczywistym profesorem nadzwyczajnym położnictwa i ginekologii.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w listopadzie 1911.

Gazeta lekarska Nr 44—47. Batawia: Przewlekłe stany gorączkowe pochodzenia migdałkowego oraz kilka uwag o istocie anginy i t. zw. powikłań anginowych (44—45). — Janowski (dok. 44). — Bogdanowicz (dok. 44). — Schlank: Płód bezgłowy, bezsercowy (45). — Puławski A.: Przyczynek do chirurgicznego leczenia choroby Basedowa (46—47). — Bruner E.: Walka z wilkiem (46—47). — Bychowski: O dziedzicznem i rodzinnem powiększeniu się śledziony (47).

Medycyna i Kronika lek. Nr 44—47. Kopytowski: O stosowaniu salwarsanu w małych dawkach w leczeniu przymiotu (44—45). — Grosglik (dok. 44). — Endelman (dok. 45). — Rozenblatówna (dok. 44). — Przywieczerski: O wartości rozpoznawczej t. zw. dyety próbnej Schmidta »uproszczonej« (45—46). — Łapiński: W sprawie opieki nad umysłowo chorymi (45—46). — Zamenhof: O znieczulaniu krtani zapomocą alkoholu w przypadkach gruźlicy (46). — W Biehler: Leczenie zapalenia gruczołu sutkowego metodą Biera (47). — Rechniowski: Działalność chirurgiczna szpitala św. Piotra i Pawła w Suwałkach w latach 1903—1909 (47).

Tygodnik lek. Nr 44—47. Bednarski: Uwagi o zapaleniu pryszczykowem spojówki (44—45). — Herman: Pogląd na obecny stan chirurgii płuc (44—47). — Szumowski: Jedenaście roczników warszawskiej »Krytyki lekarskiej« (45). — Starklówna: W sprawie używania przez kobiety tytułów »doktór«, »lekarz« (45). — Rosenhauch: Obecny stan badań nad etyologią jaglicy (46—47). — Leńko: Wrażenia z podróży naukowej (46—47).

Nowiny lekarskie Nr 11. M. W. Herman: Wykłady kliniczne z urologii ogólnej. — Krzyształowicz. O ropnych zapaleniach skóry. — L. K. Gliński: Usposobienie anatomiczne a t. zw. dziedziczność w gruźlicy. — Rozenfeld: O chorobie posurowiczej. — Blassberg: Cukrzyca a uraz. — Panieński: O leczeniu naparstnicą. — Zanietowski: O dyagnostycznem i leczniczem zastosowaniu mojej metody rozładowań w świetle uchwał międzynarodowych Zjazdów. — Spira: Czy opieka lekarska nad narządem słuchowym przez lekarza od uszu jest potrzebna w szkole. — Wlazłowski: Elephantiasis penis et scroti radykalnie usunięte przez operacyę.

Przegląd chorób skórnych i wen. Nr 5—6. Krzyształowicz i Weber: O wlewaniach śródżylnych salwarsanu. — Wiśniewski: Bielactwo nabyte. — Malinowski (dok.).

Przegląd chirurgiczny i ginekol. Tom V., Zesz. 3. St. Cykowski. Torbiele krwiste szyi. — Sam. Grosglik. Przypadek ciąży zamacicznej, z zatrzymaniem płodu przez lat 30 i przebiciem się tegoż do pęcherza moczowego. — Falgowski. O rozpoznaniu, czy rak macicy da się jeszcze operować. — H. Goldberg. Przypadek wgłobienia przepukliny pachwinowej do wodniaka jądra (hernia encystica). Zwyrodnienie torbielowate jądra. — H. Goldberg. Przypadek odjęcia miednicy.

Postęp okulistyczny Nr 8, 9. Wicherkiewicz: Wągr śródgałkowy i jego zwalczanie.

Kronika dentystyczna Nr 11: Zawidzki (c. d.).

Zdrowie Z. 11. Daszyńska-Golińska: Alkoholizm w Galicyi i jego zwalczanie. — Dobrzyński: Zdrowie publiczne, a idea miast-ogrodów.

Przegląd higieniczny Nr 11. Piasecki (dok.) — Kaczorowski (dok.).

Słowo lekarskie Nr 20—21. Stahr: O projekcie ordynacyi lekarskiej (dok. 20). — Opinia Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej o rządowym projekcie ustawy, regulującej stosunki zawodu lekarskiego. — Ciechanowski (c. d.). — Znowu nowy projekt ubezpieczenia społecznego. — Lekarze-dentyści i technicy dentystyczni.

Głos lekarzy Nr 21—22. Mikołajski: 1) Ustawa o ubezpieczeniu społecznem. 2) Dyskusya otwarta (w sprawie rządowego projektu ustawy, regulującej stosunki stanu lekarskiego). 3) Uzdrowisko dla dzieci w Żabiu. — Ze stosunków w kasach chorych. — Lekarze zaufania w Towarzystwach ubezpieczeń na życie. — Świadectwa dla Towarzystw ubezpieczeń od wypadku.— Starania o poprawę bytu lekarzy szpitalnych. — Stosunek redakcyi do autorów. — Piasecki: Postulaty wychowania fizycznego młodzieży polskiej.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr 11. Eljasz-Radzikowski: O Zakopanem.

Nasze Zdroje Nr 23—24. Uwagi i wskazania posezonowe.— Łobaczewski: Zdrojownictwo jako przemysł. — Głębokie wiercenia w Krynicy. — O kredyt dla zdrojowisk. — Malinowski: Z podróży po »badach«.— Letnie uzdrowiska w Anglii.— O naszych letniskach. — Krajowy Związek zdrojowisk i uzdrowisk we Lwowie. — Lecznica Dra Tarnawskiego w Kosowie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 6. grudnia 1911 o godzinie 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Prof. Rosner: Przedstawienie przypadków z kliniki położniczej. 2) Prof. Ciechanowski i Prof. Gliński: Przedstawienie okazów anatomopatologicznych. 3) Prof. N. Cybulski i Dr Surzycki: Objawy elektrokardyograficzne przy pericarditis exsudativa. 4) Dr Janiszewski: W sprawie udziału lekarzy w komisyi państwowej dla reformy administracyi.

Posiedzenie naukowe Oddziału jarosławskiego Towarzystwa lek. gal. odbędzie się **dnia 5. grudnia 1911 o godz. 6 wieczór w sali Rady miejskiej** (ratusz II. piętro) **w Jarosławiu** z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych i preparatów anatomicznych — kol. Dr Fechter. 2) Sprawozdanie o dwu przypadkach ciąży pozamacicznej — kol. Dr Sawicki. 3) Wnioski członków.

Wydział Oddziału jarosławskiego Tow. lek. gal.

Sekretarz: Dr Orłowski. Przewodniczący: Dr Czyżewicz.

Rok L. Kraków, dnia 9. grudnia 1911. Nr 49

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki dermatologicznej Uniw. Jagiell.

Badania nad występowaniem cylindruryi wśród leczenia rtęcią.

Podał

Prof. Dr Władysław Reiss.

Badania systematyczne osadów moczu w przebiegu rozmaitych metod leczenia rtęcią w celu stwierdzenia objawów podrażnienia nerek drogą eliminacyi tego leku, są nadzwyczaj skąpe. Dotycząca tego przedmiotu literatura wykazuje nam zaledwie kilkanaście prac, a wśród nich zaledwie kilka, których zadaniem było stałe badanie osadów moczu zupełnie wolnego od białka, t. j. p o c h o d z ą c e g o o d o s ó b, k t ó r y c h n e r k i p r z e d r o z p o c z ę c i e m l e c z e n i a r t ę c i o w e g o b y ł y z u p e ł n i e z d r o w e.

Z dotyczących autorów zasługują na wymienienie przedewszystkiem Fürbringer, Heller, Karvonen, Lüthje, Overbeck, Rosenheim, Bürgi, którzy zajmowali się tą sprawą wogóle, systematyczne jednak badania w tym przedmiocie i to na większym materyale chorych zawdzięczamy dopiero autorom nowszej doby, mianowicie Schwimmerowi, Welanderowi i Winternitzowi, których wyniki badań posunęły sprawę działania rtęci na nerki o wielki krok naprzód, wykazując, że małe nawet dawki rtęci, t. j. dawki lecznicze, bez względu na drogę, którą do ustroju zostały wprowadzone, wywołują w nerce stany drażnienia (zmiany irrytatywne), objawiające się t. zw. wałeczkomoczem, czyli cylindruryą w okresach, kiedy badanie chemiczne moczu zgoła żadnych zmian wykazać nie może. Zasługę wykazania tego faktu musimy przypisać jednak głównie Welanderowi, którego badania były wprawdzie dosyć jednostronne, ograniczały się bowiem prawie wyłącznie tylko do metody wcierań i tak zwanych pomazywań rtęciowych, ale który oparł się na badaniach, systematycznie i w seryach przeprowadzanych, przyczem zwracał stale uwagę na jakość i morfologię znajdowanych wałeczków, jakoteż na stosunek ich do ilości białka, o ile ono w dalszym ciągu leczenia pojawiać się zaczęło. Z szeregu ostatnich badaczów najnowszej doby zasługuje na uwagę Fischel (z Hall), którego prace, przeprowadzane w tymże samym kierunku na dosyć poważnym materyale chorych, dotyczą również częstego badania osadów moczu wolnego od białka z przeważnem uwzględnieniem metody wcierań.

Welander, streszczając swoją ostatnią pracę (Klinische Studien über Nierenaffectionen bei Syphilis), dochodzi pomiędzy innymi do następujących wniosków: 1) Leczenie rtęcią, wywołuje szczególnie przy dawkowaniu silniejszem, często wałeczkomocz, czasami także i białkomocz, które to objawy zupełnie podobnie, jak i rtęcicze zapalenie jamy ustnej (stomatitis mercurialis), zależnie od pewnego usposobienia występować mogą w lżejszej lub cięższej postaci. 2) Mocz wolny w zupełności od wałeczków i białka nie uprawnia podobnie, jak i zupełnie nienaruszone dziąsła, do wniosku, że wchłanianie rtęci nie następuje, lub też jest minimalnem. 3) Wałeczki w moczu, a także i białko, pojawiające się w przebiegu leczenia rtęcią, są przeważnie objawami przejściowymi i nie stanowią z reguły żadnego usposobienia do następowego schorzenia nerek.

Fürbringer, który pierwszy badał systematycznie mocz w przebiegu leczenia rtęcią, stosowaną w postaci przeróżnych przetworów i różnemi drogami, znajduje w 8% zaledwie wszystkich przypadków białko i to najwyżej w ilości $^1/_3$%. Osad badany drogą przesączania dawał wyniki z reguły ujemne; Fürbringer opisuje wprawdzie tu i owdzie obecność nielicznych wałeczków szklistych, jakie występowały po znaczniejszych już dawkach rtęci, nie przypisuje im jednakowoż wielkiego znaczenia. Nie spotykał natomiast nigdy ciałek czerwonych i wałeczków nabłonkowych, wyjątkowo tylko poszczególne komórki nabłonkowe nerek; innych postaci morfologicznych w osadzie nie wymienia zupełnie.

Badania Welandera, który posługiwał się prawie wyłącznie wirownicą Stenbeka, były o wiele dokładniejsze. Welander znalazł w 2 szeregach badanych przez siebie przypadków, leczonych rtęcią głównie w postaci wcierań, w 70% wałeczkomocz, któremu w bardzo nieznacznej tylko części odpowiadał białkomocz i to zaledwie bardzo małego stopnia.

Heller przeprowadzał w klinice Levina studya porównawcze nad działaniem rtęci na nerki pomiędzy metodą wcierań, a metodą wstrzykiwań 1% sublimatu i znalazł w 28 przypadkach wcierań 9 razy białko, t. j. w 24%, a na 241 przypadków leczonych 1% sublimatem także 9 razy białko, t. j. zaledwie w 3,7%. W pierwszej metodzie leczenia tylko w 2 przypadkach znajdował Heller łącznie z białkomoczem cylindruryę, w drugiej metodzie stwierdzono cylindruryę tylko raz jeden, i to u osoby, która już przed leczeniem rtęcią przechodziła zapalenie nerek.

Doświadczenia Holmensa zgadzają się mniej więcej z wynikami Welandera, autor ten znalazł 30 przypadków, w których mocz był wolny od białka, 4 razy cylindruryę znaczniejszego stopnia, przyczem jako próby białka używano wyłącznie tylko próby Hellera. Karvonen podaje wyniki badań ze swojej praktyki prywatnej, z których wynika, że dopiero po dłuższem podawaniu rtęci, i tak dopiero po przeprowadzeniu 20 wcierań, spostrzegał cylindruryę, ale też równocześnie także i białkomocz.

Na uwagę zasługują także wyniki, ogłoszone przez Gravagnasa, według którego badanie moczu przy stosowaniu dawek leczniczych rtęci dawało stale wynik ujemny i to tak w kierunku cylindruryi, jakoteż i białkomoczu, przyczem badania tegoż autora odnosiły się do 60 chorych. (Praca ta nie była mi dostępna w oryginale, z referatu zaś nie wynika stanowczo, w jakich odstępach czasu po rozpoczęciu leczenia badania były przeprowadzane; wyniki tej pracy pozostają jednak z wynikami większości autorów w oczywistej sprzeczności).

Zbierając powyżej przytoczone prace w tej sprawie, musimy przyznać, że jedynie Welanderowi udało się na znaczniejszym materyale udowodnić występowanie t. zw. cylindruryi hyalinowej przy równoczesnym braku białka, jako objawu towarzyszącego bardzo często leczeniu rtęciowemu w dawkach zwyczajnych i to już w dosyć krótkim czasie po rozpoczęciu leczenia. Zasługą tegoż autora pozostaną również systematyczne badania moczu chorych w dłuższy czas po ustaniu, względnie przerwaniu leczenia rtęcią, z których wynikało, że wałeczkomocz, jako wyraz podrażnienia nerek, nie ustaje prawie nigdy równolegle z zakończeniem leczenia, lecz może przetrwać je o okres czasu kilkutygodniowy, zależnie od drogi, jaką rtęć do ustroju wprowadzano, jak również od czasu trwania wydzielania się rtęci, przyczem jednak wydzielanie się rtęci trwa znacznie dłużej, aniżeli okres pojawiania się wałeczków w moczu. Innymi słowy badania Welandera wykazały, że wałeczkomocz odpowiada prawie zawsze okresom silniejszej eliminacyi rtęci drogą nerek dłuższy czas się odbywającej, a ustaje zazwyczaj na długi czas przed wydzieleniem się całej ilości przyjętej rtęci z ustroju. Co do białka, to pojawia się ono, jak z doświadczeń Welandera wynika, bardzo późno, albo też wcale nie, nawet przy bardzo znacznych ilościach wydzielającej się drogą nerek rtęci, mimo bardzo pokaźnej ilości wałeczków w moczu. Wogóle zauważył Welander, że białkomocz nie towarzyszy prawie nigdy wałeczkom szklistym i drobnoziarnistym, a pojawiać się zaczyna przy równoczesnem wydzielaniu się wałeczków nabłonkowych, a nawet i wtedy często w tak małej ilości, że tylko najczulszemi próbami wykazać się daje. Jako odczynnika bardzo czułego używał w takich razach Welander kwasu trójchlorooctowego. Przy ustępowaniu stanów podrażnienia nerek, a zatem w dłuższy czas po zakończeniu leczenia, znikało najpierw białko, i to w zupełności, a dopiero znacznie później znikały z pola widzenia wałeczki, i to przedewszystkiem nabłonkowe, a dopiero pod koniec wałeczki szkliste i drobnoziarniste. Białkomocz znaczniejszego stopnia, t. j. wykazalny już chociażby zwykłą próbą ksantoproteinową, znajdowano tylko przy bardzo forsownem lub bardzo długo trwającem podawaniu rtęci, a towarzyszyły mu wówczas najczęściej bardzo już liczne wałeczki nabłonkowe i krwinki czerwone w osadzie.

Zestawiając dotychczasowe wyniki nielicznych dotąd w piśmiennictwie badań działania leczniczych dawek rtęci na nerki w rozmaitych metodach jej stosowania, widzimy, że zapatrywania rozmaitych autorów w tej sprawie są jeszcze dosyć rozbieżne. Powodem tego jest z jednej strony fakt, że przedsiębrane dotychczas w tej sprawie doświadczenia wykonywano przeważnie dosyć dorywczo i na stosunkowo małym materyale, — a wyjątek stanowią tu bardzo systematyczne badania Welandera i poniekąd Fischla, — z drugiej zaś strony i ta okoliczność, że przeważnie badania w tym kierunku robiono w najrozmaitszych odstępach czasu odnośnie do przebiegu leczenia i często bez uwzględnienia zmniejszonych lub powiększonych dawek rtęci, względnie zmiany przetworu rtęci w ciągu całego okresu leczenia.

Te wszystkie szczegóły muszą w badaniach takich odgrywać bardzo ważną rolę, jeżeli z ciągłego szeregu takich badań chcemy wysnuwać zupełnie pewne wnioski.

Dlatego zabierając się do badań w tym kierunku, które rozpocząłem już przed kilku laty na materyale mojej kliniki, postanowiłem przeprowadzać je możliwie ściśle i systematycznie, uwzględniając z osobna każdą metodę leczenia, długość okresu leczenia, wiek leczonych chorych i okres ich choroby. Prócz tego zwracano przedewszystkiem uwagę na to, czy mocz chorych nie zawierał przed rozpoczęciem leczenia jakichkolwiek składników patologicznych, wyłączając już z góry te przypadki z szeregu odnośnych obserwacyi. Mocz badano zawsze w stałych odstępach czasu z uwzględnieniem wszelkich przerw w leczeniu, wywołanych indywidualną idyosynkrazyą wobec rtęci wogóle lub też wobec pewnych jej przetworów w szczególności.

Mając również na uwadze zdanie, często jeszcze w literaturze spotykane, że sole jodowe, podawane po zakończeniu pewnego okresu leczenia rtęcią, przyspieszają do pewnego stopnia wydzielanie się rtęci z ustroju, wywołując silniejszą eliminacyę także drogą nerek, skierowano badanie także i w tym kierunku, starając się ciągłem kontrolowaniem osadów w okresach leczenia przetworami jodu, kontrolować równocześnie i stan drażnienia nerek, który musiałby być niewątpliwie podtrzymywany wzmożonem wydzielaniem się rtęci w tym okresie drogami moczowemi.

W całym szeregu przypadków miałem sposobność śledzić dodatni wpływ kąpieli ciepłych pełnych u chorych z wałeczkomoczem w ciągu energicznego leczenia rtęcią i to metodą wstrzykiwań miąższowych; osady badane przed i po kąpieli pouczały naocznie o spadku stanu podrażnienia w okresach, w których rtęć znajdowała inne drogi opuszczenia ustroju.

Ale sprawę, która zasługiwała przedewszystkiem na uwzględnienie i której śledzenie postawiono w niniejszym szeregu doświadczeń na pierwszym niemal planie, stanowić miała odpowiedź na pytanie, czy rtęć stosowana w zwykłych dawkach leczniczych, wywołuje z reguły po pewnym czasie, szczególnie po dłuższem leczeniu obok wałeczkomoczu także białkomocz, choćby minimalnego stopnia, i jaki zachodzi rzeczywisty stosunek silnie rozwiniętej cylindruryi do wydzielania się białka, a wreszcie, czy wybitna cylindrurya stwier-

dzana stale i przez dłuższy okres czasu może istnieć bez śladu białkomoczu, jak to w wielu swoich przypadkach stwierdzał Welander.

Do szczegółowego zwracania uwagi na ten właśnie szczegół skłaniały mnie przedewszystkiem znane doświadczenia Lüthjego, któremu udało się stwierdzić drogą bardzo dokładnego badania osadów, że kwas salicylowy i jego przetwory wiodą do cylindruryi oraz równoczesnego wydzielania się białka; bardzo zajmującą przeto zdawała się odpowiedź na pytanie, czy też i rtęć, której działanie trujące na nerki jest tak dobrze znane, nie należy do tych ciał, które w dawkach leczniczych wywołują drażnienie tych gruczołów wśród objawów, ograniczających się przeważnie tylko do cylindruryi?

Badania osadów przeprowadzałem przeważnie wedle wskazówek Gentzena. Mocz przechowywano w oczyszczonych naczyniach przynajmniej przez dwadzieścia cztery godzin; w przypadkach, w których po upływie tego czasu nie uzyskiwano wyraźnego obłoczka, także przez dwie doby po poprzedniem dodaniu do moczu kilku kropli chloroformu. O ile osad był nieznaczny, zlewano całą warstwę moczu ponad obłoczkiem i pozostającą resztę zlewano do wirówki, lub też przelewano do naczyń wirówki wprost zsiadłą część obłoczka, braną zapomocą pipety. W niektórych zaś przypadkach, i to zwykle tam, gdzie zyskiwano łatwo znaczne osady, badano tenże pipetą wprost z naczynia, szczególnie u chorych, u których obecność wałeczków została stwierdzona już poprzednio w osadzie zyskanym zapomocą wirownicy. Badanie osadu zapomocą wirówki było wskazane zawsze w pierwszych okresach leczenia t. j. tam, gdzie chodziło o stwierdzenie bardzo nielicznych wałeczków, najczęściej szklistych, spotykanych często po jednym lub dwa w całym preparacie, albo też tam, gdzie mocz po dwudziestu czterech godzinach dawał tak minimalny osad, że badanie go pozwalało już z góry przewidywać prawie zawsze wynik ujemny. Wirówką posługiwano się również zawsze, kiedy chodziło o zbadanie osadów w pewnych stałych odstępach czasu, po zakończeniu pewnego okresu leczenia, t. j. po podaniu choremu pewnych stale oznaczonych dawek rtęci, kiedy zatem chodziło przedewszystkiem o porównaniu wyniku badania jednego okresu z drugim, t. j. z poprzedzającym. Wreszcie badano osady centryfugowane w celach porównawczych, sporządzając równocześnie preparaty z osadów, uzyskanych z tychże samych partyi moczu drogą zwyczajną, t. j. przez zachowanie moczu w naczyniu przez dwadzieścia cztery do czterdziestu ośmiu godzin, aby się przekonać, czy różnice obu sposobów badania przechylają korzyść na jedną lub drugą stronę. Badania te porównawcze osadów były właśnie w kierunku unaocznienia wydzielanych wałeczków bardzo pouczające. Wykazały one, że tam, gdzie wałeczków wydziela się bardzo skąpa ilość, jak to bywa po pewnych dawkach rtęci, wirowanie osadów staje się wprost koniecznem, bo pozwala wykazać wałeczki chociaż w tej skąpej ilości tam, gdzie ich w osadach zwykłą drogą uzyskanych prawie wykazać niepodobna. W późniejszych natomiast okresach, w których spostrzegać się dają wałeczki dosyć już liczne, a szczególnie jeżeli obok wałeczków szklistych widzimy także wałeczki ziarniste i nabłonkowe, tam badania porównawcze osadów wykazują różnice tak minimalne, że wyżej wymieniona korzyść ostatniej metody ustępować nawet zaczyna miejsca pewnym stronom ujemnym, z których najważniejsza jest pewna destrukcya elementów morfologicznych w osadzie. Zauważono, że ilość wałeczków, szczególnie ziarnistych, a także i nabłonkowych, staje się pozornie większą w polu widzenia przez to, że wałeczki przedstawiają się często w postaci ułamków mniejszych lub większych, często form szczątkowych, pozwalających tylko przy bardzo uważnem rozpatrywaniu preparatu na rozpoznanie, z czem się ma do czynienia. W tych zatem przypadkach, w których chodziło o ocenianie w przybliżeniu przynajmniej liczby wałeczków w kierunku wzmożenia się ich liczby w pewnych okresach leczenia rtęcią, wskazanem było niejednokrotnie ograniczyć się do badania preparatów z powolnie wytwarzających się osadów, szczególniej wtedy, kiedy badania odbywały się w krótkich odstępach czasu.

Dodać należy, że w każdym przypadku i to przy każdorazowem zbadaniu osadu badano równocześnie zawsze mocz co do białka, używając w tym celu najczęściej kwasu azotowego z równoczesną próbą kontrolną zapomocą kwasu octowego z żelazosinkiem potasu. W całym szeregu przypadków, szczególnie w pierwszej seryi przeprowadzanych badań, używano jako próby nadzwyczajnie czułej, próby sublimatowej Spieglera. Próby tej używano z uwzględnieniem późniejszej jej modyfikacyi. Jako odczynnikiem posługiwano się następującym rozczynem: »Sublimati corros. 4·0, Acidi tartarici 2·0, Glycerini 10·0, Aqu. destill. 100·0«.

Do pięciu cm^3 moczu dodawano jeden cm^3 30% kwasu octowego i cztery cm^3 powyżej wymienionego odczynnika Spieglera. Odczyn staje się wyraźnym po upływie bardzo krótkiego czasu, przyczem białko jest wykazalne jeszcze w rozcieńczeniu 1:350,000. Nie ulega wątpliwości, że próba Spieglera jest dla celów klinicznych bezwarunkowo za czuła, wykazuje bowiem także nukleoalbuminy, o które w tych razach zupełnie nie chodzi. Próby tej używałem też tylko od czasu, do czasu i to więcej tylko w celach porównawczych tam, gdzie chodzić mogło o zupełnie minimalne ilości białka.

Z każdego osadu badano każdym razem przynajmniej po dwa lub trzy preparaty, w razie zaś ujemnego wyniku badania także i więcej. Osady sporządzano najczęściej z moczu, oddanego rano, w którym znajdowano z reguły więcej elementów morfologicznych, aniżeli w moczu oddawanym w ciągu dnia.

Liczba przypadków, badanych w ciągu kilku lat ostatnich, a stanowiących podstawę do niniejszej pracy, dochodzi mniej więcej do trzystu. Ponieważ jednak starannie wyłączono z tej cyfry ogólnej wszystkie przypadki, w których stwierdzono białkomocz, chociażby najlżejszego stopnia, istniejący już przed rozpoczęciem leczenia rtęciowego, pozostała więc liczba dwustu dwudziestu przypadków zupełnie ścisłych obserwacyi w kierunku cylindruryi wywołanej rtęcią, na których oparto niniejsze zestawienie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Wyciągi z narządów i wewnętrzne wydzielanie.

Podał

Prof. Dr L. Popielski.

Celem tej wzmianki jest zwrócić uwagę na pewne niedokładności, jakie zdarzają się w pracach rozmaitych badaczy, piszących o własnościach wewnętrznej wydzieliny tego lub innego narządu. Tak Dr K. Dłuski w swojej pracy: »O gorączce menstruacyjnej u kobiet gruźliczych (z uwzględnieniem niektórych objawów patologicznych« *) owe wnętrznej wydzielinie jajników pisze: »Nie jest również bliżej określona — jak powiada Biedl — chemiczna istota tej wydzieliny, choć jedna z jej właściwości, jak wypada z doświadczeń Schickelego, — antagonistyczna w stosunkach do właściwości wydzieliny nadnercza i przysadki mózgowej, — a mianowicie, hamujący wpływ na krzepliwość krwi i obniżenie jej ciśnienia, wydaje się dziś już ustaloną«.

Należy tu wyraźnie zaznaczyć, że obniżenie ciśnienia i niekrzepliwość krwi występuje pod działaniem wyciągu z każdego narządu: nadnerczy, przysadki mózgowej, mózgu, łożyska, trzustki i t. d. Każdy z tych wyciągów daje jeszcze cały szereg innych zjawisk (pomiędzy innemi wydzielanie mleka), szczegółowo przezemnie zbadanych.

Oczywiście więc zjawiska, otrzymane przez Schickelego pod działaniem wyciągów z jajników i macicy, nie są zjawiskami, zależnemi od swoistej ich wydzieliny. Ciało w wyciągach z narządów, obniżające ciśnienie krwi, bierze górę nad adrenaliną tylko w bardzo dużych dawkach; w mniejszych — zawsze adrenalina przejawia swoje działanie. Ciało to całkowicie znosi ciśnienie krwi, wywołane przez znajdującą się w przysadce mózgowej i we wszystkich innych narządach hypertensynę. Dla otrzymania działania hypertensyny należy ją oddzielić od wazodilatyny zapomocą kwasu fosforowolframowego. Hypertensyna różni się od adrenaliny pod względem chemicznym i fizyologicznym. Hypertensyna jest ciałem czynnem tak zwanej pituitryny i hipofizyny, jednak nie przedstawia nic swoistego dla tego narządu i nie może być uważana za jego wydzielinę, jak to widać z obszernych badań Dra J. Studzińskiego, ogłoszonych w »Przeglądzie lekarskim« (1911 Nr 29—36). O hypertensynie również w »Przeglądzie lekarskim« (1909 Nr 19) umieściłem krótsze doniesienie (»Nowe ciało w ustroju, podnoszące ciśnienie krwi«).

Z tego, co przytoczyłem, widać, że zapomocą badania wyciągów nie jesteśmy w stanie poznać swoistej wydzieliny narządów.

Wydzielina nie pozostaje na miejscu, w gruczole, ale przechodzi do krwi i właśnie we krwi należy szukać tej wydzieliny, co np. zostało zastosowane do nadnerczy. W samym gruczole można znaleść zaledwie ślady wydzieliny, która daje się wykryć w przypadkach tylko bardzo charakterystycznego działania, jakie np. przedstawia adrenalina.

*) Przegląd lekarski, 1911, Nr 47, str. 756.

O gorączce menstruacyjnej u kobiet gruźliczych (z uwzględnieniem niektórych objawów patologicznych).

Przez

Dra Kazimierza Dłuskiego.

(Dokończenie).

P i e r w s z a g r u p a, w której za punkt wyjścia bierzemy czas przed nastąpieniem miesiączki. Tu zamiast obniżenia T spotykamy następujące kombinacye:

a) Podniesienie się ponad zwykłą T w granicach 0·4—0·5—1·0, lecz niekoniecznie na kilkanaście dni p r z e d M, jak to podaje teorya falowania V. de Veldego, ale zwykle na 3—6 dni. Podniesienie to trwa aż do chwili ukazania się M, a więc bez spadku na 1—2 dni p r z e d M, gwoli pomienionej teoryi. Mamy tu, jako przeciętne typy, chore w I. okresie (Turbana) [13]) z podniesieniem o 0·4—0·6 na 3—5—11 dni p r z e d M; chore w II. okresie z podniesieniem 0·6 na 6 dni p r z e d M; wreszcie ciężko chore w III. okresie z podniesieniem 0·4 na 3 dni przed M.

b) W kilku przypadkach wzniesienie się T nastąpiło dopiero w w i g i l i ę M. Jako średnie typy mamy dwie chore w I. okresie z bardzo lekkiemi zmianami w płucach, z przebiegiem bezgorączkowym (czasem 37·2—37·3); podniesienie o 0·4—0·5.

Jako przykład zaś możemy podać chorą w III. okresie, panią N., 33 lat, chorą już od 11 lat, 3 dzieci zdrowych, której leczenie w ciągu 3 miesięcy szło bardzo pomyślnie, bez gorączki, z przybytkiem wagi 4 1/2 kg. W wigilią M podniesienie się T o 1·5, w dzień zaś pojawienia się M spadek do poziomu prawidłowego.

c) Podniesienie się na 3—10 dni p r z e d M o 0·4—0·6, pozostaje w tych granicach przez pierwsze dwa dni lub przez cały czas trwania M, niezależnie od okresu choroby.

Pomijając chore w I i II okresie, przytoczymy jako przykład pannę P., lat 25, która przyjechała ciężko chora w III okresie z wysoką gorączką początkową do 39° i doznała ogromnej poprawy z przybytkiem wagi 14 klg. w ciągu 3 miesięcy; — podniesienie się T o 0·6 3 dni przed i podczas M.

D r u g a g r u p a, w której punktem wyjścia są zmiany T p o d c z a s M. Tu rozróżniamy dwie postacie: a) Podniesienie się wyłącznie podczas M, które trwa 1—2 dni tylko, lub przez cały czas trwania M w granicach 0·4—1·5, a później spadek do poziomu prawidłowego i to także niezależnie od nasilenia choroby. Jako przykłady możemy przytoczyć dwie chore.

Pierwsza z nich, panna G., 23 lat, z bardzo nieznacznemi zmianami szczytowemi w I okresie, przebieg leczenia pomyślny, naogół bezgorączkowy, czasem 37·2—37·3. Otóż w ciągu 3—4 dni podczas M ciepłota wznosi się o 0·4 ponad zwykły poziom. Druga chora, panna M., 14 lat, ze zmianami, które zaliczamy do II okresu, przebieg leczenia pomyślny, bezgorączkowy — podniesienie się o 0·6 tylko przez pierwszy dzień M.

[13]) Trzymamy się dawnej klasyfikacyi Turbana na trzy okresy wedle rozległości zmian anatomicznych, jako pewnego udogodnienia schematycznego, rozumiejąc wszelkie braki każdej sztucznej klasyfikacyi w chorobie, gdzie najważniejszym czynnikiem w jej przebiegu jest odporność ustroju, o której sądzimy »post hoc«, nie znając bliżej jej biologicznej istoty.

b) podniesienie się podczas, które trwa dalej po ukończonej M, przypominając poprzedni typ c) z I grupy z tą różnicą, że tam podniesienie podczas M było poprzedzone podniesieniem przed M, tu zaś podniesieniu podczas M towarzyszy dalszy ciąg podniesienia się po M. Jako przykład możemy przytoczyć dwie chore.

Pierwsza z nich, pani B., lat 36, matka 4 dzieci, ze zmianami w II okresie, z przebiegiem leczenia pomyślnym, z gorączką, która dochodziła na początku do 38° i wyżej, a później znikła — ma podniesienie o 0·4 ponad zwykłą swą ciepłotę 4 dni podczas i 6 dni po ukończonej M.

Druga chora, panna K., 23 l., z dużemi zmianami w III okresie, z ciągłymi stanami podgorączkowymi, 37·4—37·5, dochodzącymi czasem do 38—38·2, z przebiegiem leczenia zmiennym, choć ostatecznie względnie pomyślnym, gdyż stan ogólny i płuca nieco poprawiły się. Tutaj spotykamy podniesienie ponad zwykłą ciepłotę o 0·5 podczas M i 2—3 dni po M. Pacyentka ta jednak zmarła w kilka miesięcy po opuszczeniu zakładu.

Przypadek ten potwierdzałby w danym razie spostrzeżenia Turbana, że podniesienia po M dają rokowanie niepomyślne. Mamy w tym względzie kilka innych przypadków, dotyczących ciężko chorych w III okresie, gdzie przy pogorszeniu spostrzegaliśmy podniesienia ciepłoty, bądź wyłącznie po ukończonej M, bądź też podniesienia po M były poprzedzane przez podniesienia podczas M albo wreszcie podniesienia: przed i podczas i po M, bez przerwy. Niektóre z tych chorych, o ile mogliśmy się dokładnie poinformować, zmarły w kilka lub kilkanaście miesięcy po opuszczeniu sanatoryum.

Z drugiej strony jednak mamy lekko chore, któreby stanowiły trzecią grupę i u których spostrzegaliśmy podniesienia wyłącznie po M. Jednak przebieg leczenia i oparte na niem rokowanie były zupełnie pomyślne. Przypadki więc takie zaprzeczają spostrzeżeniom Turbana ([57]) i jednocześnie potwierdzają nasze zdanie, że wahania T nie dadzą się ująć w żadne określone prawidła i że na nich nie można, bez uwzględnienia całego szeregu ważnych objawów chorobowych, budować rokowania, gdyż twierdzenia oparte wyłącznie tylko na wahaniach T wiodą do błędnych wniosków.

Mamy wreszcie czwartą grupę ze spadkami ciepłoty, o których — o ile nam z dostępnej literatury wiadomo — wspominają pierwsi A. Gluziński i Grek. Zaznaczają oni jednak, iż spotykali spadki przeważnie podczas M, rzadziej po M, ale nigdy przed, lub w okresie międzymiesiączkowym. Otóż w naszym materyale spotykaliśmy rozmaite kombinacye, które nie dadzą się ująć w jakieś określone ramy, ale które można ilustrować na podstawie następujących przykładów.

Panna H., 23 l., lekko chora w I okresie, stan bezgorączkowy z czasowemi lekkiemi wzniesieniami, przebieg leczenia pomyślny. W 2—3 lat po opuszczeniu zakładu ma się dobrze, prowadzi tryb życia zwyczajny. Spadek 0·4 tylko podczas M.

Panna A., 36 l., ciężko chora, w III okresie, stan gorączkowy od 37·5—39, przebieg i rokowanie niepomyślne. Spadek 0·4 trzy dni przed M, ale od pierwszego dnia podniesienie się o 0·4, które trwa przez trzy dni podczas M.

Panna R, 27 l., bardzo nieznaczne zmiany szczytowe w I. okresie, przeważnie stany podgorączkowe (37·3—37·4), przypuszczenie gruźlicy nerek; po 5 miesięcznem leczeniu stan tensam. Spadek dwa dni przed i pierwszy dzień podczas M o 0·4, później powrót do zwykłej T.

Z tych przykładów wypada wniosek, że niepodobna przeprowadzić równoległości między krzywą ciepłoty a przebiegiem choroby, choć byłaby to rzecz wielce pożądana zarówno z czysto teoretycznego, jak też i klinicznego stanowiska.

Idąc dalej po drodze tej analizy, możemy przedstawić jeszcze dwie grupy, które wprawdzie nie mają ściśle odrębnych cech, choćby z tej przyczyny, że — jak nas poprzednie przykłady pouczają — w wahaniach T przy całej różnorodności, są pewne punkty styczne; grupy te jednakże mają pewne charakterystyczne cechy.

Grupa piąta: ciepłota przeplatana. Nic lepiej nie uwydatni naszej myśli, jak przytoczenie paru przykładów klinicznych.

Panna D., 18 l., lekko chora w I okresie. Pierwsza połowa leczenia T podgorączkowa (37·3—37·4), później stany bezgorączkowe, leczenie przebiegło bez żadnych powikłań, z wynikiem: duża poprawa. Na 4 spostrzegane M druga M z T niezmienioną. Pierwsza M z ciepłotą podniesioną o 0·6 (właśnie wtedy, gdy T dochodzi o 37·3—37·4) podczas i 2—3 dni przed M; trzecia T podniesiona tylko podczas o 0·6; czwarta M, podniesienie przed i podczas o 1·5.

Drugi przykład: pani H. 25 l. w II okresie gruźlicy płuc, z gruźlicą jelit (stwierdzoną bakteryologicznie i klinicznie). Trzy spostrzegane okresy przedstawiają się w następujący sposób: pierwszy z ciepłotą podniesioną ponad zwykłą podgorączkową, 3 dni przed M i 3 dni podczas M o 0·4. Drugi i trzeci natomiast przebiegają z ciepłotą niezmienioną.

Tu jednak trzeba zauważyć, że w chwili II okresu była dość wybitna poprawa płuc i jelit ze znacznym przybytkiem wagi (8 klg.), ze skłonnością do obniżki ciepłoty; wszystko razem pozwalało na pomyślne rokowanie. Więc zachowanie się ciepłoty menstruacyjnej w chwili II okresu byłoby poniekąd w zgodzie z ówczesnym stanem choroby. Ale zato trzeci okres z niezmienioną ciepłotą nastąpił już po raptownem, znacznem pogorszeniu, które postępowało i doprowadziło chorą w ciągu 8 miesięcy do zejścia śmiertelnego.

Wreszcie ostatnia, szósta grupa, w której T zmienia się w pojedynczych tylko okresach. I ta grupa, jak poprzednie, nie posiada ściśle odrębnego typu, ale w każdym razie ma właściwe sobie cechy, która najlepiej uwidocznią następujące przykłady.

Pani L., 36 l., matka 5 dzieci, chora od 6 lat, ze zmianami w III okresie, odbyła trzy kursy leczenia w sanatoryum w ciągu 3 lat, z przebiegiem bezgorączkowym i z wynikami nader pomyślnymi, ma na 11 spostrzeganych M 8 z T niezmienioną, trzy zaś z podniesioną, a mianowicie: trzecia, czwarta i szósta. Wprawdzie niewielka domieszka krwi w plwocinie może nam wytłómaczyć podniesienie się T o 0·4 podczas trzeciej i przed czwartą M. Ale przy szóstej M nie było żadnego objawu chorobowego, tymczasem ciepłota podniosła się ponad zwykłą już nie 0·4, lecz o całe 1·5 na 3 dni przed M.

Pani O., lat 40, matka 2 dzieci, chora już od lat 7, ze zmianami w III okresie, z pomyślnymi wynikami 11-miesięcznego leczenia w sanatoryum, o przebiegu bezgorączkowym, ma na 13 spostrzeganych M 11 bez zmiany T, natomiast trzecia i dziesiąta z podniesieniem o 0·4 ponad zwykłą T i tylko podczas M. Dla usprawiedliwienia podniesienia się T mamy żyłki krwi w plwocinie na 4—5 dni przed trzecią M, oraz bóle w boku w miejscu dawnego zapalenia opłucnej, ale podczas dziesiątej M nie zaszło nic nieprawidłowego.

Wreszcie trzeci przykład. Pani S., 20 l., chora od 5 lat, zmiany w III okresie, przebieg bezgorączkowy, wyniki świetne, ma na 6 spostrzeganych M trzecią z rzędu w chwili najwyraźniejszej poprawy, gdy przybytek wagi wynosił 8 klg. z podniesieniem o 1·5 ponad zwykłą T podczas M 3 dni tylko i to bez żadnej wyraźnej przyczyny.

Tym jednak przykładom, gdzie spotykamy zmiany T paradoksalne, możemy przeciwstawić dwa inne, gdzie zwią-

zek przyczynowy między zmianami T, a danym stanem chorobowym wydaje się nam wyraźniejszym.

Panna K., 17 l., chora od 3—4 miesięcy zaledwie, duże zmiany w płucach, III okres, przebieg zmienny, częste stany podgorączkowe, ostatnie 2 miesiące czasem T 40°, ma na 7 M 4 M bez zmiany, natomiast pierwsza z podniesieniem o 1·5 podczas M; trzecia o 0·7 po M i to w chwili poprawy stanu płuc i stanu ogólnego, a więc bez usprawiedliwienia. Natomiast siódma M z podniesieniem przed i podczas M o całe 2, ale w ślad za tem duży krwotok, wysokie gorączki i wyraźne pogorszenie. Zejście w 11 miesięcy po opuszczeniu zakładu.

Pani L., 23 l., w III okresie, z dużemi zmianami w płucach; leczenie trwało cały rok. W 3. miesiącu leczenia wyraźna poprawa, trwająca, z małemi zboczeniami, przez 6 miesięcy, potem pogorszenie. Na 9 spostrzeganych M 6 bez zmiany zwykłej T, a mianowicie: 1-sza, 2-ga, 3-cia, 6-ta, 7-ma i 8-ma; 4-ta i 5-ta w chwili poprawy płuc i stanu ogólnego z podniesieniem o 0·5 podczas lub przed i podczas M bez określonej przyczyny. Natomiast w chwili zupełnego pogorszenia, trwającego od 2 miesięcy, 7-ma i 8-ma M bez zmiany T; 9-ta zaś ze zwyżką o 1.5 przed i 0·8 podczas M. Odtąd miesiączki znikły; chora zaś w 3 miesiące potem zmarła.

Z tych wszystkich przykładów wypadają poszczególne wnioski bardzo paradoksalne. Okazuje się, że wahania T są niezależne od chwili miesiączki: przed, podczas lub po M i niezależne także od nasilenia lub polepszenia podstawowej sprawy wbrew twierdzeniom niektórych autorów (np. Scherer i Turban[56]). O ile w ciągu leczenia następują stopniowe przejścia T prawidłowej w podniesioną lub naodwrót, w miarę pogarszania się lub polepszania stanu chorej, to zjawisko takie może dałoby się wytłómaczyć wpływem zmienności samego zakażenia na cały ustrój, a więc na poszczególne jego czynności, a zatem na miesiączkowanie — i na odwrót, oddziaływaniem miesiączkowania na chory ustrój. Ale właśnie widzieliśmy fakty wręcz przeciwne. Jeśli przytoczeni na początku autorowie (Giles, Kersch, L. Zuntz, Van de Velde, Kraus, Stephenson, Reinl), podają tak różnorodne, co się tyczy czasu i skali, wahania ciepłoty u kobiet zdrowych, to cóż mówić o chorych, a zwłaszcza na gruźlicę, gdzie poszczególne czynności ustroju podlegają najrozmaitszym zaburzeniom i gdzie przebieg choroby sam przez się, abstrahując od zaburzeń czysto menstruacyjnych, jest tak zmienny i nieobliczalny, gdzie znów z drugiej strony gruźlica narządów płciowych u młodych dziewcząt (»juvenile Tuberkulose«) skądinąd nie pociąga za sobą — oprócz zaburzeń w miesiączkowaniu — innych poważniejszych zaburzeń w ustroju i — jak powiada Gräfenberg — może być wyleczona[14]).

Pozwolimy sobie, kończąc przegląd naszego materyału, podać jeszcze jeden przypadek, przedstawiający pewien przyczynowy związek między wahaniem T., a przebiegiem choroby.

Panna S., 22 l., operowane w dzieciństwie gruczoły na szyi; na 6—7 miesięcy przed przybyciem do sanatoryum stałe stany podgorączkowe (do 37·5—37·6), przy minimalnych zmianach szczytowych w I okresie, bez rzężeń; chora nie kaszle, nie pluje, odbyła 4 kursy leczenia w latach 1906—1911, razem $17\frac{1}{2}$ miesięcy; spostrzegano 16 M. Po 4 miesiącach leczenia w 1-ym kursie 10-miesięcznym utrata gorączki i wybitna poprawa, która się utrzymuje przy następnych dodatkowych leczeniach (»Nachkur«). W ciągu pierwszych 4 miesięcy, podczas stanów podgorączkowych, T stale podnosi się o 0·4—0·5 na 11 dni przed i 5 dni podczas M, a później powoli spada do zwykłego poziomu. W miarę ustępowania stanów podgorączkowych i poprawy stanu ogólnego, wzniesienia stopniowo coraz mniejsze (0·3—0·4 lub 0·3 tylko) i czas ich trwania przed i podczas M coraz krótszy, t. j. z 11 dni stopniowo spada do 2—3 dni, aż wreszcie ciepłota pozostaje prawidłową przed, podczas i po M, aż do końca pobytu, nie mówiąc o małych niestałych wahaniach w granicach 0·2. Taka T zachowuje się bez zmiany podczas 2. i 3. kursu leczenia. Lecz podczas 4. dwumiesięcznego kursu w 1911 r., gdy chora przyjechała do zakładu zimą, po przebytej grypie, z lekkim i krótkotrwałym stanem podgorączkowym, nieco osłabiona (płuca bez pogorszenia), T wzniosła się przy 1 M o 0·3—0·5 ponad zwykłą na 11 dni przed i 4 dni podczas M. Przy 2 M, gdy stan zdrowia poprawił się, pozostała T już bez zmiany.

Przykład ten, wbrew poprzednim, moglibyśmy nazwać »logicznym«; wykazuje on poniekąd związek między zachowaniem się T, a przebiegiem choroby. Na tem kończymy analizę kliniczną naszego materyału.

Rozpatrując poszczególne grupy naszego materyału, podawaliśmy pobieżnie wnioski, logicznie z cyfr i faktów wynikające. Na zakończenie pragnęlibyśmy ująć je w pewną całość w związku z teoretycznem rozważeniem ważniejszych spraw z dziedziny gorączki i miesiączkowania. Wydaje się nam bowiem uzasadnionem twierdzenie, że tylko wtedy sprawa ciepłoty menstruacyjnej będzie wyjaśnioną, gdy biologiczno-fizyologiczna strona gorączki i miesiączkowania zostanie dokładnie zbadana.

Wnioski nasze przedstawiają się, jak następuje:

Biologiczna rola gorączki, a specyalnie jej wpływ na przemianę materyi, oraz jej zachowanie się w stosunku do samoobrony ustroju, przedstawiają skądinąd wybitne sprzeczności. Miesiączkowanie, jako jedna z najważniejszych czynności ustroju kobiecego, zarówno pod względem fizyologicznym, jak i biologicznym, nie jest dotąd należycie wyjaśniona, przemiana zaś materyi w okresie miesiączkowym napotyka w badaniach poszczególnych autorów również na wielkie sprzeczności.

Na gruncie panującej dziś teoryi chemicznej da się wytłómaczyć, ale tylko w ogólnych zarysach, występowanie całego szeregu nieprawidłowych objawów, zarówno w zakresie samej miesiączki, jakoteż i w czynności różnych narządów u kobiet zdrowych, tem samem u chorych, ze zmniejszoną odpornością całego ustroju. Ale tu zachodzi pytanie, jakim jest stosunek między trującą wydzieliną jajników, a toksynami, pochodzącemi od drobnoustrojów chorobotwórczych, — w naszym zaś przypadku toksynami lasecznika gruźlicy? Czy zachodzi stale działanie synergetyczne, czy też może wypaść działanie antagonistyczne, jakie przez analogię, wprawdzie oddaloną, spotykać możemy w zakażeniach drobnoustrojowych mieszanych lub wtórnych? Wprawdzie Kolle i Hetsch wątpią o antagonistycznym stosunku przy zakażeniach mieszanych, jednak doświadczenia Saty nad zwierzętami wykazały, że w gruźlicy »przy danych warunkach zakażenie wtórne może niekoniecznie pogarszać chorobę podstawową, lecz przeciwnie

---

[14]) W sprawie wyleczenia pierw. gruźlicy narządów płciowych, powiada Sellheim, co następuje: »Schon häufig wurde nach erstmaliger Exploration die Tendenz zur Spontanheilung an den sehr harten auf Verkalkung hinweisenden Knoten der Tube u. an den auf Schrumpfung deutenden starken Einschnürungen erkannt«.

wywierać na nią wpływ dodatni« ([47]) [14]). Do przypuszczenia o stosunku antagonistycznym mogą upoważniać nas lekkie zaburzenia w okresie menstruacyjnym przy nieznacznem podwyższeniu ciepłoty u kobiet ciężko chorych i wysokie ciepłoty w okresie ozdrowienia. Ale, oprócz przypuszczalnego antagonistycznego stosunku między wydzieliną jajników i toksynami drobnoustrojowemi, sprawa wikła się jeszcze jednym możliwym czynnikiem, a mianowicie n a d w r a ż l i w o ś c i ą, znaną zarówno z doświadczeń nad zwierzętami, jak i z badań nad ludźmi. Wiemy, że stanowi ona biologiczną granicę między stanem ustroju dodatnim – uodpornieniem — i stanem wręcz ujemnym, czasem wysoce patologicznym, bo wiodącym do śmierci. Czy nie wolno przypuszczać, że wydzielane z jajników w ciągu danego czasu ciało chemiczne czyni wrażliwym w sposób szczególny ustrój kobiecy, skoro zważymy nawet u kobiet zdrowych w różnych narządach szereg ciężkich zaburzeń w okresie menstruacyi, czasem z widocznemi oznakami zatrucia? A jeszcze drugie pytanie, logicznie z pierwszego wynikające: jakiem będzie działanie toksyn chorobotwórczych na ustrój w ten sposób »uczulony«? — Rozważając to wszystko, możemy powiedzieć, że tylko w ogólnych zarysach, i to bez bliższego uzasadnienia, da się uchwycić gorączka menstruacyjna w jej różnobarwnych postaciach, oraz fantastyczne wahania T w chorobach zakaźnych wogóle, a tem samem i w gruźlicy.

Wobec powyższych danych, gruźlica nie wydaje się nam — jak to twierdzą niektórzy autorowie — czynnikiem rozstrzygającym w gorączce »menstruacyjnej«, lecz na równi z innemi chorobami stanowi ona grunt, w pewnych warunkach podatny dla trującego działania wydzieliny jajników w okresie menstruacyi.

Wobec wysoce nieprawidłowego przebiegu gruźlicy, tak, że u ciężko chorych widzimy niejednokrotnie zupełnie sprawną czynność poszczególnych narządów, oraz przemianę materyi — jak zaznacza Magnus Alsleben — niemal zupełnie prawidłową, z drugiej strony, wobec niejednokrotnie prawidłowego miesiączkowania u ciężko chorych, oraz większych lub mniejszych nieprawidłowości u lekko chorych, nie możemy dopatrzeć się bezpośredniego przyczynowego związku między gorączką, a nasileniem sprawy podstawowej, a tembardziej nakreślać na podstawie poszczególnych objawów jakieś określone prawidła dla gorączki. Na podstawie dostępnego nam piśmiennictwa, oraz na podstawie własnego materyału, nie możemy twierdzić, aby gruźlica w porównaniu z innemi chorobami zakaźnemi miała wywierać bardziej od nich ujemny wpływ na T w okresie menstruacyi.

Nasza statystyka wykazuje, że u 56% kobiet, spostrzeganych w ciągu $1^1/_2$—18 miesięcy, gruźlica nie wywiera żadnego wpływu na ich z w y k ł ą ciepłotę.

U reszty, T podlega najrozmaitszym wahaniom, niezależnie od nasilenia choroby i niezależnie od chwili: przed, podczas lub po menstruacyi w granicach $0{\cdot}3^0$—$1{\cdot}5^0$ do 2^0. — Jeszcze raz powtarzamy, że u tej samej chorej może zachodzić wielka kapryśność w wahaniach, gwoli której w ciągu szeregu miesięcy menstruacya może odbywać się przy zwykłej T i raptem, w chwili zupełnej poprawy zdrowia, mogą nastąpić niczem nieusprawiedliwione, nawet wysokie wzniesienia, trwające raz krócej, raz dłużej. I naodwrót, po wzniesieniach może nastąpić zwykła ciepłota chorej. Wzniesieniom mogą towarzyszyć różne patologiczne objawy lub nie.

Spotykamy też u tej samej chorej spadki w tych okresach, gdzie dawniej T była prawidłowa lub wzniesiona. Spadki te podlegają różnym wahaniom i nie przedstawiają ściśle określonego typu.

W sprawie rozpoznania nie możemy się zgodzić ryczałtowo na to, że każda kobieta — dziewica lub mężatka — mająca gorączkę menstruacyjną, przy braku rozpoznania innej sprawy chorobowej, ma być uważana za gruźliczą. Cyfry nasze, a także i takie fakty n. p., jak krwioplucia podczas lub w zastępstwie menstruacyi, stwierdzone przez poważnych klinicystów u kobiet niegruźliczych, zaprzeczają zbyt pospiesznym wnioskom. Mamy tylko prawo do podejrzeń w kierunku gruźlicy.

W sprawie rokowania również nic określonego powiedzieć nie możemy. Ani podniesienie T po menstruacyi, ani wysoka skala T nie przesądzają z góry o pogorszeniu sprawy podstawowej, o ile równolegle nie spotykamy szeregu innych, niepomyślnych dla rokowania objawów. Również sporadyczne obniżenia T niczego pewnego nie dowodzą.

Najpewniejszym, zda się, wskaźnikiem będzie ta okoliczność, gdy podniesienia T w ciągu całych miesięcy stopniowo stają się mniejszemi, czas zaś trwania staje się coraz krótszym, jak n. p. w ostatnim przypadku, dotyczącym panny S. Jeśli zamiast n. p. 37·5—37·6 w ciągu 10—12 dni przed M spadek T dojdzie do 37·2—37·3 w ciągu 2—3 dni tylko, wtedy rokowanie może przedstawiać się pomyślnie. — Czy zjawisko odwrotne będzie nakazywało rokować pomyślnie, powiedzieć nie możemy.

Wogóle sprawa gorączki menstruacyjnej jest dziś bardzo powikłana. Tylko bliższe wyjaśnienie istoty wydzieliny jajników i jej oddziaływania na poszczególne narządy i czynności ustroju pozwoli, — na podstawie analizy obfitego materyału — dojść do wniosków ściślejszych o przyczynowym związku ciepłoty menstruacyjnej z przebiegiem sprawy gruźliczej.

Piśmiennictwo. 1) Aronsohn. Allgemeine Fieberlehre. Berlin 1906. — 2) Tenże. Üb. Wärmebildung im Fieber. Berl. kl. Woch. 1907. Nr 24. — 3) Aronsohn u. Citron. Exp. Untersuchungen üb. d. Bedeutung der Wärmestichhyperthermie für die Antikörperbildung. Zeitsch. f. exp. Pathol. u. Therapie. T. 8 1910. — 4) Barankiejeff. Wirkung des Fiebers auf den Verlauf der Infektion. Zeit. f. klin. Med. ref. Münch. m. Woch. 1909, Nr 32. — 5) Biedl. Innere Sekretion. Wien 1910. — 6) Bottermund. Üb. d. Beziehungen d. weibl. Sexualorg. zu den oberen Luftwegen. Monatschr. f. Geb. Gyn. T. IV. 1896. — 7) Bossi. Einfluss der Menstruation, der Schwangerschaft u. sw. auf die Muskelkraft. Arch. f. Gynäkol. T. 68. — 8) Cornet. Die Tuberkulose. Wien 1899. — 9) Daremberg. Traitement de la phtisie pulmonaire. T. 2. Paris 1892. — 10) L. Fränkel. Die Funktion des Corpus luteum. Arch. f. Gynäk. T. 68. — 11) E. Franck. Zur Frage des Menstr-Fiebers tuberkulöser Frauen. Berl. klin. Woch. 1905, Nr 42. — 12) **Fürst**. Zwei praktisch wichtige Fälle von Hysterie. Münch. m. Woch. 1900. Nr 14. — 13) Gräfenberg. Dysmenorrhoe u. Tuberkulose. Mün. m. Woch. 1910, Nr 10. — 14) A. Gluziński. Zarys ogólnej patologii i terapii gorączki. Kraków 1896. — 15) Tenże. Uwagi nad obrazem klinicznym stanów przejściowych u kobiet w związku z zaburzeniem w wydzielaniu wewnętrznem gruczołów bez przewodów. Gaz. lek. 1909, Nr 46. — 16) A. Gluziński i Grek. Wpływ miesiączkowania na przebieg

[14]) Str. 142.

ciepłoty w rozmaitych stanach chorobowych. Nowiny lek. 1910. Z. 1. — 17) Hauptmann. Vikariierende Menstruation in Form von Lippenblutungen. Münch. m. Woch. 1909. Nr 41. — 18) Herard, Cornil et Hanot. La phtisie pulmonaire. Paris 1888. — 19) Heimann. Zyklischer Verlauf bei Lungentuberkulose. Beitr. z. Klin. der Tuberkulose. T. V. Z. 1. — 20) Klein. Über Ursache u. Bedeutung der Menstr-Blutung. Münch. m. Woch. 1911 Nr 19. — 21) Kroemer. Die Diagnose u. Therapie der Genitaltuberkulose des Weibes. Deut. m. Woch. 1911. Nr 23. — 22) Kolle u. Hetsch. Exper. Bakteriologie u. die Inf.-krankheiten. T. I. Berlin-Wien 1911. — 23) Köhler i Behr. Temp. Suggestionen bei Tuberkulose. Münch. m. Woch. 1904. Nr 48. — 24) Kober. Über vicariierende Menstruation durch die Lungen etc. Berlin. klin. Woch. 1895. Nr 2. — 25) Kraus. Uber prämenstr. Temperatursteigerung bei Lungentuberkulose. Wien. m. Woch. 1905. Nr 13. — 26) Lüdke. Über die Bedeutung der Temp.-Steigerung für die Antikörperproduktion. Deut. Arch. f. klin. Med. T. 95. Z. 5 i 6. — 27) Magnus-Alsleben. Über die Beziehungen zwischen Temp. Erhöhung u. Stoffwechsel. 26 Kongr. f. Innere Medizin. Wiesbaden 1909. — 28) Marfan. Phtisie pulmonaire. W Traite de medecine Charcot et Bouchard. Paris 1893. — 28) bis. Möller. Handbuch der Lungentuberkulose. Wiesbaden 1910. — 29) Müller. Das Vorkommen u. die Bedeutung halbseitiger erhöhter Temperatur bei Lungenaffektionen. Münch. m. Woch. 1908. Nr 51. — 30) Ott. Des lois de la périodicité de la fonction physiologique dans l'organisme feminin. Paris. Nouv. Arch. Obstetr. 1890. — 31) Pechkranz. Obecny stan wiedzy o gruczołach z wydzieliną wewnętrzną. Medycyna 1911. Nr 9, 10 i 11. — 32) Tenże. Niedomoga gruczołów z wydzieliną wewnętrzną. (Insuffisance pluriglandulaire). Medycyna 1911. Nr 16, 17 i 18. — 33) Peter. Leçons de clinique médicale. T. I. Paris 1873. T. II. Paris 1879. — 34) Plönies. Die gegenseitigen Beziehungen der Menstruation u. der Magenkrankheiten. XXV. Kongr. f. Inn. Medizin in Wien ref. Berl. klin. Wochens. 1908. Nr 17. — 35) Popielski. O jadowitych ciałach prawidłowego ustroju w świetle własnych badań. Lwów, Tyg. lek. 1908. Nr 1. — 36) Tenże. Teorya hormonów w oświetleniu faktów. Ibid. 1911. Nr 28. — 37) Pozzi. Traité de Gynecologie. Paris 1892. — 38) Reinl. Die Wellenbewegung der Lebensprocesse des Weibes. Volkmanns Sammlung Nr 243. — 39) Ribemont-Dessaignes et Lépage. Précis d' Obstètrique. Paris 1894. — 40) Riebold. Über prämenstr. Temperatursteigerungen. Deut. m. Woch. 1906. Nr 11 i 12. — 41) Rolly. Über schädliche u. nützliche Wirkungen der Fiebertemperatur bei Infek.-Krankheiten. Mün. m. Woch. 1909. Nr 15. — 42) Tenże. Stoffwechseluntersuchungen im Fieber u. in der Rekonvalescenz, 26. Kongr. f. Inn. Medizin. Wiesbaden 1909. — 43) Tenże. Über den Stoffwechsel im Fieber u. Rekonvalescenz. 28. Kongr. f. Inn. Medizin. Wiesbaden 1911. — 44) Rosthorn. Die Beziehungen der weiblichen Geschlechtsorgane zu inneren Erkrankungen. Kong. f. Inn. Medizin. in Wien. Spraw. w Deut. med. Woch. 1908. Nr 17. — 45) Sabourin. Les exutoires tuberculeux du poumon. Rev. de Medecine 1903. Nr 3. — 46) Tenże. La fièvre menstruelle des phtisiques. Ibid. 1905. Nr 3. — 47) Sata. Über die Bedeutung der Mischinfektion bei der Lungen-Schwindsucht. Jena 1899. — 48) Schaeffer. Die Menstruation w Handb. der Gynäkol. von Veit. Bd. III. 1908. — 49) Scherer. Ein Fall von regelmässig wiederkehrenden prämenstruellen Lungenblutungen. Beitr. zur Klin. der Tuberkulose. Bd. VI. — 50) Schickele. Die Rolle des Ovariums unter den innersekretorischen Drüsen. 28. Kongr. f. Inn. Medizin in Wiesbaden 1911. — 51) Schmidt Moritz. Die Krankheiten der oberen Luftwege. Berlin 1897. — 52) Sippel. Tuberkulose der Genitalien u. des uropoetischen Systems beim Weibe. Deut. m. Woch. 1911. Nr 30. — 53) Sellheim. Über die Beziehungen der Tuberkulose zu den weiblichen Genitalien. Münch. m. W. 1911. Nr 31. — 54) Tarnier. Traité et l'art des accouchements. Paris 1888. T. I. — 55) Tobler. Über den Einfluss der Menstruation auf den Gesammtorganismus der Frau. Monatschr. f. Geb. u. Gynäk. T. XXII. 1905. — 56) Turban. Beitr. zur Kennt. der Lungen-Tuberkulose. Wiesbaden 1899. — 57) Tenże. Menstruation u. Lungentuberkulose w Tuberkulose-Arbeiten 1890—1909 aus Dr Turbans Sanatorium. — 58) Versammlung der Deut. Gesellschaft für Gynäk. München 1911. Deut. m. Woch. 1911. Nr 27. — 59) Van de Velde. Über den Zusammenhang zwischen Ovarialfunktion-Wellenbewegung u. Menstrualblutung. Jena 1905. — 60) Vogel. Das Vorkommen u. die Bedeutung halbseitiger erhöhter Temperatur bei Lungenaffektionen. Münch. m. Woch. 1908. Nr 39. — 61) Voornweld. Febris intermenstrualis. Zeitschr. f. Tub. T. VII. 1905. — 62) Widmer. Halbseitentemperaturen bei Appendicitis. Münch. m. Woch. 1908. Nr 12. — 63) Weismayr. Die Behandlung der Lungenblutungen. Handb. der Therapie der chron. Lungenschwindsucht von Schröder u. Blumenfeld. Leipzig 1904. — 64) Wolpe. Über Steigerung der Sekretion u. der Azidität des Magensaftes während der Menstruation. Deut. m. Woch. 1908. Nr 51. — 65) L. Zuntz. Untersuchungen über den Einfluss der Ovarien auf den Stoffwechsel etc. Arch. f. Gynäk. T. 78. — 66) Zuelzer. Meine Untersuchungen über Hormone. 27. Kongr. f. Inn. Medizin. Wiesbaden 1910. — 67) Zicharew. Przyczynek do nauki o miesiączkowaniu. Petersburg 1896 (po rosyjsku).

Oceny i sprawozdania.

A. Oberst. **Kurzgefasste chirurgische Operationslehre (Operationskurs) für Studierende und Aerzte.** Berlin 1911. (Karger).

Książka niniejsza ma przedewszystkiem tę zaletę, że zrywa z dotychczasowem szablonowem traktowaniem kursu operacyjnego, a przedstawia zabiegi więcej żywotnie i prócz tego uwzględnia nowsze zabiegi, np. na płucach, szew naczyń krwionośnych i t. p. Bardzo dobre ilustracye, niektóre kolorowane, opis narzędzi i uwzględnianie tylko najważniejszych sposobów operacyi czynią podręcznik ten przejrzystym i nader polecenia godnym. Klęsk.

Dr Bronisław Kaczorowski. **Elementarz higieniczny dla młodzieży szkolnej.** Lwów 1910. Nakładem c. k. Rady szkolnej okręgowej miejskiej.

Dawno podnoszone żądania o wprowadzenie lekarzy szkolnych spełniają się u nas stopniowo. Zanim jeszcze Kraków utworzył cały korpus lekarzy szkolnych, sprawa ta już weszła była na właściwe tory przynajmniej częściowo w szkołach prywatnych w Warszawie, oraz w niektórych szkołach ludowych we Lwowie i wnet zaczęły się pojawiać publikacye, dotyczące higieny szkolnej, poprzednio należące w naszem piśmiennictwie do rzadkości. Na gruncie galicyjskim wyprzedził Lwów w tym nowym ruchu inne miasta galicyjskie, a do rzędu pożytecznych pisarzy na tem polu przybył od niedawna Dr Kaczorowski, autor cennych i ciekawych badań nad stanem zdrowotnym kilkunastu tysięcy dziatwy szkolnej lwowskiej, zebranych w ciągu lat 5 (1907—1911), a przedstawionych na tegorocznym Zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie. Chcielibyśmy tu zwrócić uwagę szerszych kół lekarzy, z których obecnie niejednemu w bliskiej może przyszłości przypadnie bliżej z higieną młodzieży się zetknąć, na broszurę, wydaną przez Dr Kaczorowskiego w r. z., a przeznaczoną do użytku młodzieży szkolnej w szkołach ludowych. Wprawdzie do dziś różnią się jeszcze zdania, czy lepiej jest elementarne przepisy higieniczne dawać dziatwie do ręki, zebrane osobno, czy też włączać je do czytanek szkolnych; jestto jednak zagadnienie więcej może pedagogiczne, a nadające się do roztrząsania dopiero po zebraniu większego materyału porównawczego, jakiego u nas jeszcze brak. Zostawiając je więc na boku, stwierdzić należy, że zadanie, jakie sobie zakreślił, rozwiązał autor wcale dobrze; książeczka zawiera istotnie to, co najważniejsze, w formie przystępnej, której drobne szczegóły nie będzie trudno w drugiem wydaniu jeszcze lepiej dostroić do pojęć młodocianych czytelników, a początkującym lekarzom szkolnym przydać się może to dziełko jako przykład, jak sobie z podawaniem dzieciom koniecznych wiadomości higienicznych radzić. Z.

Dr Ludolf Krehl. **Fizyologia patologiczna,** podręcznik dla studentów i lekarzy. Z piątego wydania niemieckiego przełożył Dr Jan Pruszyński, docent uniwersytetu lwowskiego. Warszawa 1911. Wydanie z zapomogi Kasy

im. Mianowskiego. (Skład główny w księgarni E. Wendego i Sp. Cena rb. 2).

Ustrój wszechnic niemieckich, nie mających osobnych katedr patologii ogólnej, jest zapewne przyczyną, iż nie wiele tam ukazuje się podręczników, poświęconych wyłącznie tej gałęzi nauki. Nowsze dzieła niemieckie w tym zakresie są przeważnie właściwie podręcznikami anatomii patologicznej ogólnej i często też noszą na sobie piętno przewagi strony morfologicznej. Temu zapewne zawdzięcza książka Krehla swoją poczytność, o której świadczą szybko po sobie następujące wydania, gdyż książka ta właśnie wyłamuje się z pospolitego, a niezadowalniającego typu. Niemniej ma ona swe wady, zwłaszcza, jeżeliby ją oceniać jako podręcznik dla słuchaczy medycyny. Wadą taką nie jest okoliczność, że autor jest klinicystą, gdyż nacisk, który mimowolnie zapewne padł przez to na stronę kliniczną, nie jest bez korzyści dla czytelnika. Natomiast za ujemną stronę dzieła Krehla poczytać wolno pominięcie lub zbyt treściwe traktowanie niektórych działów, które w podręczniku, a więc książce, mającej służyć do nauki, znaleźć się były powinny, oraz styl niezbyt łatwy i sposób przedstawienia rzeczy często obliczony raczej na lekarzy, panujących już nad całością przedmiotu.

Chcąc jednak wypełnić lukę, istniejącą u nas od czasu wydania tłómaczenia znakomitej, dziś wszakże przestarzałej książki Cohnheima, jakiemś dziełem tłómaczonem, prawie nie było wyboru. Tak więc przetłómaczenie dzieła Krehla było niewątpliwie rzeczą pożyteczną. Tłómaczenie, dokonane z przedostatniego wydania niemieckiego, jest naogół poprawne. Tłómacz widocznie starał się również o czystość mianownictwa, co mu się też prócz drobnych usterek powiodło. Pod względem typograficznym podnieść należy czysty i czytelny druk, a wytknąć niezupełnie zadowalniającą korektę i zbyt cienki papier. C.

Kalendarz lekarski krakowski na r. 1912. Na wezwanie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego ułożył Prof. Dr L. K. Gliński. (Rok XXI). Kraków 1911. Stron 472.

Odczucie konieczności swojskich wydawnictw podręcznych zamiast różnych obcych, do potrzeb lekarzy naszych niedopasowanych »Vademecum«, było źródłem szeregu przedsięwzięć, usiłujących wytworzyć i utrwalić typ kalendarza lekarskiego polskiego, któryby mógł skutecznie współzawodniczyć z kalendarzami cudzoziemskimi, zwłaszcza niemieckimi. Próby te podejmowano w różnych czasach i z różnem powodzeniem; wydawała więc kalendarze »Gazeta lekarska« (1870—1880), poczem jęły się tej żmudnej pracy jednostki; niejako w dalszym ciągu kalendarzy »Gazety« wydawał kalendarze lekarskie w Warszawie Rogowicz (1879—1888), Fritsche (1889—1891), Fruchtman i Polak. W Galicyi pierwszą próbę podjął A. Czyżewicz (1868), potem Grabowski i Janikowski (1880 – 1881), Stella-Sawicki (1883—1891); dopiero jednak starania Towarzystwa lekarskiego krakowskiego zdołały utrwalić byt kalendarza lekarskiego, który w r. z. ukończył dwudziestolecie wydawnictwa. »Habent sua fata libelli«; miał je i krakowski kalendarz, ale doprawdy szczęśliwą rękę miało krakowskie Towarzystwo, oddając go przed laty kilku w ręce obecnej redakcyi. W ciągu tych kilku lat uczyniono rzeczywiście wszystko, co potrzeba, aby kalendarz ten mógł wyprzeć bez szkody, a nawet z korzyścią dla odbiorców, podobne wydawnictwa obce. Już w r. z. mogła redakcya kalendarza uznać swoje zadanie w tym kierunku za skończone.

Obecnie, jak widać z edycyi tegorocznej, rozpoczyna się okres, w którym kalendarz krakowski wydawnictwom obcym nietylko dorównywać, ale je przewyższać zacznie. Objętość kalendarza w r. b. znowu znacznie wzrosła i doszła już bezmała półtysiąca stronic, a jednak, przez umiejętne urządzenie strony typograficznej przy zachowaniu całej jej wyrazistości i przejrzystości układu, oraz przez użycie doskonałego choć lekkiego papieru, pozostał kalendarz równie wygodnym, istotnie kieszonkowym, jak dawniej. Bardzo słusznie przywrócono w roczniku najnowszym »Spis środków lekarskich«, oczywiście poprawiony i uzupełniony najnowszymi lekami; wielką wygodą jest podanie w nim cen leków nietylko oficynalnych, lecz także nieoficynalnych. Zupełnie nowym działem są »Ważniejsze dane z fizyologii dziecka«, opracowane według tablic Prof. Pfaundlera z Gracu przez Dr Trenknera z Łodzi, dalej artykuł Prof. Krzyształowicza o leczeniu kiły salwarsanem, będący bardzo na czasie, w końcu »Uwagi praktyczne« z zakresu farmacyi, napisane przez mg. farm. F. Hibla, a zawierające rozdział o dodatku do lekospisu austryackiego, spis synonimów, tabelki zmiany wag, dane o zapisywaniu niektórych leków itp. Oczywiście »Podręcznik terapeutyczny«, już w r. z. gruntownie przerobiony, utrzymał się i w tym roku na wysokości zadania. Prócz tego pozostały w kalendarzu wszystkie zestawienia tabelaryczne najważniejszych dla lekarza danych, starannie skompletowane.

O informacyjnej części kalendarza da się powiedzieć w r. b. tosamo, co w zeszłym, że ścisłością przewyższa ona nawet publikacye urzędowe, podając np. w schematyzmie lekarzy szczegóły najświeższe, widocznie zbierane żmudnie z pierwszej ręki tuż przed drukiem kalendarza. Schematyzm ten jest co do zaboru austryackiego zupełny; tegoroczny kalendarz dodaje do tego jeszcze schematyzm instytucyi lekarskich w Królestwie Polskiem, za czem oby poszło w latach przyszłych zestawienie wszystkich wogóle polskich instytucyi i korporacyi lekarskich. Zresztą w obecnej postaci ma kalendarz krakowski i tak już prawie wszystkie dane, aby stać się kalendarzem, zaspokajającym potrzeby każdego lekarza-Polaka; uzupełnienie więc jego dalszymi schematyzmami samo się przez się nasuwa.

Na szczególne podniesienie zasługuje wreszcie bardzo staranna korekta. Z.

Kalendarz lekarski na r. 1912. Wydawnictwo Dr J. Polaka, Warszawa 1912. Stron 56 + 232.

O dobrym tym, a dawnym znajomym lekarzy naszych, zwłaszcza pracujących w zaborze rosyjskim, nakazuje obowiązek sprawozdawczy powiedzieć tylko to, co się w nim zmieniło. Nie wymaga więc omówienia część środkowa, która obejmuje tabele z dawkami leków i innemi podręcznemi lekarskiemi datami; ta część bowiem, już w poprzedniem wydaniu zredagowana przez redakcyę »Kalendarza lekarskiego krakowskiego« dla obydwóch wydawnictw, wszystkim dobrze jest znana. »Podręcznik terapeutyczny« kalendarza Dra Polaka zyskał w tym roku małe uzupełnienie, dodane na osobnych 4 stronnicach; byłoby może praktyczniej uzupełnienie to rozdzielić odpowiednio wśród tekstu. Część informacyjna, oprócz zmian, zależnych od przesiedlenia się, ubytku i przybytku lekarzy w Królestwie, została wzbogacona spisem członków Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu, instytucyi lekarskich w Galicyi, lekarzy-Polaków w Niemczech i w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej. Mimo całego uznania dla myśli, aby w ten sposób wzajemnie informować lekarzy o kolegach-rodakach, pracujących poza Królestwem, nie można jednak zrozumieć, dlaczego zostały do kalendarza wprowadzone właśnie te, a nie inne grupy, a w każdym razie życzyć sobie trzeba przynajmniej, aby te informacye, jeżeli już mają być, były podane skrupulatniej, niż to się tym razem stało. Wszak byłoby kalendarzowi warszawskiemu łatwiej, niż innemu, zestawić lekarzy-Polaków w zaborze rosyjskim poza granicami Królestwa, zamiast np. podawać spis z Niemiec, który już został opracowany i wydany przez kolegów poznańskich, (od których go łatwo w razie potrzeby otrzymać), albo zamiast wymieniać tylko część lekarzy naszych w Ameryce, gdy w rzeczywistości pracuje ich tam według badań Dr Fronczaka, znacznie więcej. Zapewne dużo usprawiedliwiają i tłómaczą trudności techniczne. Mamy też nadzieję, że i co do wykazu władz i urządzeń sanitar-

nych w Galicyi w razie zatrzymania tego działu w roku przyszłym będzie on uważniej, niż obecnie, zestawiony i skorygowany,

Przyjaciele kalendarza Dr Polaka z uznaniem powitają dobrą szatę zewnętrzną tegorocznego kalendarza, wyraźny duch i praktyczny papier matowy, a lekki; należy się spodziewać, że tej szacie typograficznej odpowie też w przyszłości staranniejsza korekta, tym razem niejedno zostawiająca do życzenia, zarówno wśród znanych nawet nazwisk, wymienianych w części informacyjnej, jak i w części terapeutycznej (np. fellicularis, arhritis, blephartis, gangreana, croupsa, angisia, ecema, rermicularis i i.). Do błędów drukarskich też chyba zaliczyć należy, że Wydział lekarski we Lwowie składa się tylko z dziekana i prodziekana.

Wymieniamy te drobne zresztą usterki, aby ułatwić kalendarzowi uniknięcie ich na przyszłość; wartości kalendarza wiele one nie obniżają i nie są przeszkodą dla praktycznego użytku wydawnictwa, cieszącego się od lat szeregu wzięciem w szerokich kołach lekarskich. Z.

Piśmiennictwo bieżące.

Położnictwo i ginekologia.

Fries. **Doświadczenia z pituitryną.** (Münchener m. Wochenschrift. 1911, Nr 46). Opierając się na materyale swoim i na piśmiennictwie, poleca autor pituitrynę, jako środek, wywołujący i wzmacniający bóle porodowe. Pituitryna jest to wyciąg z przysadki mózgowej, a mianowicie z lejka (pars infundibularis), wyrabiany przez firmę Parke-Davis. Wprowadza się ją śródmięśniowo (w mm. pośladkowe) w ilości 1 cm^3. W razie potrzeby dawkę można powtórzyć. W przypadkach, gdzie były słabe bole porodowe, pituitryna działała natychmiast, wywołując rytmiczne skurcze macicy, o dobrem nasileniu, trwające czasami do $1\frac{1}{2}$ minuty. Działanie jej rozciągało się i na okres trzeci, sprawiając szybkie odklejanie się łożyska, brak objawów zwiotczenia mięśnia macicznego i silniejsze bóle poporodowe. Natomiast stosowana przy krwotokach poporodowych, pituitryna okazała się środkiem niepewnym i w tej dziedzinie nie potrafi wyrugować przetworów sporyszowych. Ubocznego szkodliwego wpływu czy to na stan matki, czy dziecka pituitryna nie wywiera. Ważnem jest pytanie, czy pituitryna może samodzielnie wywołać bóle porodowe, gdzie chodzi o przerwanie ciąży. Stosowana we wczesnych miesiącach okazała się dotąd bezskuteczną. Pod koniec zaś ciąży, kiedy mięsień maciczny jest już pobudliwszy, kilkakrotne wstrzyknięcie pituitryny wywoływało bóle porodowe. Autor sądzi, że pituitryna w wielu przypadkach wyruguje kleszcze nizkie, albo conajmniej stworzy dla nich korzystne warunki.
A. Markowa.

B. Aschner i Chr. Grigorin. **Wpływ łożyska, płodu i jajnika na wydzielinę mleka.** (Arch. f. Gyn. t. 94, Z. 3). Autor przeprowadzał liczne doświadczenia na świnkach morskich, którym wstrzykiwał pod skórę grzbietu roztarte łożysko ludzkie. Zauważył przytem, że inne było działanie u świnek, które przechodziły już choćby raz okres laktacyi, a inne u tych, które jeszcze wogóle w ciąży nie były. I tak wywoływały wstrzykiwania łożyska u pierwszych już w 3—4. dniu wyraźną produkcyę siary, a z końcem pierwszego tygodnia obfitą wydzielinę mleczną. Podobny skutek miały także przesącze wyciągów łożyska wodnych, jakoteż alkoholowych, a wreszcie i takie wyciągi, które przed wstrzyknięciem gotowano przez 10 minut w ciepłocie wrzenia. Wyniki te przemawiały za tem, że działanie powyższych wstrzykiwań zupełnie nie jest swoiste. I istotnie przekonały autora dalsze wstrzykiwania różnych innych ciał, że u zwierząt, które już kiedyś przechodziły okres laktacyi, każdy silniejszy środek limfopędny (lymphagogum) (kwas nukleinowy, pepton), wstrzyknięty podskórnie, może wywołać ponowną obfitą produkcyę mleka. Zupełnie inaczej zachowywały się zwierzęta, które jeszcze nigdy nie były w ciąży. U nich wywoływały wydzielinę mleczną tylko substancye swoiste, a więc łożyskowe lub płodowe; doświadczenia z innemi substancyami (lymphagoga) wypadały zawsze ujemnie. Wodne wyciągi roztartego łożyska lub płodu wywoływały nietylko wydzielinę mleczną, ale i histologicznie stwierdzony przerost gruczołów mlecznych. Wyciągi łożyska lub płodu, w inny sposób przyrządzone, alkoholowe lub przez zagotowanie — nie miały już tak wybitnego działania i wywoływały tylko przekrwienie gruczołów i produkcyę siary, nigdy jednak mleka. Z tego wynika, że czynnik, wywołujący rozwój gruczołów mlecznych i produkcyę mleka, jest rozpuszczalny we wodzie, a przez zagotowanie lub alkohol zostaje zniszczony. Doświadczenia powyższe obalają twierdzenie niektórych autorów (Halban), jakoby tylko łożysko wywoływało produkcyę mleka bez współdziału płodu; zdaje się, że wpływ ma tu całe jaje płodowe, zarówno łożysko, jak i płód. Wstrzykiwania wyciągów jajnikowych wywoływały wprawdzie także produkcyę mleka, ale nie w tym stopniu, jak wyciągi łożyska lub płodu; w szczególności nie posiadają tej własności zupełnie ciałka żółte (corp. luteum), którym niektórzy (Fränkel) przypisują najważniejszą rolę w tworzeniu hormonów jajnikowych. Dalsze doświadczenia wykazały, że jajniki wogóle nie są konieczne przy tworzeniu mleka, gdyż nawet u osobników męzkich, którym wstrzyknięto wyciąg łożyska, zawsze następowało przekrwienie gruczołu i produkcya siary, a nawet mleka. Wątpliwem pozostaje w tych doświadczeniach, czy jądra nie działały tu w miejsce jajników, tem bardziej, że wstrzykiwania wyciągów jąder również wywoływały przekrwienie gruczołów mlecznych i siarę — ale nigdy nie wywoływały produkcyi mleka, ani rozrostu gruczołów, działały więc, ale nie swoiście, podobnie jak wyciągi innych narządów.
E. Ehrenpreis.

A. Theilhaber. **Znaczenie jajników i mięśni macicy przy powstaniu i przebiegu krwawień macicznych.** (Arch. f. Gyn. t. 94, z. 3). Chodzi tu o silne, często powtarzające się krwawienia, przy których żadnych nowotworów, ani skaleczeń, ani też wogóle grubszych zmian anatomicznych macicy wykazać nie można (metrorrhagia essentialis). Co do przyczyny takich krwawień nie ma dotychczas zgody między autorami. Dawniej obwiniano przewlekłe zmiany w macicy, a szczególnie przekrwienie zawsze im towarzyszące, później przerost nieżytowo zmienionej śluzówki macicy. W ostatnich latach starano się udowodnić, ,że przyczyna tych krwawień wcale nie leży w macicy, lecz w jajnikach. Autor natomiast twierdzi, że krwawienia te przeważnie należy odnieść do niedostatecznych skurczów warstwy mięsnej macicy, do jej niedomogi, która ma być następstwem niestosunku między rozwojem mięśni i wypełnieniem krwią naczyń macicy. Niedomoga taka może powstać wskutek zmian anatomicznych przy t. zw. przewlekłem zapaleniu macicy, albo przy jej włóknistem zwyrodnieniu (myofibrosis), albo przy jej niedokształcie lub zaniku mięśniowym np. w przebiegu błednicy, chorób płucnych, porażeń i i. Niedomoga taka może jednak powstać czasem także przy zupełnie prawidłowym rozwoju mięśni macicy, ale bardzo silnem wypełnieniu naczyń krwionośnych, lub przy nieznacznych tylko zmianach mięśnia, ale bardzo znacznem przekrwieniu (np. atonia uteri post partum). Wszystkie środki tu używane działają też w ten sposób, że albo wywołują skurcze macicy (sporysz, gorące lub zimne przestrzykiwania pochwy), albo zmniejszają przekrwienie przez swe działanie na naczynia (styptol, styptycyna, gorzknik). Wpływ jajników, wzgl. zmian w jajnikach na powstanie krwawień macicznych autor w przeważającej liczbie przypadków odrzuca. Prawdą jest, że hormony jajnikowe wywołują zwykle przekrwienie i początek krwawień miesięcznych, ustanie ich zależy jednak najczęściej od działania mięśnia macicy. Jeżeli działanie to nie jest dostateczne,

a więc skurcze macicy nie są dość silne, wówczas krwawienie się przedłuża lub nawet — przy silnem przekrwieniu — wzmaga. Zwolennicy teoryi o jajnikowem pochodzeniu krwawień opierają się na różnych zmianach, jakie znajdowali w jajnikach. Autor przeciwstawia temu przypadki krwawień, gdzie jajników wogóle nie było i sądzi, że znaczenie zmian jajnikowych, a szczególnie ich torbielkowego zwyrodnienia i powiększenia jest bardzo względne i zależy od okresu życia płciowego kobiety, jakoteż od jej t. zw. konstytucyi płciowej, lub od zmian chorobowych, które wywołują zaburzenia także w innych narządach miednicy i wywołują równocześnie przekrwienie macicy.

E. Ehrenpreis.

B. Schweitzer. **W sprawie leczenia łożyska przodującego.** (Arch. f. Gyn. t 94, z. III). Praca ta opiera się na 100 przypadkach (35 razy zupełnie i 65 razy częściowo) przodującego łożyska. Śmiertelność matek 5·05% (4 razy śmierć z krwotoku, raz posocznica), a chorobliwość w połogu 25·5%. Dzieci urodziło się 104 (4 razy bliźnięta), żywych 67, a nieżywych 37, czyli śmiertelność wynosiła 35·5%; klinikę opuściło żywych dzieci 50 = 48%, a uwzględniwszy tylko dzieci zdolne do życia 63·3%, wynik więc jest bardzo zadowalniający. Z zabiegów rozwiązujących stosowano najczęściej obrót skombinowany według Braxtona-Hicksa (30 razy) i balon maciczny (39 razy). Przy obrocie ograniczono się w połowie przypadków tylko do ściągnięcia nóżki, którą lekko obciążano, poczem urodzenie się płodu zostawiano siłom natury; w drugiej połowie przypadków wyciągnięto płód odrazu po obrocie, naturalnie pomału i ostrożnie. Mimo to w 7 z tych przypadków powstały pęknięcia szyjki, które musiano zeszywać. Śmiertelność matek = 3·3%, płodów 68·8%. Przy stosowaniu balonów do macicy, używano najczęściej balonów twardych (Müller, Stiefenhofer), przy których krwawienie ustawało, natomiast przy miękkich (Braun) nie zawsze. Po 6 godzinach działania balonu kanał szyjki był już zwykle dostatecznie otwarty; gdzie zaś balon musiał dłużej leżeć, zmieniano go ze względu na niebezpieczeństwo zakażenia. Po wyjęciu balonu wykonano 34 razy obrót, tylko 5 razy można było czekać na poród samorodny, gdyż przez ucisk główki płodu na łożysko krwawienie było nieznaczne. Utrata krwi przy tej metodzie leczniczej była prawie 2 razy większa, aniżeli przy obrocie skombinowanym (680:335 cm), a 5 razy wynosiła przeszło 1000 cm^3. Śmiertelność matek wynosiła 2·6%, płodów 12·2%, a uwzględniwszy tylko płody zdolne do życia 4·8%, śmiertelność więc bardzo nizka. Omawiając krytycznie obie metody lecznicze, dochodzi autor do wniosku, że obrót skombinowany należy uważać jako zabieg dla matki korzystniejszy; składa się on bowiem z jednego tylko zabiegu i pociąga za sobą mniejszą utratę krwi. Z tych też powodów jest szczególnie wskazany przy złym stanie matki. Dla dziecka jest rokowanie przy tym zabiegu złe, szczególnie, jeżeli po obrocie wyczekuje się — również w interesie matki — na dobrowolne wydalenie płodu. Z tego też powodu zabieg ten jest szczególnie wskazany przy płodzie nieżywym lub niezdolnym do życia. Stosowanie balonu daje natomiast znakomite wyniki dla płodów. Dla matki jest to zabieg stanowczo cięższy; składa się bowiem z 2 zabiegów (włożenie balonu i obrót), wywołuje znaczne czasem krwawienie już przy samem włożeniu balonu do macicy, łatwiej wywołuje zakażenie, wymaga pewnej wprawy i zmusza także lekarza do stałego przebywania przy rodzącej. Z tych powodów nie podziela autor wielkiego entuzyazmu innych położników, którzy zabieg ten stawiają wyżej, aniżeli obrót skombinowany i poleca stosowanie balonu tylko tam, gdzie stan matki jest zupełnie dobry i dziecko zdolne do życia i napewno żywe. Do innych metod leczniczych należy jeszcze przebicie pęcherza płodowego, zabieg, wystarczający często przy łożysku częściowo przodującem i cięcie cesarskie klasyczne przy zupełnie utrzymanej szyjce macicy, płodzie żywym i zdolnym do życia, braku bolów a groźnem krwawieniu. Cięcie cesarskie pochwowe nie jest polecenia godne. Autor zwraca jeszcze uwagę na dość częste krwawienia poporodowe w przypadkach łożyska przodującego, czasem tak groźne, że jako jedyny zabieg ratujący pozostaje całkowite wyjęcie macicy. Do środków zachowawczych należą gorące przestrzykiwania macicy i tamponowanie gazą, napojoną alkoholem lub rozczynem ałunu.

E. Ehrenpreis.

Laryngologia i otyatrya.

Hölscher. **Przypadek twardzieli wyleczony salwarsanem.** (Archiw Fränkla, t. XXV, str. 526). U osobnika młodego, 25 lat liczącego, u którego znaleziono jakieś rozległe zmiany na prawej małżowinie nosowej dolnej, w krtani i w tchawicy z utrudnieniem oddychania, rozpoznaje autor bez podania opisu bliższego, twardziel, zadowalniając się zaprzeczeniem zakażenia kiłowego i wynikiem ujemnym odczynu Wassermanna, usuwa zmiany na małżowinie nosowej operacyjnie, a nadto wstrzykuje na próbę wśródżylnie 0·40 salwarsanu. Skutek co do gojenia się zmian w nosie nadzwyczajny, mniej widoczny w krtani i w tchawicy. Chory usuwa się na razie od obserwacyi, a gdy przedstawił się autorowi po kilku tygodniach, nie znaleziono nigdzie ani śladu z jakichkolwiek zmian poprzednich. (Szkoda, że autor, tak pochopny do rozpoznania twardzieli w swym przypadku, nie zbadał bakteryologicznie czy histologicznie kawałków usuniętych z nosa, przynajmniej o tem nie wspomina, by utwierdzić swe rozpoznanie dostrzeżonych zmian, które wobec nadzwyczajnego skutku salwarsanu możnaby za zmiany kiłowe uważać. Sprawozdawca przypomina sobie inny przypadek, gdzie autor opisuje rozległe zmiany toczniowe w górnych drogach oddechowych, opierające się różnym zabiegom leczniczym, które ustąpiły zupełnie w krótkim czasie mimo ujemnego odczynu Wassermanna, po wstrzyknięciu salwarsanu. Czyżby w tym i poprzednim przypadku nie należało raczej myśleć o pomyłce w rozpoznaniu, mając właśnie potwierdzenie pomyłki w nadzwyczajnym skutku salwarsanu, który przecież prawie bez wyjątku w zmianach późnego okresu działa tak efektownie. I sprawozdawcy znane są z osobistego doświadczenia przypadki, gdzie zmiany, rozpoznane klinicznie jako toczeń lub gruźlica w górnych drogach oddechowych, wyleczyły się przy zastosowaniu leczenia przeciwkiłowego; tem rychlej i efektowniej nastąpić to może przy salwarsanie. Twardziel jednak należy do tych cierpień, gdzie rozpoznanie już z klinicznego badania chyba wyjątkowo natrafi na niepewność, a zresztą w badaniu bakteryologicznem tkanki da się uzyskać dowód niezbity. Lubo Hölscher zachęca do wstrzykiwań salwarsanu w twardzieli, przecież w przypadkach krytycznie stwierdzonych, chyba nie znajdzie towarzyszy równie szczęśliwych i zadowolonych z wyniku. Może przy dodatnim odczynie Wassermanna, mimo pewności kliniczno-bakteryologicznej, usprawiedliwione byłoby wstrzyknięcie salwarsanu, jeżeli się nie wyklucza możliwości istnienia obok siebie zmian dwóch różnych zakażeń; może liczyćby można wtedy na zwiększenie odporności ustroju przez zwalczenie bodaj jednego z zakażeń, a wtedy spodziewaćby się można poprawy, ale nigdy ustąpienia zmian bez śladu. Wiemy zresztą, iż jak dodatni odczyn Wassermanna przemawia bardzo za kiłową przyrodą zmian, tak znów ujemny nie wyklucza kiły.—Przypisek sprawozdawcy).

A. B.

Kubo. **Zwężenie tchawicy i przełyku z powodu ropnia opadowego przy próchnieniu kręgów.** (Archiw Fränkla, t. XXV, str. 506). Przypadek zajmujący dlatego, iż zabiegami wykonanymi z pomocą ezofagoskopu, mianowicie kilkakrotnem nakłuciem i wyciągnięciem ropy, udało się bez większego zabiegu chorego uleczyć, chociaż autor zmuszony był także do wykonania przecięcia tchawicy, głównie, by przez umożliwienie swobodnego oddychania módz dokończyć zabiegów od strony przełyku.

A. B.

Schmiegelow. **Leczenie zwężeń krtani i tchawicy drenem na stałe z przymocowaniem poprzecznokrtaniowem.** (Archiw Frankla, tom XXV, str. 512). Jako materyał do zostawienia na stałe przez dłuższy czas w celu usunięcia zwężenia zaleca autor dren (oddawna już na rurce spiralnej używany przez Pieniążka), jak najgrubszy, a o świetle jak najszerszem, który ma tę zaletę, iż tkankę bliznowatą doprowadza do zaniku, a nie przeszkadza tworzeniu się wyściółki nabłonkowej. Dren musi być odpowiedniej długości, by w obu kierunkach na długość przechodził dokładnie miejsce zwężone, a w każdym razie nie powinien za wysoko wystawać z krtani, by pokarmy przy przełykaniu nie wpadały do drenu, względnie do tchawicy. Założony dren po rozcięciu krtani względnie i tchawicy i usunięciu części zwężających światło krtani czy tchawicy, przymocowuje autor drutem srebrnym, przeprowadzonym na poprzek przez krtań i zostawia najczęściej chorego bez kaniuli, lub też umieszcza kaniulę daleko poniżej okolicy zwężenia. Dren, w ten sposób poprzecznym sposobem krtaniowym przymocowany, pozostaje długi czas, ewentualnie przez kilka miesięcy, a gdy po usunięciu drenu, zwężenie okazuje się jeszcze niedostatecznie rozszerzone, zakładamy dren ponownie, przymocowując go w ten sam sposób, aż do trwałego usunięcia zwężenia. A. B.

Grabower. **Przyczynek kliniczny do czynności mięśnia tarczowo-obrączkowego.** (Archiw Fränkla, tom XXV, str. 479). Zjawisko doświadczalne, iż po przecięciu nerwu zwrotnego struna głosowa z pozycyi pośredniej przechodzi na pewien czas do pozycyi środkowej, przemawiające za przykurczeniem mięśnia tarczowo-obrączkowego (thyreocricoideus), stwierdził autor w dwóch przypadkach klinicznie z okazyi przecięcia nerwu zwrotnego przy wyłuszczeniu wola. Inny przypadek z przyczyny ucisku przez wól, gdzie początkowo istniejące z jednej a potem z drugiej strony zupełne porażenie nerwu zwrotnego przeszło po usunięciu ucisku w trwałe porażenie obustronne rozwieracza, zachęcił autora do zalecenia przecięcia po jednej stronie gałązki ruchowej nerwu krtaniowego górnego. Skutek co do rozszerzenia szpary głośniowej, a przemawiający za przykurczeniem wspomnianego mięśnia, był tak znaczny, iż w przypadku tym usunąć było można kaniulę, gdyż oddech przy zastosowaniu się do mniejszej ilości powietrza był wystarczający i głos nie ucierpiał. Przypadek Grabowera powinien znaleźć naśladowcę, któryby przy obustronnem porażeniu rozwieracza spróbował przecięcia ruchowej gałązki nerwu krtaniowego górnego jednej strony, by chorego uwolnić od noszenia kaniuli, względnie spróbować tej nowej drogi, aby zapobiedz wykonaniu z konieczności przecięcia tchawicy. Wiemy, iż próby uzyskania rozszerzenia szpary głośniowej w przypadku obustronnego porażenia rozwieracza przez wycięcie jednej ze strun głosowych nie wystarczały, by uwolnić chorego od noszenia kaniuli. A. B.

Prof. Nikitin. **Wyrośle adenoidalne, wskazania i sposoby ich usunięcia, powikłania w czasie operacyi.** (Prakt. Wracz 1911. Nr 33—35). Autor operuje zwykle łyżeczką Bekmana, kończąc operacyę kleszczami Steina najczęściej bez żadnego znieczulenia; czasem tylko stosuje znieczulenie miejscowe, a bardzo rzadko (u małych dzieci) odurzenie brom-etylowe. Co się tyczy wskazań do operacyi, to zdaniem N. operacya jest wskazana, skoro tylko stwierdzi się obecność wyrośli, bezwarunkowo konieczna zaś jest, jeżeli się spostrzega u dziecka jakiekolwiek oznaki choroby uszu. Przypadki wyleczenia bez operacyi spostrzega się tylko u starszych dzieci w wieku blizkim pokwitania, kiedy i rozmiary jamy nosowogardłowej zwiększają się. N. wykonał 1900 operacyi i ani razu nie spostrzegał ważnych powikłań; stan gorączkowy trwa zwykle po operacyi 1—2 dni i bywa nie wyższy ponad 38°. Zapalenie ucha środkowego powinno być uważane za następstwo przemywania jamy nosowogardłowej rozczynami wodnymi. N. takiego powikłania nie spostrzegał ani razu, być może dlatego, że nie stosował przemywań. Dość często bywa gorączka z powodu mieszkowego zapalenia migdałków, które widocznie rozwijało się, jako następstwo zakażenia pola operacyjnego; również tem się tłómaczy pooperacyjne skrzywienie szyi. Na 1936 przypadków wyrośli adenoidalnych, operowanych w poliklinice autora, ani razu nie spostrzegano znacznego krwotoku, lekki stan gorączkowy był w 9%, lekkie zapalenie mieszkowe migdałków w 4%, nawroty w 2%.

T. Makowski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie z dnia 22. IX. 1911 r.

1) Wiceprezes kol. Łazarewicz wita kolegów po wakacyach i wyraża nadzieję, że w zimowem półroczu z większą gorliwością podejmą prace Wydziału, tem więcej, że Zjazd lekarski w Krakowie dodał nowej otuchy, nowego bodźca do pracy. Wspomina zmarłych kolegów ś. p. Dr Karczewskiego z Kowanówka i Dr Robowskiego z Czerniejewa, których pamięć uczczono przez powstanie. Podnosi dalej zasługi ś. p. Dr Stella-Sawickiego i przedstawia Pamiętnik Zjazdu lekarzy prowincyonalnych w Łodzi.

2) Kol. Gantkowski zdaje sprawę z ostatniego Zjazdu lekarzy i przyrodników w Krakowie. Mimo niektórych dysonansów, jak np. usunięcia sekcyi dermatologicznej, Zjazd pozostawił wrażenie nader podniosłe. Także Wystawa balneologiczna pokazała nam, jakie bogactwo tkwi w naszej ziemi. Zebranie dziękuje prelegentowi, kol. Święcicki całemu komitetowi miejscowemu za umiejętne przygotowanie wycieczki wielkopolskich kolegów na Zjazd.

3) Po omówieniu pewnej sprawy koleżeńskiej, postanawia zebranie wybrać do Izby lekarskiej tych samych członków. Walne zebranie naznacza się na koniec października, wiadomość zaś, podaną przez kol. Mieczkowskiego, że na zebranie to gotów przybyć Prof. Kryński z Warszawy, Wydział przyjmuje z radością.

Poruczoną przez kol. Jarnatowskiego sprawę zwracania kosztów podróży delegatom Wydziału na Zjazdy i t. p. postanowiono na wniosek kol. Karwowskiego uregulować w ten sposób, że się podwyższy wkładkę członków Wydziału, by mieć odpowiednie fundusze, a nie ściągać kosztów w poszczególnych przypadkach.

3) Kol. Łazarewicz przedstawia **wyciąg z przysadki,** który stosował **przy osłabieniu bólów porodowych** z nadzwyczajnym skutkiem. Lek ten pierwszy u kobiet stosował Hofbauer w Królewcu.

5) Kol. Karwowski ofiaruje w imieniu Tow. higienicznego bibliotece Wydziału 18 tomów czasopism lekarskich, które otrzymał dla Tow. higienicznego od brata zmarłego kolegi ś. p. Konicznego.

6) Kol. Święcicki zapytuje o zapatrywanie kolegów, czy można zalecić jednemu z kolegów osiedlenie się w wodach Alt-Heide na Śląsku. Z dyskusyi wynika, że wody te mają wielką przyszłość, a zdrowe powietrze każe je wyżej stawiać od Kudowy.

Dr Adam Karwowski.

† Dr Wiktor Opolski.

Zmarł jeden z ostatnich lekarzy polskich, którzy byli nietylko świadkami, ale i uczestnikami ostatniego wielkiego narodowego porywu. Wielu pozostawiła ta epoka rozbitków i wykolejonych; ale wielu też zahartowała duchowo, i ci, jakby z niej czerpiąc niegasnący zapał, jakby chcąc innym sposobem przygotować tę przyszłość, której nie zdołali wywalczyć orężnie, przez całe poźniejsze życie przodowali społeczeństwu pracowitością, wytrwałością i gorliwą służbą dla kraju. Takim też był ś. p. Opolski i dlatego otaczała go nietylko aureola bohaterstwa lat młodych, ale cześć i głęboki szacunek, które sobie zdobył wraz z wielką popularnością wśród najszerszych sfer mieszkańców Lwowa.

Przez życie zrazu ciężko przyszło mu się przebijać. Urodzony w Ustrzykach, jako syn nizkiego urzędnika, obarczonego jedenaściorgiem dzieci, musiał ś. p. Opolski od lat już chłopięcych sam zdobywać środki na swe utrzymanie i wykształcenie. Ale żelazna jego wola zdołała pokonać wszelkie przeszkody; lekcyami zarabiał w szkołach na książki i zeszyty, dla rozpoczęcia studyów lekarskich w Wiedniu przymierał z głodu, mieszkał kątem wśród czeladzi rzemieślniczej. Ze środka studyów w tak trudnych warunkach, wyrwało go hasło powstania 1863 r. Zrazu działał jako setnik organizacyi werbowniczej pod naczelnictwem Kurowskiego, potem, na trzecim kursie kliniki chirurgicznej, mianowany przez rząd narodowy lekarzem polowym, pospieszył na pole walki; uczestniczył w 14 potyczkach (pod Igołomią, Panasówką, Batorzem, Chełmem, Malinówką, w Nowych Stawach, Szwajcarach, Momstach i i.) pod dowództwem Tatery (Tańskiego), Ćwieka (Cieszkowskiego), Lelewela (Borelowskiego), który na jego ręku skonał wśród bitwy pod Batorzem. Po upadku powstania kontynuował ś. p. Opolski studya w Krakowie, gdzie przez lat kilka był asystentem przy katedrze botaniki, a w r. 1867 uzyskał dyplom doktorski na Wydziale lekarskim. W r. 1868 został lekarzem pomocniczym w krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie, a już w 4 lata później, odznaczywszy się zdolnościami i wiedzą, otrzymał stanowisko prymaryusza oddziału chorób wewnętrznych. Na stanowisku tem pracował nieznużenie przez lat 37, przez długi czas dzierżąc wśród lekarzy chorób wewnętrznych we Lwowie miejsce naczelne i ciesząc się niezmierną wziętością i zaufaniem chorych. Na oddziale jego wykształcił się pod jego okiem liczny szereg dzielnych specyalistów. W r. 1910 ustąpił ze stanowiska prymaryusza, uroczyście żegnany przez towarzyszy pracy.

Wśród kolegów miał mir powszechny i przez długi szereg lat wybierany był wiceprezesem Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Na szerszem polu pracował w Krajowej Radzie Zdrowia, do której wcześnie powołany, piastował urząd jej członka przez lat 32; w wielu sprawach sanitarnych zasięgał jego zdania Wydział krajowy, powołując go do licznych ankiet i komisyi, wysyłając kilkakrotnie zagranicę dla poczynienia studyów i badań.

Działalność piśmiennicza ś. p. Opolskiego dotyczyła dwu głównie gałęzi: medycyny wewnętrznej i higieny publicznej. W pierwszym z tych zakresów, nie porzucając pióra nawet w ostatnich latach życia, ogłosił m. i.: »Opis przypadku śpiączki długotrwałej« (Przegląd lekarski 1880), »W sprawie leczenia gruźlicy« (Przegląd lekarski 1890), »Studyum o upuście krwi przy zapaleniu płuc« (Tygodnik lek. 1906), »Przypadek ołowicy« (tamże 1907), »Skaza krwotoczna« (tamże 1908), »Myokerosis angiotica haemorrhagica, nowa postać skazy krwotocznej« (tamże 1909); w zakresie higieny publicznej zaś publikował swe referaty, przedstawione Kraj. Radzie Zdrowia, m. i. kilka rozpraw dotyczących usuwania nieczystości (Dwutygodnik med. publ. 1878) i w sprawie budowy schroniska dla 500 umysłowo chorych (Przegląd lekarski 1902).

Zmarł 1 grudnia b. r., żegnany powszechnym żalem, którego wyrazem był olbrzymi kondukt żałobny i serdeczne przemówienia pogrzebowe: p. Bronisława Dulęby od starych towa-

rzyszy broni, Prof. dr Sieradzkiego od Towarzystw lekarskich i prym. Dr Widolda Ziembickiego imieniem szpitala lwowskiego.

Cześć Jego pamięci!

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 6. XII. b. r. posiedzenie, na którem Dr Radwańska przedstawiła preparat operacyjny z kliniki położn., Dr Warzeszkiewicz preparat z kliniki chir., a Prof. Gliński i Prof. Ciechanowski przedstawili okazy anatomopatologiczne. Prof. Cybulski i Dr Surzycki przedstawili rzecz p. t.: »Objawy elektrokardyograficzne przy pericarditis exsudativa«, a Dr Janiszewski przemawiał w sprawie udziału lekarzy w komisyi państwowej dla reformy administracyi. W dyskusyach zabierali głos Dr Blassberg, Prof. Ciechanowski, Prof. Gliński i Dr Jendl-Sausenhofen.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Ludwik Janczarski, rodem z Józówki w Rosyi i Zygmunt Aleksander Schinzel ze Słupca w Król. polskiem.

— Wiadomość o postępach budowy krajowego zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie pod Krakowem, podana w poprzednim numerze, wymaga w kilku szczegółach uzupełnienia i sprostowania. Z 40 budynków zakładowych, rozpoczętych w r. z., połowa jest już pod dachem, nadto wykonano większość robót melioracyjnych, odpływy deszczowe, użytkowe, dreny i kanał przechodowy na przeprowadzenie rur wodociągu, ogrzewania centralnego i przewodów elektrycznych. W roku przyszłym ukończone zostaną roboty murarskie i wykończenie wewnętrzne budynków w tym roku rozpoczętych i staną 4 niezaczęte jeszcze gmachy (kuchnie, pralnie, kaplica i dom zabaw), dalej wykonane zostaną urządzenia mechaniczne, ogrzewanie centralne, wodociągi, wentylacya, kolejki, zbudowany zostanie dojazdowy tor kolejowy i drogi wewnętrzne, oraz założony zostanie ogród.

Podana przez dzienniki wiadomość o rzekomym wydatku 14 milionów koron jest z gruntu błędna; w rzeczywistości z uchwalonych przez Sejm 7 milionów nie wydano jeszcze nawet $2^1/_4$ miliona i gdyby nawet kosztorys został o dziesiątą część przekroczony (co jest nieprawdopodobne), to koszt jednego łóżka wyniesie niewiele więcej, niż w nowym szpitalu zakaźnym we Lwowie, chociaż grunt pod ten szpital ofiarowało miasto bezpłatnie, a pod zakład kobierzyński musiano grunt zakupić i chociaż w Kobierzynie będzie szereg budowli takich, jak folwark, dom zabaw dla chorych i t. p.

— Oddawna nie pojawiło się w naszem piśmiennictwie żadne dziełko oryginalne o pielęgnowaniu chorych. Obecnie, jak dowiadujemy się z dzienników, wyszła nakładem lwowskiej księgarni Gubrynowicza i Schmidta książka Dr Józefa Starzewskiego, dyrektora szpitala lwowskiego p. t.: »Pielęgnowanie chorych« (stron XXIV i 283).

— »Biblioteka słuchaczów medycyny Wszechnicy lwowskiej« liczyła w r. 1910/11 (ósmym swego istnienia) 3 członków założycieli, 15 wspierających i 210 zwyczajnych, miała 1877·44 k. dochodu i 571·48 k. funduszu żelaznego, 1804 dzieł i roczników czasopism lekarskich, z których wypożyczono 371. Urządzono 6 »luźnych odczytów z dziedziny higieny«, które wygłosili profesorowie i docenci Wydziału lekarskiego, oraz repetitorya dla studentów z fizyki, anatomii i fizyologii.

— Księgozbiór po ś. p. Dr Justynie Karlińskim jest za bardzo nizką cenę do nabycia. Wiadomość w Redakcyi »Przeglądu lekarskiego« (Collegium medicum).

Warszawa. Towarzystwo naukowe warszawskie otrzymuje w dalszym ciągu obfite dary, poczęści z przeznaczeniem na Instytut biologiczny. I tak p. Stanisława Kropiwnicka ofiarowała 10,000 rubli, jako dar im. ś. p. Witolda Kropiwnickiego, p. Wł. Kiślański 1000 rb., doc. Dr Janowski 150 rb. na wydawnictwa Wydziału III, Dr Dmochowski mikroskop Zeissa, a Dr Zurakowski mikroskop Hartnacka. Ogółem dary dochodzą już do kwoty ćwierć miliona rubli.

Z różnych stron. Dr E. F. Fronczak, naczelny lekarz m. Buffalo, został po ukończeniu dwuletniego okresu urzędowania, ponownie na lat pięć wybrany na to stanowisko.

— 1272 uczniów szkół średnich w Austryi badał Wolfer pod względem stanu uzębienia i znalazł wprost przerażające stosunki, bo prawie każdy uczeń miał zęby zepsute. Również i inni badacze znaleźli u dzieci szkolnych uzębienie w bardzo złym stanie, np. na Węgrzech 87%, w Niemczech 98%, w Szwajcaryi 94%. Wolfer proponuje, by walczyć z tem złem w szkołach, a prócz tego i w wojsku, pouczając odpowiednio żołnierzy, dając im szczoteczki i proszek do zębów, a co główna, badając uzębienie żołnierzy dwa razy rocznie i zepsute zęby plombując, a nie wyrywając, jak się to często obecnie czyni. Klęsk.

Mianowani: Asystentem przy katedrze patologii w Krakowie p. A. Maciesza.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 13. grudnia 1911 o godzinie 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Dr Parturier z Paryża (jako gość): O zdrojowiskach francuskich i niemieckich. 2) Wybory Zarządu Towarzystwa na rok 1912.

Rok L. Kraków, dnia 16. grudnia 1911. Nr 50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki dermatologicznej Uniw. Jagiell.

Badania nad występowaniem cylindruryi wśród leczenia rtęcią

Podał

Prof. Dr Władysław Reiss.

(Ciąg dalszy).

Przystępując do należytej oceny wniosków, wysnuwanych z podobnego zestawienia całego szeregu przypadków, badanych w kierunku cylindruryi od początku do końca leczenia, należy sobie niewątpliwie zdać sprawę z tego, czy wałeczki nie pojawiają się przynajmniej od czasu do czasu u ludzi zupełnie zdrowych, a powtóre, czy cylindrurya małego stopnia nie bywa wywołana przez samą sprawę chorobową t. j. kiłę w rozmaitych jej okresach, szczególniej wczesnych, i to naturalnie tam, gdzie niema mowy o kiłowem schorzeniu nerek, występującem wśród białkomoczu i całego szeregu objawów sprawom tym towarzyszących?

Co do pierwszej części pytania, dotyczącej tak zwanej cylindruryi fizyologicznej, mógłbym na podstawie badań własnych twierdzić, że jakkolwiek ona istnieje, to jest tak minimalna i rzadka, że w ocenie badań, przeprowadzanych na większym materyale, nie może wchodzić zupełnie w rachubę. Badając osady moczu przed rozpoczęciem leczenia i to u ludzi, którzy poprzednio nigdy rtęcią nie byli leczeni i zresztą zupełnie zdrowych, miałem sposobność przekonać się, że w bardzo tylko nielicznych przypadkach spostrzegać można wałeczki szkliste, i to tak skąpe, że przeszukując całe szeregi preparatów, zaledwie jeden lub dwa wałeczki naliczyć można. W przeważnej liczbie badanych osadów u ludzi zdrowych, szczególnie młodych, nie spostrzegano wałeczków wcale, mimo, że osady były centryfugowane. W pięciu przypadkach na dwadzieścia pięć osadów, pochodzących od ludzi zdrowych, znalazłem bardzo skąpe wałeczki (po 1—2 w preparacie), przyczem wyraźnie zaznaczyć należy, że w trzech z powyższych pięciu przypadków stwierdzono alkoholizm dosyć wysokiego stopnia. Do podobnego zdania dochodzi także Fischel (Ueber Sedimentuntersuchungen eiweissloser Harne bei therapeutischer Quecksilberapplikation 1907) i dlatego wnioski Klienebergera i Gentzena, podług których wałeczkomocz fizyologiczny ludzi niegorączkujących waha się około 50%, wydają mi się niezrozumiałe; nie znajdujemy też potwierdzenia tych liczb nawet w przybliżeniu w całej odnoszącej się tu literaturze.

Co do odpowiedzi na drugie pytanie, to wynika z badań Fischla i Welandera, że cylindrurya we wczesnych okresach kiły wogóle, i to bez względu na okres erupcyi, należy wprost do rzadkości. Z moich doświadczeń w tym kierunku wynika tosamo. Oto kilka liczb ze statystyki Welandera:

Pierwsza serya.

Na 15 chorych w okresie pierwszej wysypki — u 2 chorych bardzo nieliczne wałeczki.

Na 11 chorych z wysypką powrotną — u 1 chorego nieliczne wałeczki.

Na 13 chorych w okresie kilakowym — u 2 chorych wałeczki (u jednego z nich bardzo liczne).

Razem . . 15·4%

Druga serya.

Na 46 chorych w okresie pierwszej wysypki — u 6 chorych wynik dodatni.

Na 36 chorych z wysypką powrotną — u 5 chorych wynik dodatni.

Na 15 chorych w okresie kilakowym — u 6 dość liczne wałeczki.

Razem . . 17·5%

Co do ilości wałeczków, to znaleziono w powyższych przypadkach u 7 chorych po jednym wałeczku, u 4 chorych po 2, u jednego 3, u 4 chorych po kilka, u jednego zaś tylko tu i ówdzie po wałeczku. W ostatnich pięciu przypadkach znaleziono również i ślad białka.

Z późniejszych statystycznych wykazów Welandera wynika, że jednak okres kilakowy usposabia nieco do wałeczkomoczu, chociaż w nieznacznym tylko stopniu. Dane te wysnuwać jednak można tylko z pewnem zastrzeżeniem, t. j. wprowadzając w ocenę wyłącznie przypadki zupełnie nieleczone, rtęć bowiem, stosowana w okresie kilakowym często w dawkach większych, musi z natury rzeczy wpływać na pojawienie się wałeczków w kile późnej. To samo zastrzeżenie możnaby zrobić również i co do wieku chorych; zważywszy bowiem, że kiła późna występuje z reguły w wieku późniejszym, nie będziemy się dziwić zbytnio częstszemu pojawianiu się wałeczków w tym okresie, o ile z badań naszych wynika, że wiek późniejszy wogóle do cylindruryi usposabia i że takie leczenie rtęciowe wywołuje cylindruryę o wiele łatwiej u starszych, aniżeli u młodszych.

Ze względu więc na powyższe uwagi, możnaby zatem i owo wrzekome częstsze pojawianie się wałeczków w okresie kilakowym pomimo wyżej wymienionych liczb statystycznych odnieść jednak jeszcze przynajmniej w pewnej mierze do granic fizyologicznych.

W ocenie krytycznej badań naszych w kierunku działania rtęci na nerki nie mogą powyższe względy, dotyczące cylindruryi fizyologicznej, jak również i cylindruryi zależnej od kiły jako od choroby konstytucyonalnej, poważnie wchodzić w rachubę, i to nietylko z powodu minimalnej ich wartości w kierunku statystycznym. Względy te nie mogą w badaniach naszych zaważyć na szali głównie dlatego, że badania te miały na celu przedewszystkiem stwierdzenie, czy rtęć w pewnych dawkach wywołuje cylindruryę wogóle i czy ta cylindrurya wzmaga się równolegle z powiększeniem dawki tego przetworu w rozmaitych metodach jej stosowania. Przypadki, w których spostrzegano wałeczki choćby w skąpej ilości (naturalnie bez białkomoczu), służyły właśnie do stwierdzenia faktu, czy ilość tych elementów morfologicznych ulegać będzie powiększeniu pod wpływem rtęci i w jakim stopniu, przyczem spostrzeżono, że w każdym niemal przypadku ilość wałeczków zwiększała się następowo, co zniewalało bezwarunkowo do przypuszczenia, że o cylindruryi na tle kiłowem w właściwem tego słowa znaczeniu mowy być nie mogło. Przypadki, w których przed rozpoczęciem leczenia stwierdzono choćby minimalną ilość białka, wyłączono z zakresu powyższych zestawień, jak już wyżej wspomniałem w zupełności, o ile w tych przypadkach z jednej strony leczenie rtęcią musiało być przeprowadzane z wszelką ostrożnością, z drugiej zaś strony ścisła kontrola cylindruryi w tych warunkach stawała się utrudnioną lub niemożliwą.

Obserwacye przeprowadzano z uwzględnieniem podziału na cztery grupy:

1) Leczenie wcieraniami. 2) Leczenie wstrzykiwaniami przetworów nierozpuszczalnych (w naszych przypadkach wyłącznie Hydrarg. salicyl. 3) Leczenie wstrzykiwaniami przetworów rozpuszczalnych (w naszych przypadkach wyłącznie Hydrarg. succinimid.). 4) Leczenie wewnętrznem podawaniem przetworów rtęciowych (w naszych przypadkach Hydrarg. sozojodol., częściowo tylko Hydrarg. tannic. oxydul.). W kilku tylko przypadkach badano także mocz u chorych, leczonych drogą wziewań przez wprowadzanie maści rtęciowych do nosa sposobem Thalmanna; przypadków tych nie wprowadzam tu jednak jako osobnej grupy, ponieważ liczba tych obserwacyi była bezwarunkowo za mała, aby mogła posłużyć do wyprowadzenia pewnych wniosków. Bardzo często, szczególnie u dzieci, używano leczenia plastrem rtęciowym, okładając nim naprzemian coraz to inne obszary powłok zewnętrznych; badanie moczu wykazywało wyniki zupełnie niemal analogiczne do wyników przy metodzie wcierań i dlatego przypadki te włączono w całości do pierwszej grupy.

W pierwszej grupie badano osiemdziesięciu chorych, leczonych zapomocą wcierań (od 3 do 4 gramów unguent. hydrargyri resorbin. pro die); wśród nich 35 mężczyzn, 15 kobiet i 10 dzieci, u których stosowano leczenie plastrowe lub też maść rtęciową, przeważnie w dawkach od 1—2 gramów dziennie. U sześćdziesięciu chorych badano osad najregularniej co pięć lub sześć dni, t. j. zawsze po ukończeniu pięciu wcierań, tak że kontrola działania rtęci była w tych przypadkach jak najściślejsza, u reszty zaś, t. j. u dwudziestu (17 mężczyzn i 3 kobiet) badania odbywały się rzadziej i nie tak regularnie, t. j. więcej dorywczo, w każdym jednak razie kilkakrotnie w ciągu leczenia.

Z całej liczby osiemdziesięciu chorych miałem sposobność zaledwie u połowy badać mocz w krótszym lub dłuższym okresie czasu po ukończeniu leczenia rtęcią. Tłomaczy się to tem, że przeważna liczba wyleczonych chorych domaga się natychmiastowego uwolnienia celem powrotu do domu. Z tego też powodu najczęstsza sposobność badania wielu chorych w dłuższy czas po ukończeniu leczenia nadarzała się z okazyi powrotu tychże do kliniki z powodu ogólnego lub miejscowego nawrotu choroby po upływie kilku tygodni lub miesięcy.

Obserwacye nasze w tym kierunku bardzo pouczające obejmowały badania w następujących okresach czasu:

26 chorych w okresie 2—4 miesięcy po ukończeniu leczenia
15 » » 4—6 tygodni » » »

W całym szeregu przypadków miano naturalnie sposobność badać mocz w okresie 2—3 tygodniowym po ukończeniu leczenia, czego nie wprowadzano prawie w rachubę, ponieważ okres ten wobec obfitego jeszcze wydzielania się niedawno wprowadzonej rtęci nie odgrywał tak znacznej roli. W dwunastu przypadkach badano mocz po upływie $1—1^1/_2$ roku.

Z ściśle prowadzonych protokołów wynika, że w przypadkach leczonych wcieraniami zauważyć można było wałeczki w moczu prawie zawsze po zastosowaniu 8—12 wcierań (średnio po 3·0 pro die). Zaledwie kilka razy tylko zauważono wałeczki przed zastosowaniem 8 wcierań, w wielu razach pojawiać się one zaczęły po 12, niekiedy dopiero po 15 wcieraniach i później. Ażeby w grubszych zarysach unaocznić wzmaganie się ilości tych elementów w osadzie w widocznej zależności od ilości podawanej rtęci, przytaczam pierwszy lepszy przypadek, z protokołów tej grupy wyjęty:

Nr 12. Chory L. S., l. 27. Lues mac. pap. rec., condyl. fauc. Mocz przed rozpoczęciem leczenia nie wykazuje zmian żadnych. Leczenie rozpoczęto 30. X. 1906. Wcieranie po 3 gr. dziennie.

6. XI. 5 wcierań skończonych. Białka ani śladu. W osadzie (3 preparaty) śluz, liczne leukocyty, trochę nabłonków, wałeczków brak zupełny.

13. XI. 10 wcierań. Białka ani śladu. W osadzie (3 preparaty) bardzo liczne leukocyty, wiele śluzu, skąpe nabłonki, skąpe wałeczki szkliste (1—2 w polu widzenia).

20. XI. 15 wcierań. Białka brak. W osadzie bardzo liczne nabłonki i bardzo liczne leukocyty. Wałeczki w ilości wzmożonej, t. j. 8—10 w preparacie, przeważnie szkliste, tu i owdzie nabłonkowe (te ostatnie w stosunku 1:3).

25. XI. Stan tensam.

28. XI. 20 wcierań. Objawy chorobowe w zupełności ustąpiły. Nieliczne plamy barwikowe po guzkach głębszych. Gingivitis mercurialis nieznacznego stopnia. Białka ani próbą z kwasem azotowym, ani z kwasem octowym i żelazosinkiem potasu wykazać nie można; próba Spieglera daje niewyraźny obłoczek. W osadzie wałeczki liczne, w tej samej jednak ilości, jak poprzednio po 15 i 17 wcieraniach, z tą tylko różnicą, że liczba wałeczków nabłonkowych jest nieco większa (stosunek 1:2), prócz tego 2 wałeczki ziarniste w jednym z preparatów. Leukocyty i nabłonki w sporej ilości

jak poprzednio. Liczne kryształy fosforanu magnowo-amonowego.

6. XII. 25 wcierań. Stan tensam, z tą różnicą, że próba z kwasem octowym i żelazosinkiem potasu wykazuje nieznaczny obłoczek (próba Hellera ujemna). Leczenie zakończono wobec zupełnego ustąpienia zmian chorobowych, poczem chory 7. XII. opuścił klinikę z poleceniem zażywania jodu (sol. kalii jodat. 10:300 po 2 łyżki dziennie) przez cztery tygodnie.

10. I. 1907. Chory zgłosił się ponownie ze zmianą na migdałkach, którą uważał za kiłową. Rozpoznano tonsllitis follicul., ale zatrzymano chorego na kilka dni w klinice w celu zbadania moczu.

15. I. Białka ani śladu. W osadzie bardzo skąpe wałeczki szkliste (po 1—2 w preparacie), wałeczków nabłonkowych i ziarnistych brak zupełny. Bardzo dużo śluzu, trochę nabłonków.

W przypadku tym, wyjętym z licznego szeregu zapisków protokolarnych, unaocznia się bardzo dokładnie wpływ rtęci, podanej drogą wcierań, na nerki, i to wśród leczenia zupełnie nie forsownego u człowieka młodego, nie przedstawiającego obok średnio lekkiej postaci kiły wczesnej, zresztą żadnych zboczeń i nieprawidłowości w ustroju. Widzimy, jak to słusznie zresztą Welander zaznacza, że i tu wyraźnej zresztą cylindruryi nie odpowiada wcale obecność białka (ślad po odczynie Spieglera, który jak wiadomo bywa dodatni przy obecności nukleoalbuminów, nie może wchodzić w rachubę), że mamy tu rzeczywiście do czynienia z wałeczkomoczem po zadziałaniu rtęci u osobnika, którego mocz przed rozpoczęciem leczenia zupełnie wałeczków nie zawierał. Widzimy dalej, że ilość wałeczków wzmaga się w miarę zwiększania ilości wprowadzanej rtęci, i to niemal zupełnie równolegle, że mamy tu zatem objaw niewątpliwie rtęciczy. W przypadku tym znajdujemy również wyraźne dane, wskazujące na to, że objaw ten ustępuje, a przynajmniej traci na sile w krótkim stosunkowo czasie po zakończeniu leczenia. W całym szeregu przypadków nie znajdowałem już wałeczków po upływie 6—8 tygodni wcale, a w nielicznych tylko przypadkach skąpą ich ilość jeszcze po upływie 2—3 miesięcy.

Biorąc na uwagę metody wcierań i nasze wyniki badania, musimy przyjąć za pewnik, że już nieznacznie małe ilości rtęci wydzielanej drogą nerek wystarczą do wywołania owego stanu podrażnienia, zaznaczającego się obecnością wałeczków w moczu. Aby sobie zdać sprawę z tych ilości metalu, opuszczającego prawidłowo ustrój drogą nerek, musimy zwrócić uwagę na badanie Winternitza, który podaje następujące liczby, normujące »caeteris paribus« wydzielanie się rtęci, stosowanej drogą wcierań przy powłokach zewnętrznych zupełnie prawidłowych w dawkach po 4 gramy maści rtęciowej dziennie:

1) Po 6 wcieraniach:	0·0001	Hg.	w	litrze	moczu
2) Po 12 »	: 0·00055	»	»	»	»
3) Po 18 »	: 0·00049	»	»	»	»
4) Po 21 »	: 0·001	»	»	»	»

Winternitz zaznacza przytem, opierając się na bardzo ścisłych badaniach, że wydzielanie się rtęci drogą nerek rozpoczyna się prawie zawsze już w pierwszym dniu leczenia. Welander, a po nim i Fischel, zaznaczają też, że już po trzeciem wcieraniu zauważyli niejednokrotnie u badanych przez nich chorych wałeczki; badania nasze nie stwierdziły tego ani w jednym przypadku. Jedynie dwa razy zauważono skąpą ilość wałeczków i to po 5 wcieraniu, lecz oba razy u ludzi starszych (po 45 roku życia) i oba razy w cięższych postaciach kiły.

Z całej liczby osiemdziesięciu chorych, leczonych wcieraniami, zaledwie w 15% nie udało się ani razu w ciągu całego leczenia zauważyć żadnego wałeczka, pomimo że leczenie doprowadzono w tych przypadkach do 20, a nawet do 25 wcierań; — we wszystkich tych przypadkach chodziło o ludzi młodych poniżej lat 30, po raz pierwszy leczonych (szczegół bardzo ważny, do którego później wrócimy) i nie nadużywających alkoholu. W reszcie przypadków spostrzegano wałeczki stale i to w 50% wyłącznie szkliste, w 20% przeważnie szkliste z domieszką ziarnistych i nabłonkowych, w pozostałych przypadkach przeważały wałeczki nabłonkowe i ziarniste, spostrzegane już po kilkunastu wcieraniach, zupełnie zresztą dobrze znoszonych. Ostatnia kategorya dotyczyła jednak osób przeważnie wyżej lat czterdziestu. Zauważyć wogóle należy, że zazwyczaj w początkach leczenia pojawiają się prawie zawsze wałeczki szkliste, później ich liczba powiększa się tylko, atoli bez zmiany cech morfologicznych, a dopiero znacznie później, t. j. dopiero w dalszym okresie leczenia (zwykle po 20—25 wcieraniach) spostrzegać się dają wałeczki nabłonkowe rozmaitej wielkości, jako też ziarniste. Wałeczków krwinkowych nie spostrzegałem po wcieraniach ani razu — znajdowali je natomiast inni autorowie kilkakrotnie.

Co się tyczy białka, to jego wydzielanie w czasie leczenia wcieraniami należy do objawów wprost bardzo rzadkich, jeżeli chodzi o osoby, których nerki przed rozpoczęciem leczenia były zupełnie zdrowe. W naszych przypadkach spostrzeżono białkomocz wogóle kilka razy, wogóle w 5% przypadków. W dwu przypadkach wydzielać się zaczęło białko po skończonych 20 wcieraniach (próba z kwasem azotowym wyraźna), w jednym już po 10 wcieraniach (próba z kwasem azotowym mniej wyraźna, próba z kwasem octowym i żelazosinkiem potasu daje wyraźne zupełnie zmętnienie). We wszystkich tych przypadkach stosowano po krótkiej przerwie leczenie mimo śladów białka ostrożnie dalej. Zaraz po ukończeniu leczenia ustąpił białkomocz w zupełności z wyjątkiem jednego przypadku, w którym ślad białka utrzymywał się przez kilka tygodni (syphilis gummotuberculosa) po leczeniu.

Zaznaczyć należy jako rzecz znamienną, że nie stwierdzano nigdy białka w moczu, w którymby osad nie wykazywał wałeczków i to w znacznej ilości, z przewagą tworów nabłonkowych. Prawie nigdy nie towarzyszyło białko wałeczkom wyłącznie szklistym, jako znamiennym dla podrażnienia nerek najlżejszego stopnia. Zauważył to już Welander, a badania nasze fakt ten w całości stwierdzają; tak że wogóle na zasadzie całego szeregu naszych badań możemy wypowiedzieć zdanie, że białkomocz nawet bardzo nieznaczny wywołany przez rtęć, nie istnieje bez wałeczkomoczu i to znaczniejszego stopnia (z udziałem wałeczków nabłonkowych) i że na odwrót bardzo znaczną ilość wałeczków, stale utrzymującą się przez czas dłuższy, a na-

wet bardzo długi, znajdujemy z reguły w moczu zupełnie wolnym od białka, szczególnie jeżeli na ów wałeczkomocz składają się przeważnie wałeczki szkliste. Prócz tego z całym naciskiem należy podkreślić fakt, że jeżeli wreszcie białkomocz w tych warunkach się pojawia, to wówczas bardzo znacznej ilości wałeczków odpowiada najczęściej minimalna tylko, bo najczulszemi zaledwie próbami dająca się stwierdzić ilość białka.

Fakta powyżej przytoczone, stwierdzone ściśle naszemi badaniami, zgadzają się niewątpliwie w zasadniczych punktach z wynikami doświadczeń Welandera, którego prace w tym kierunku były bardzo dokładne i wyczerpujące, a opierały się na znacznym materyale leczonych rtęcią chorych.

W jednym jednak punkcie wyniki naszych badań nie zgadzają się w zupełności z tezą, przyjętą przez tego wybitnego autora. Welander miał sposobność stwierdzić na podstawie całego szeregu przypadków, że cylindrurya ustaje zawsze i to na dłuższy czas przed ustaniem ostatnich śladów eliminacyi rtęci drogą nerek, czyli innemi słowami, że okres wydzielania się rtęci moczem trwa zawsze jeszcze czas dłuższy, nie pobudzając już w końcu nerek do wydzielania wałeczków. Zdaniem Welandera zatem mogą pewne minimalne ilości rtęci przechodzić przez nerki zupełnie, że tak powiem, bezkarnie, t. j. nie wywołując w nich żadnych zgoła śladów podrażnienia, choćby w postaci bardzo nielicznych wałeczków. Spostrzeżenia te zawierałyby pewną analogię z brakiem cylindruryi w zupełnie początkowych okresach leczenia rtęcią. Jak już wspomnieliśmy wyżej, spostrzegano pojawienie się pierwszych wałeczków w moczu na podstawie naszych doświadczeń dopiero po 10—12 wcieraniach (Welander i Fischel nieco wcześniej), mimo, że jak wiadomo (Winternitz i inni), rtęć już w ciągu pierwszych 24 godzin zaczyna drogą nerek ustrój opuszczać. W pierwszych dniach zatem wydzielająca się tą drogą rtęć widocznie jednak nie zdoła doprowadzić odrazu do silniejszego podrażnienia nerek z objawami wałeczkomoczu, — lecz zrazu może je tylko do pewnego stopnia przygotowuje; dopiero, kiedy już większe ilości rtęci zaczną opuszczać ustrój, pierwsze wałeczki zaczynają się pojawiać.

Otóż analogia ta, pozostająca na pierwszy rzut oka w zupełnej zgodzie z wynikami badań Welandera i usprawiedliwiająca poniekąd wyniki badań tego autora, jest jednak tylko pozorną. Musimy się bowiem liczyć z faktem, że kiedy owe pierwsze dawki rtęci zaczynają przechodzić przez nerki, zastają te gruczoły najzupełniej zdrowe i co do swej czynności fizyologicznej nienaruszone, tak, że w pierwszym okresie eliminacyi mogą one zrazu na pierwsze dawki rtęci nie odpowiadać jeszcze wałeczkomoczem; po ukończeniu zaś leczenia, kiedy zatem znaczniejsze już ilości rtęci opuściły ustrój drogą nerek, rzecz się ma jednak zupełnie odmiennie. Teraz musimy się już liczyć z niewątpliwym stanem podrażnienia w tych gruczołach i to często znaczniejszego stopnia, tak, że w warunkach tych bardzo już nawet nieznaczne dawki metalu, wydzielające się w ostatnim okresie eliminacyi, przechodzą przez narząd o naruszonej już równowadze, wywołać więc mogą o wiele łatwiej jakiekolwiek zaburzenia, aniżeli w okresie początkowym.

To też niezupełnie zrozumiałe wydawały mi się wyniki badań Welandera, wedle których eliminacya rtęci zawsze przetrwać miała wydzielanie się wałeczków i to zawsze o dosyć znaczny okres czasu.

Z badań moich w tym kierunku wynika jednak, że tak nie jest. W szeregu moich badań, w małej niestety tylko liczbie przypadków, zwróciłem uwagę w tym właśnie kierunku; pewna liczba jednak spostrzeżeń naszych w tej sprawie poucza zupełnie pewnie i bez żadnych zastrzeżeń, że w moczu, nie zawierającym już śladów rtęci, spostrzegano jeszcze wałeczki w dłuższy czas po ukończeniu leczenia rtęciowego. Dotyczyło to przeważnie chorych leczonych zapomocą wstrzykiwań środków rozpuszczalnych (3 przypadki po sublimacie, 4 po bursztynianie rtęciowym, 2 przypadki po wcieraniach), a zatem o warunkach względnie bardzo szybkiej, jak wiadomo, eliminacyi leku z ustroju. Przypadki te odnoszą się do rozmaitych okresów moich badań. (Liczby protok. Nr 22 i 34 z roku 1904, Nr 71 z roku 1905, Nr 102 i 121 z roku 1906, Nr 157 i 171 z roku 1907, Nr 201 z roku 1908, Nr 218 z roku 1909), a jeden z nich, jako najbardziej pouczający, zasługuje na przytoczenie:

Chora M. S., zamężna, l. 32, dobrze odżywiona i w narządach wewnętrznych żadnych zmian nie przedstawiająca, przyjęta do kliniki z rozpoznaniem: Syphilis papulosa orbicularis frontis et femoris, iritis syph., syphilis condyl. faucium ingens, defluvium capillorum. Chora, poprzednio zupełnie nie leczona, roniła 2 razy; ostatnie dziecko podobno zupełnie zdrowe, urodzone przed rokiem. Leczenie wcieraniami po 4 gramy dziennie rozpoczęto 5 lutego; z powodu zapalenia tęczówki uczęszczała chora równocześnie do kliniki okulistycznej. Mocz, badany przed leczeniem, nie okazywał zmian żadnych. Po dziesięciu wcieraniach nieliczne wałeczki szkliste ze znaczną domieszką ziarnistych i nabłonkowych, bez śladu białka w moczu. Leczenie przeprowadzano dalej z powodu zapalenia tęczówki i resztek nacieków guzkowych w skórze aż do 35 wcierań z krótką przerwą po 25. Po 30 wcieraniach wyraźny ślad białka, kwasem azotowym wykazalny, przy bardzo znacznej ilości wałeczków. Chora pozostała w klinice jeszcze przez blizko trzy tygodnie z powodu wyprysku na goleni. Mocz badany przed opuszczeniem kliniki przez chorą zawierał zaledwie dostrzegalny śladzik białka, wałeczki zaś w bardzo miernej ilości, prawie wyłącznie szkliste. W niespełna trzy miesiące zgłosiła się chora powtórnie do kliniki z powodu ponownych bolów w oku i ze zmianą na dziąsłach, którą lekarz miejscowy uznał za rtęciczą. Rozpulchnienia dziąseł nie zauważono zupełnie, jak również żadnych nalotów. Zmiana na dziąśle była dosyć ściśle ograniczona, miała charakter nadżerki i po potarciu lekko broczyła. Mocz odesłano do zakładu chemii celem dokładnego zbadania w kierunku zawartości rtęci. Badanie wypadło najzupełniej ujemnie: białka ani śladu, w osadzie zaś spora jeszcze ilość wałeczków szklistych i bardzo nieliczne wałeczki ziarniste, nabłonkowych natomiast brak zupełny. Bolów oka po porozumieniu się z kliniką okulistyczną nie leczono już ponownie rtęcią, lecz podawano chorej jod jeszcze przez dwa tygodnie, poczem chora klinikę opuściła. Ostatnie badanie wykazało zaledwie kilka wałeczków szklistych na trzy dokładnie przejrzane preparaty.

Przypadek ten nie jest bynajmniej odosobniony i świadczy wymownie, że wałeczkomocz, szczególnie po

nieco forsowniejszem leczeniu, nie ustępuje bynajmniej przed wydzieleniem się ostatnich śladów rtęci z ustroju, lecz może przetrwać ostatnią fazę eliminacyi leku, co zresztą i w poglądach teoretycznych na tę sprawę znajduje zupełne usprawiedliwienie.

Ażeby ustalić pewną normę w ocenianiu ilości wałeczków w osadach i uzyskać możność porównywania poszczególnych wyników badania pomiędzy sobą, przyjąłem, idąc za wskazówką Fischla, pewną średnią, przydatną do oceny porównawczej ilości wałeczków, znajdowanych w porównywanych ze sobą preparatach, zdając sobie jednak dobrze sprawę z tego, że sposób ten oceniania sprawy zawierać musi błędy i wyraża poszczególne liczby tylko w przybliżeniu. Ocena opierała się na następującej normie:

3—5 wałeczków w preparacie = wałeczki skąpe.
5—10 » » » = wyraźnie wzmożone.
1—5 w poszczególnych polach widzenia = obfite.
5—10 » » » = bardzo obfite.

W granicach powyższej normy oceniałem stale wszystkie badane preparaty, starając się w jej granicach uwzględniać także tak zwaną cylindrurye fizyologiczną, o ile ją przed rozpoczęciem leczenia stwierdzono. Badając osady, zawierające bardzo znaczną ilość śluzu (osad galaretowaty), dodawałem zawsze, idąc za radą Fischla, nieco rozczynu fizyologicznego soli kuchennej (1 kropla na szkiełko podstawowe) i przekonałem się, że sposób ten rozcieńczania badanego osadu pozwala często dojrzeć w polu widzenia liczne wałeczki, pokryte w innych preparatach zbyt gęstą warstwą śluzu.

Wałeczki, znajdowane w pierwszych okresach leczenia przedstawiają się jako twory budowy jednostajnej o końcach zaokrąglonych, o połysku matowym, rozmaitej wielkości. Są często pokrzywione i pogięte i nie stanowią owych typowych, ściśle walcowatych odlewów szklistych, spotykanych w przebiegu miąższowego zapalenia nerek; przedstawiają się raczej jako twory o budowie nieregularnej i często pasmowej lub prążkowanej. Są to twory, najwięcej zbliżone do opisanych przez Töröka nerkowych cylindroidów. W późniejszych okresach leczenia zdarza się już spotykać wałeczki o budowie znacznie regularniejszej, twory coraz to więcej zbliżone do znanych wałeczków szklistych, względnie niczem się od nich nie różniące. Równocześnie z nimi występują w późniejszych okresach w polu widzenia również wałeczki o budowie ziarnistej i to przeważnie drobnoziarnistej, często z coraz to liczniejszemi komórkami nabłonkowemi na powierzchni, a wreszcie wałeczki złożone już przeważnie z nabłonków i to o budowie coraz to regularniejszej. W okresie tym czasami pojawia się już i ślad białka, chociaż w przypadkach naszych nie tak często, jak to spostrzegał Welander.

Do barwienia badanych wałeczków nadawał się najwięcej barwik Unny (polychromes Methylenblau); wałeczki barwią się nim zwykle bladoróżowo z odcieniem fioletowym, zależnie jednak od grubości tworów w różnej wysokości odcień barwy przedstawia się rozmaicie. Barwienie barwikiem Pappenheima (zieleń metylowa z pyroniną), używane przez Senatora, dawało bardzo piękne obrazy, ale tylko tam, gdzie przeważały wałeczki ziarniste, wałeczki szkliste pozostawały najczęściej niezabarwione; hematoksylina barwi je jasnofioletowo.

Wydzielanie się wałeczków ziarnistych i nabłonkowych pojawiało się, jak już wspomniano, prawie wyłącznie w późniejszych dopiero okresach leczenia, szczególnie przy stosowaniu wcierań. W trzech zaledwie przypadkach (protok. Nr 41, 57, 71) znaleziono po 7, względnie po 10 wtarciach 2—3 wałeczków złożonych z leukocytów i z nabłonków; we wszystkich tych przypadkach pojawiło się także białko w śladach w późniejszym okresie leczenia. Zgodnie z Welanderem musimy stwierdzić fakt, że zawsze, kiedy spostrzegać się dają wałeczki rozmaitego rodzaju równocześnie (t. j. szkliste, ziarniste i nabłonkowe) ustępują zawsze po zaprzestaniu podawania rtęci najpierw i przedewszystkiem wałeczki nabłonkowe i leukocytowe, a dopiero po dłuższym okresie, w którym stwierdzamy wyłączną obecność wałeczków szklistych, ustępują z pola widzenia wreszcie te ostatnie.

W systematycznem badaniu osadów posługiwałem się przeważnie małemi powiększeniami (Ocul. III—V, Object. 3 Reicherta), często musiałem jednak używać dużych powiększeń, i to mianowicie tam, gdzie chodziło o dokładniejsze zbadanie budowy tworów, co do pochodzenia których mogły zachodzić pewne wątpliwości. Chodziło w tych razach bardzo często o okruchy wałeczków lub ich ułamki, albo też o twory, bardzo do typowych wałeczków zbliżone, lecz od nich znacznie mniejsze, — owe niedokształcone odlewy kanalików moczowych o zatartej budowie, pozwalające rozpoznać zaledwie gdzieniegdzie kilka leukocytów lub też nabłonków na powierzchni — twory, którym Török nadał tak niewiele znaczącą nazwę, jak »renale Cylindroide«. Odnalezienie tych tworów, tak częstych w pierwszych okresach leczenia rtęciowego, nie jest bynajmniej zawsze tak łatwe, szczególnie jeżeli badany osad jest gęsty i zawiera sporo śluzu lub ropy, jak to zresztą bywa przy równoczesnej sprawie zapalnej błon śluzowych. Niektórzy autorowie podnosili pewne wątpliwości co do pochodzenia owych tworów cylindroidalnych; Lüthje przekonał się o pochodzeniu ich z górnych dróg moczowych, a zatem niewątpliwie z nerek, otrzymywał je bowiem z moczu, zebranego drogą cewnikowania moczowodów. Co się tyczy wydzielania się tych wałeczków pod wpływem działania rtęci, to liczne badania w powyższym kierunku usunęły już wszelkie wątpliwości; Welander wykazał je nawet w moczu posługaczów, zajętych stale w salach chorych, w których przeprowadzano leczenie zapomocą wcierań. Przy pewnej wprawie można te cylindroidy zawsze z łatwością rozpoznać i odróżnić od zupełnie już wybitnie się od nich wyróżniających wałeczków okresu późniejszego, szczególniej w ostatnich fazach leczenia.

Już wyżej wspomniałem, że produkcya wałeczków pozostaje niewątpliwie w pewnej zależności od wieku chorego, przy równych zresztą warunkach w kierunku metody leczenia i dawek podawanej rtęci.

Nasza statystyka, obejmująca chorych leczonych wcieraniami, wykazuje:

Na 35 mężczyzn liczyło 18 chorych lat od 35—45
» » » » 6 » » » 28—40
» » » » 2 » » » 50—24

Na 35 mężczyzn liczyło 7 chorych lat od 20—30
» » » » 2 » » » 18—20
Na 15 kobiet liczyło 8 » » » 26—35
» » » » 5 » » » 17—20
3 kobiety z wynikiem ujemnym liczyły od 16—21

Ze statystyki Welandera (tablica VI) wynika, że cylindrurya po użyciu rtęci wzmaga się najoczywiściej z wiekiem, tak, że poniżej lat 40 wynosi tylko 27%, powyżej jednak 40 dochodzi już do 70%. Statystyka nasza różni się od Welanderowskiej chociażby w tem, że wykazuje o wiele wyższy odsetek poniżej lat 40, dotyczy jednak chorych leczonych w tej grupie właśnie wcieraniami. Statystyka Welandera, ani Fischla nie obejmuje zupełnie dzieci; starałem się je uwzględnić w moich zestawieniach, jakkolwiek systematyczne badania moczu napotykały stale na trudności.

Na 10 dzieci liczyło 5 od 7—12 lat
» » » » 3 » 6—10 »
» » » » 2 » 4— 6 »

W pierwszej grupie wykazano wałeczkomocz bardzo nieznacznego stopnia u 2 dzieci (u jednego po 15, u drugiego po 22 wcieraniach po 2 gramy dziennie); w drugiej grupie wykazałem u dziecka 7-letniego raz jeden wałeczki już po 10 wcieraniach dwugramowych; w trzeciej zaś grupie ani razu, mimo, że leczenie przeciągało się dosyć długo. We wszystkich tych przypadkach pojawienie się wałeczków było objawem bardzo szybko przemijającym, bo następne badania już ich wykazać nie zdołały. W żadnym przypadku nie wykazano ani śladu białka.

Mimo usilnych starań nie udało mi się przeprowadzić analogicznych badań u osesków mimo dosyć znacznego materyału, ponieważ zebranie znaczniejszych ilości moczu napotykało na zrozumiałe trudności.

Co do czasu, po upływie którego zaczynały się pojawiać u naszych chorych, leczonych wcieraniami, wałeczki wogóle, t. j. bez względu na ich morfologię, przytaczam jedną z tablic, wyjętych z moich zapisków:

	Wałeczki skąpe	Wałeczki wyraźnie wzmożone	Wałeczki obfite	Wałeczki bardzo obfite
Po 5 wcieraniach	2 Mężczyzn 3 Kobiety			
Po 10 wcieraniach	2 Mężczyzn 1 Kobieta	22 Mężczyzn 10 Kobiet 1 Dziecko	15 Mężczyzn 2 Kobiety	2 Kobiety
Po 20 wcieraniach		4 Mężczyzn 2 Kobiety	25 Mężczyzn 8 Kobiet 1 Dziecko	6 Mężcz. 3 Kobiety
Po 30 wcieraniach			30 Mężczyzn 10 Kobiet	7 Mężcz. 5 Kobiet

Widzimy z powyższego zestawienia, że po pierwszych dawkach rtęci, t. j. po pięciu pierwszych wcieraniach, zaledwie u kilku chorych pojawiły się wałeczki wogóle i to przeważnie w nader skąpej ilości (u 2 mężczyzn i 3 kobiet). Po dziesięciu wcieraniach znaleziono u przeważnej liczby chorych wałeczki w moczu, u niektórych nawet bardzo obfite, w większości jednak przypadków w dosyć znacznej ilości. Po dwudziestu wcieraniach i wyżej zauważyć się daje bezwzględne zwiększanie się ilości wałeczków u wszystkich niemal chorych.

Na uwagę zasługuje bezwarunkowo fakt, że obfite lub mniej obfite wydzielanie się wałeczków nie pozostawało zgoła w żadnym stosunku do innych jakichkolwiek codziennie się przydarzających objawów zatrucia rtęcią, np. zajęcia błon śluzowych jamy ustnej. Zapisuję ten szczegół wbrew wywodom niektórych autorów, dopatrujących się koniecznie pewnej kompensacyi, względnie alternacyi objawów rtęciczych ze strony nerek, przewodu pokarmowego i. t. d.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że wydzielanie się wałeczków w ciągu leczenia rtęciowego zależy, oprócz od wysokości dawek rtęci i do pewnego stopnia metody jej stosowania, także, i to w znacznej mierze, od indywidualnych danych ustroju. W tym punkcie zgodzić się należy w zupełności na zdanie Fischla, i podobnie, jak ten autor, możemy na poparcie tego zdania liczne przytoczyć przykłady. I tak stwierdzono u kobiety młodej, silnie niedokrwistej, ze świeżą wysypką plamistą, bez zgoła żadnych powikłań (Nr protok. 49) obfitą cylindruryę po 10 wcieraniach, natomiast w przypadkach zupełnie analogicznych u kobiet zupełnie zdrowych, jednak w przebiegu nawet nieco cięższych postaci kiły, zauważono dopiero po 15 wcieraniach skąpe zaledwie wałeczki. To samo da się powiedzieć o ustaniu cylindruryi po ukończeniu leczenia. Gdy prawidłowa cylindrurya, często nawet bardzo obfita, ustępuje zupełnie w okresie 3—6 tygodni po ukończeniu leczenia, u chorej (Nr protok. 27), która po zastosowaniu 15 wcierań zapadła na silną grypę i z tego powodu przeniesiona została na czas dłuższy na oddział chorób wewnętrznych, stwierdzono po dziesięciu tygodniach jeszcze wałeczki w moczu i to bez najmniejszego śladu białka. Przypadek ten zasługuje dlatego przedewszystkiem na szczególną wzmiankę, ponieważ stosowano tutaj rtęć wogóle w bardzo małej ilości i do 15 wcierań ograniczono leczenie, które ponowiono znowu dopiero po pięciu miesiącach, skoro chora zgłosiła się ponownie do kliniki z bardzo uporczywą zmianą łuszczycową na dłoniach; w moczu nie zdołano wówczas wałeczków wykryć wcale.

Doświadczenia nasze zdołały nas przekonać, że ilekroć dawały się zauważyć pod koniec leczenia bardzo liczne wałeczki nabłonkowe, przy nieznacznej tylko ilości ziarnistych i szklistych, wtedy zawsze rokowanie w kierunku szybkiego ustania wałeczkomoczu po zakończeniu leczenia było niekorzystne. Obecność białka nie odgrywa w tem rokowaniu bynajmniej ważnej roli. W przypadku kiły grudkowej świeżej (Nr protok. 52), w którym pojawił się ślad białka po pięciu wstrzykiwaniach salicylanu rtęciowego (razem 0·5 tego przetworu), kwasem azotowym wyraźnie wykazalny, nie zdołano już wykazać wałeczków w przeddzień wyjścia chorego z kliniki, t. j. w dwa tygodnie po ostatniej dawce rtęci.

W wysokim stopniu zajmowała nas sprawa wałeczkomoczu u ludzi, leczonych już poprzednio raz lub kilkakrotnie rtęcią. W statystyce naszej zwrócono na te przypadki szczególniejszą uwagę, aby znaleść odpowiedź na pytanie, bardzo mało dotychczas roztrząsane, czy raz przeprowadzone leczenie rtęcią usposabia

przy leczeniu następnem do łatwiejszego względnie znaczniejszego wydzielania się wałeczków i w jakim stopniu? Welander, który znajdował wprawdzie znaczniejszy wałeczkomocz u chorych poprzednio już rtęcią leczonych, skłonny jest przypisywać ten objaw nie tyle poprzedniemu leczeniu, ile może cięższym objawom kiły powrotnej, forsowniejszemu często leczeniu z powodu uporczywych nawrotów choroby i t. d. Fischel nie wypowiada w tej sprawie swojego zdania, a inni autorowie nie zajmowali się tą sprawą wcale.

Zestawienia naszego materyału w tym kierunku w ciągu kilku lat ostatnich dotyczą całego szeregu przykładów i dowodzą bezsprzecznie, że wydzielanie się wałeczków w czasie leczenia rtęcią następuje znacznie łatwiej i wcześniej, jeżeli rtęć już poprzednio, a szczególnie niedawno stosowano.

(Dokończenie nastąpi).

Z Zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej w Uniw. Jagiell. Dyrektor: Prof. Dr Karol Klecki.

Przyczynek do zatrucia rtęcią.

Napisał

Dr Stanisław Skudro.

Badając w Zakładzie patologii ogólnej i doświadczalnej Uniw. Jagiell. wpływ, jaki wywiera rtęć na rozwój nowotworów mysich, spostrzegłem po jednorazowem wtarciu szarej maści do ogonów 29 dorastających myszy białych objawy ostrego zatrucia, które już po 24—36 godzinach zakończyły się śmiercią w 26 przypadkach. Sekcya wykazała u wszystkich myszy zmiany zapalne w płucach: płuca były prawie bezpowietrzne, zbite, ciemnowiśniowo zabarwione; w niektórych przypadkach można było nadto stwierdzić przekrwienie wątroby i zmiany zapalne w nerkach. Obraz mikroskopowy zgadzał się w zupełności z wynikami sekcyi: płuca przedstawiały obraz zapalenia ostrego o charakterze krwotocznym, przyczem wiele pęcherzyków płucnych wypełnionych było krwią; w nerkach można było stwierdzić zmiany przeważnie degeneracyjne, miejscami z martwicą poszczególnych nabłonków, miejscami zmiany zapalne.

Chcąc się przekonać, czy miałem w rzeczy samej do czynienia z czystem zatruciem rtęcią, nie powikłanem jakąkolwiek epidemią, szerzącą się wśród myszy, wykonałem kilka szeregów eksperymentów.

W pierwszym szeregu eksperymentów 15 myszom wagi średniej 18—22 gr. wtarłem do ogonów szarą maść, podobnie jak w eksperymentach poprzednich. Wraz z temi myszami umieściłem w jednym słoju 15 innych myszy takiej samej wagi Po 36 godzinach padło 15 myszy, a po 48 godzinach 8, czyli razem 23 myszy, z których 10 miało wtartą szarą maść, a 13 było kontrolnych. U wszystkich zwierząt, które padły, stwierdziłem takie same zmiany, jak w poprzednich eksperymentach. — Co się tyczy drogi, którą w tych przypadkach rtęć dostawała się do ustroju, to były nią najprawdopodobniej płuca; atoli możliwą jest rzeczą, że część przynajmniej rtęci dostawała się również drogą pokarmową, gdyż myszy mogły zlizywać z ogonów szarą maść.

Ażeby w zupełności wyłączyć możność dostawania się rtęci do ustroju drogą przewodu pokarmowego, umieściłem 30 myszy w wysokim słoju, do połowy z góry przykrytym suknem, którego powierzchnię posmarowałem szarą maścią. Lubo myszy bezpośrednio z szarą maścią stykać się nie mogły, jednak 4 z nich już po 48 godzinach padły. Gdy następnego dnia żadna mysz nie padła, umieściłem na suknie naczynie z wrzącą wodą, aby w ten sposób ułatwić ulatnianie się rtęci. W 24 godziny potem padły wszystkie myszy Rtęć do ich ustroju mogła się dostać tylko drogami oddechowemi. Istotnie najwybitniejsze zmiany można było zauważyć w płucach. Wynik sekcyi i badania mikroskopowego był taki sam, jak w poprzednich eksperymentach.

Podawanie myszom białym rtęci w rozczynach wraz z pokarmami nie wywołuje u nich zrazu żadnych objawów chorobowych, nawet jeżeli wprowadzać do przewodu pokarmowego spore dawki rtęci. Dopiero po kilkumiesięcznem wprowadzaniu w ten sposób rtęci do ustroju występują objawy powszechnie znane, jako następstwa zatrucia rtęcią, a mianowicie nieżyt przewodu pokarmowego, oraz obraz ogólnego wyniszczenia. Świadczą o tem następujące eksperymenty. Szesnastu myszom dodawałem dziennie po 1 cm^3 0·5% sublimatu do 32 cm^3 zbieranego mleka, co wynosiło na każdą mysz po $^1/_{16}$ cm^3. 0·5% $Hg\,Cl_2$. Pomimo iż w ten sposób podawano rtęć myszom w ciągu 3 miesięcy, nie okazywały one żadnych objawów chorobnych. Natomiast można było stwierdzić objawy zatrucia rtęcią u 12 myszy, którym z początku dawałem takie same dawki sublimatu, jak poprzednim, lecz potem dawkę zwiększałem stopniowo aż do 3 cm^3. 0·5% $Hg\,Cl_2$ w 24 cm^3 mleka, co wynosiło na każdą mysz po $^1/_4$ cm^3 0·5% $Hg\,Cl_2$ dziennie.

W jednym szeregu eksperymentów wstrzykiwałem codziennie myszom wodne rozczyny sublimatu pod skórę, a mianowicie: trzem po 0·2 cm^3 0·01% $Hg\,Cl_2$, trzem po 0·2 cm^3 0·1% $Hg\,Cl_2$ i czterem po 0·2 cm^3 1% $Hg\,Cl_2$. Ostatnia dawka okazała się śmiertelną, ponieważ wszystkie 4 myszy już po 24 godzinach padły. Sekcya stwierdziła: ostry nieżyt przewodu pokarmowego, ostry stan zapalny w nerkach, przekrwienie w wątrobie, dość znaczną liczbę skrzepów w sercu. W płucach nie można było stwierdzić żadnych zmian ani makroskopowych, ani mikroskopowych. — Pozostałe 6 myszy mimo wstrzykiwania im sublimatu w ciągu 30 dni nietylko nie okazywały żadnych objawów chorobnych, ale nawet zyskały na wadze: przed rozpoczęciem eksperymentu ważyły po 20—21 gr., a po 30 dniach po 22—26 gr.

Podobnie nie okazywały żadnych objawów chorobnych myszy, którym w ciągu miesiąca wcierałem do ogonów szarą maść, codziennie przez 2 minuty, a następnie resztki niewtartej maści wycierałem watą zamoczoną w oliwie.

Prócz powyższych eksperymentów wykonałem jeszcze jeden szereg na 33 myszach, z których 10 wtarłem do ogonów szarą maść i umieściłem je w drucianej klateczce. Klateczkę tę wraz z myszami wstawiłem do dużego szklanego słoja, z góry siatką przykrytego, w którym znajdowało się 23 myszy. Mogły one wdychiwać rtęć, ulatniającą się z ogonów myszy, znajdujących się w drucianej klateczce.

Słój ze wszystkiemi myszami postawiłem w miejscu przewiewnem. Żadna z tych myszy nie padła. Z tego można wnosić, że z jednej strony znaczna przestrzeń powietrza w dużym słoju, z drugiej zaś strony, ciągłe krążenie i dopływ świeżego powietrza z zewnątrz klateczki uniemożliwiały nagromadzenie się ulatniającej się rtęci w tym stopniu, ażeby mogła ona podziałać zgubnie na ustrój zwierząt.

Pragnąc przypuszczenie to sprawdzić, przeniosłem myszy, którym szarej maści nie wcierałem, z dużego słoja do słoja cztery razy mniejszego. Słój rzeczony postawiłem w miejscu pozbawionem przewiewu i przykryłem go częściowo suknem, które posmarowałem szarą maścią. U wszystkich myszy wystąpiły po 24—48 godzinach objawy ostrego zatrucia, zakończone śmiercią. Sekcya i badanie mikroskopowe wykazały ostre zapalenie płuc o charakterze krwotocznym.

Ogółem wykonałem eksperymenty na 170 myszach. Na podstawie tych eksperymentów doszedłem do wniosku, że rtęć, stosowana w maści, ulatniając się zostaje wdychiwana. Jeżeli tą drogą dostanie się wielka ilość rtęci do ustroju myszy, to wywołuje ona w pierwszym rzędzie zmiany zapalne w drogach oddechowych, i to nietylko w oskrzelach, jak to niejednokrotnie stwierdzono u ludzi, lecz głównie w samej tkance płucnej, wywołując w niej obraz zapalenia krwotocznego. Natomiast rtęć, wprowadzana do ustroju za pośrednictwem przewodu pokarmowego lub wstrzykiwana podskórnie, nie wywołuje w płucach albo żadnych zmian, albo jeno bardzo nieznaczne; występują tu na pierwszy plan zmiany w przewodzie pokarmowym (nieżyt) i w nerkach (rozsiane zmiany o cechach zapalenia przewlekłego).

Pomimo skrzętnych poszukiwań nie udało mi się znaleźć w piśmiennictwie ani jednego przypadku zatrucia rtęcią u ludzi, w którymby zostały stwierdzone zmiany zapalne w płucach. Wprawdzie Nothnagel [1]) wspomina, że niekiedy można u ludzi rtęcią zatrutych zauważyć przekrwienie, a nawet zapalenie tkanki płucnej, ale, zdaniem jego, zmiany te odnieść należy do istniejących już poprzednio spraw chorobnych w płucach, a nie do działania rtęci.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Laitinen. **O wpływie małych dawek wyskoku na rozwój gruźlicy w ustroju zwierząt.** (Zieglers Beiträge T. 51, Z. 2). L. przedsięwziął szereg doświadczeń na królikach i na świnkach morskich. Wnioski, do których doszedł, są następujące: 1) Wyskok zwiększa wrażliwość (zmniejsza naturalną odporność) ustroju zwierząt wobec gruźlicy. 2) Już małe dawki wyskoku, 0·1 cm³ na kilogram wagi zwierzęcia, podawane przez czas dłuższy, wywierają w tym względzie wpływ szkodliwy. 3) Zdaje się, że takie małe dawki, podawane codziennie przez czas dłuższy, wywierają wpływ szkodliwy na potomstwo zwierząt alkoholizowanych. Ç.

Prof. Krawkow. **O różnych okresach działania trucizn na serce odosobnione.** (Russkij Wracz, 1911, Nr 41). Podczas doświadczeń, dokonywanych w pracowni, spostrzegł K., iż te trucizny, które wywierały na serce odosobnione określony wpływ podczas przechodzenia przez serce, bardzo często, opuszczając serce pod wpływem przemywania jego przez naczynia wieńcowe płynem Lockego, okazywały też nieoczekiwane i charakterystyczne działanie. Badając wpływ alkoholu, eteru, chloroformu, wodanu chloralowego, strychniny, kofeiny, adrenaliny, morfiny, kamfory, arekoliny i muskaryny w różnych stężeniach na serce odosobnione, zauważył K., iż w działaniu trucizn na serce należy odróżniać 3 okresy: 1) okres wchodzenia trucizny do tkanki, 2) okres nasycenia tkanki trucizną i 3) okres wychodzenia trucizny z tkanek. Okresy te najwybitniej występują przy takich zgęszczeniach trucizn, które nieznacznie wyczerpują czynność serca odosobnionego. Pierwszy okres odpowiada okresowi największego wpływu środka na serce, w okresie drugim występuje pewna względna równowaga w czynności serca bez względu na obecność coraz większej ilości środka w przechodzącym przez serce płynie; jestto jakby przyzwyczajanie się serca do trucizny. Badanie trzeciego okresu wykazuje, iż serce oswobadza się od trucizny idealnie stopniowo. Pod wpływem niektórych środków (pilokarpina, arekolina) krzywa działalności serca w okresie wychodzenia trucizny odpowiada najzupełniej krzywej działalności w okresie wchodzenia jadu, tylko w odwrotnym porządku. Pod wpływem zaś takich środków, jak strychnina, kamfora i inne, protoplazma komórek sercowych oddziaływa w okresie trzecim wyraźnem wzmożeniem się działalności serca. Przy użyciu morfiny serce o tyle przyzwyczaja się do tej trucizny, iż w okresie trzecim oddziaływa zaburzeniem czynności, odpowiadającem zjawisku wstrzymania się (Abstinenzerscheinung). Z. Gilewicz.

Kunotkow. **Wpływ głodzenia i następowego odżywiania na lepkość krwi.** (Russkij Wracz, 1911). Badając wpływ głodzenia i następowego odżywiania na lepkość krwi u 4 psów i 4 królików, autor doszedł do następujących wniosków. Pod wpływem głodzenia lepkość krwi zwiększa się wybitnie wskutek znacznej utraty składników płynnych, w okresie zaś następowego odżywiania lepkość krwi spada znacznie poniżej poziomu prawidłowego, co dowodzi, iż ustrój przyswaja płynne składniki szybciej, niż składniki stałe. Zmiany ciężaru właściwego i lepkości krwi zmieniają się zależnie od głodzenia i następowego odżywiania w odwrotnym stosunku do wagi zwierząt. Z. Gilewicz.

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Ziemke. **O pośmiertnem powstawaniu zatorów tłuszczowych.** (Vierteljahrschrift f. ger. Med. 1911, Nr 42. 3 F T. 41, II Suppl). Obecność zatorów tłuszczowych w narządach ciała, a zwłaszcza w płucach, ma wielkie praktyczne znaczenie sądowo-lekarskie, ponieważ z jednej strony pozwala stwierdzić, że obrażenie powstało za życia, z drugiej strony objaśnia nam dostatecznie przyczynę śmierci w razie znacznej rozległości zatorów w płucach, względnie także w razie nielicznych zatorów w płucach przy równoczesnych jednak zatorach tłuszczowych w innych narządach, jak w mózgu lub mięśniu sercowym. To dotychczas powszechnie przyjęte zapatrywanie zostało przez Westenhoeffera i innych podane w wątpliwość i to skłoniło autora do wyjaśnienia tej sprawy na drodze doświadczalnej. Zillner, Tamassia i Hoffmann dowodnie wykazali, że tłuszcz skutkiem gnicia może w stanie wolnym przechodzić do naczyń. Chodziło zatem w doświadczeniach autora o stwierdzenie, że w naczyniach znajdujący się tłuszcz może skutkiem wywołanych przez gnicie wpływów mechanicznej natury zostać zawleczony do naczyń włosowatych płuc lub innych narządów. Jeżeli się uwzględni, że przy gniciu wytwarzają się wewnątrz i zewnątrz naczyń gazy, które przez ciśnienie mogą wprowadzić w ruch zawartą w żyłach krew (t. zw. pośmiertne krążenie), to na pierwszy rzut oka zdawałoby

---

1) Nothnagel und Rossbach. Handbuch der Arzneimittellehre. VII Aufl.

się, że możnaby przyjąć za możliwy transport tłuszczu aż do naczyń włosowatych płuc i innych narządów. Jednakże to pośmiertne krążenie różni się znacznie od krążenia krwi za życia, ponieważ niema przy niem napięcia naczyniowego, a przedewszystkiem siły ssąco-tłoczącej serca. Aby zatem wykazać, czy ruch krwi w układzie żylnym zwłok zdoła przepchnąć tłuszcz z prawego serca do naczyń włosowatych płuc i innych narządów, wstrzykiwał autor w pierwszej grupie doświadczeń do prawej żyły udowej większą ilość wody pod ciśnieniem 200 mm. rtęci, a następnie żyłę podwiązywał. W drugim szeregu doświadczeń zamiast wody wtłaczał powietrze pod temsamem ciśnieniem także w prawą żyłę udową przez mniejwięcej 10 minut. W trzeciej grupie wtłaczał powietrze do jamy brzusznej przez $^1/_2$ godziny z krótkiemi przerwami aż do silnego napięcia powłok brzusznych, a w czwartej grupie, aby się zbliżyć jaknajwięcej do stosunków naturalnych, wstrzykiwał, celem uzyskania gazów gnilnych i wzdęcia brzucha, do jamy otrzewnej 1 cm³ krwi gnijącej i zostawiał następnie zwłoki w ciepłem miejscu aż do wystąpienia skutkiem gnicia mniej lub więcej silnego wzdęcia brzucha. W piątej grupie doświadczeń po odpiłowaniu dolnych nasad kości udowych miażdżył zapomocą zgłębnika szpik kostny, wstrzykiwał nadto do jamy szpikowej 0·5 cm³ oliwy i przy użyciu węża gumowego jako łącznika ze strzykawką wtłaczał kilkakrotnie powietrze do kości udowych. Wreszcie w ostatniej grupie doświadczeń szukał zatorów tłuszczowych płuc u 5 topielców, 2 powieszonych, 2 noworodków i 3 zmarłych nagłą śmiercią. Wszystkie zwłoki znajdowały się w stanie daleko posuniętego gnicia, brzuch był mniej lub więcej silnie przez gazy gnilne wzdęty, płuca, wątroba i śledziona, a częściowo także nerki z licznymi pęcherzami gazów gnilnych, rzucone na wodę pływały. Płuca tak zwierząt, jak ludzi, ustalano w 10% formalinie, krajano na mikrotomie do mrożenia, barwiono sudanem III, względnie szkarłatem R., a następnie podwójnie hematoksyliną i eozyną. Na podstawie tych badań dochodzi autor do przekonania, że zatory tłuszczowe w płucach i sercu można także sztucznie na zwłokach wywołać, że jednak powstają one wówczas tylko w bardzo skąpej ilości i wśród szczególnie pomyślnych warunków, że zatem znalezienie ich w większej ilości przemawia za ich powstaniem za życia, a nie pośmiertnem. Zatory tłuszczowe zachowują więc nadal swoje znaczenie, jako ważna wskazówka, iż obrażenie powstało za życia. J. Olbrycht.

Lochte. **O zdolności wykonywania ruchów i czynności przez ciężko uszkodzone osoby.** (Wiener med. Woch. 1911, Nr 15). Wielokrotnie spostrzegano, że pewne czynności mogą wykonywać jeszcze po uszkodzeniu osoby, które doznały ciężkich obrażeń głowy, pęknięć kości skroniowej, graniczącej z tą częścią kości ciemieniowej lub nawet pęknięć podstawy czaszki, połączonych z krwotokiem z przerwanej tętnicy oponowej średniej. Warunkiem kardynalnym było naturalnie zachowanie przytomności. Jako przykład przytacza autor szereg przypadków. Także obrażenia narządów wewnętrznych klatki piersiowej lub jamy brzusznej, wywołane przez uraz tępy, niezawsze znoszą możność wykonywania pewnych czynności. I tak po pęknięciu uszka sercowego w następstwie uderzenia kopytem, po pęknięciu płuc w następstwie przejechania, po pęknięciu wątroby, pęcherza moczowego, ciężarnej macicy i jelit, spostrzegano zdolność wykonywania czynności. Po ranach postrzałowych czaszki mogą ranni, jak to mianowicie pouczyły spostrzeżenia w wojnie boerskiej, mimo ciężkich obrażeń mózgu wykonywać jakieś czynności. Po postrzałach serca, płuc, jamy brzusznej, mogą być wykonywane nawet bardzo skomplikowane czynności. Tosamo odnosi się także do ran kłutych serca i wielkich naczyń, tudzież do zupełnego przecięcia tętnic szyjnych. Wreszcie ciężkie obrażenia kości kończyn dolnych niezawsze natychmiast znoszą zdolność poruszania się. J. Olbrycht.

Witry. **Przypadek fetyszyzmu u obojga małżonków.** (Med. Klinik. 1910, Nr 51). Mąż zdrowy, bez dziedzicznego obciążenia, — małżonka dziedzicznie obciążona. Od 8 lat żonaci, mają czworo dzieci. Mąż fetyszysta na punkcie trzewików, żona jego w kierunku powonienia. Pierwszy wytrysk nasienia wystąpił u męża w 14 roku życia na widok wysokiego, czarnego bucika u pewnej młodej dziewczyny. Od tego czasu chodził stale za kobietami, unoszącemi wysoko suknie, aby ich trzewiki podziwiać. Czuł zwłaszcza skłonność do czarnych trzewików. Jeżeli zawarł bliższą znajomość z kobietą, noszącą takie obuwie, wówczas następował u niego wzwód i wytrysk nasienia. W pierwszym kwartale pożycia małżeńskiego spółkowanie było prawidłowe. Potem musiał kazać zrobić dla żony czarne, wysokie trzewiki i przez pewien przeciąg czasu przed spółkowaniem dotykał członkiem wewnętrznej powierzchni trzewików. Dopiero wtedy następowało normalne spółkowanie wśród silnego spocenia się, przyczem żona podczas pewnych ruchów (przy spółkowaniu) ukrywała głowę pod pachą męża i zlizywała wydzielający się pot. Zapach potu męża, który dokładnie umiała odróżnić od innego, wzmagał w niej uczucie lubieżności w sposób bardzo wybitny. Przed zamążpójściem doznawała podrażnienia płciowego, przebywając w salach tanecznych ze znaczną liczbą osób. Mąż jeździ często w przeciągu roku do Francyi, ponieważ Francuzki wyżej unoszą suknie, niż Niemki. Zresztą pożycie obojga małżonków było całkiem zgodne i spokojne. J. Olbrycht.

Hartmann. **Złamanie czaszki dziecka przy porodzie siłami natury.** (Vierteljahrft f. ger. Med. 1911, 3 F., T. XLI, Z. 1). Pewna kobieta z ogólnie ścieśnioną krzywiczą miednicą urodziła siłami natury dziecko, które wkrótce po porodzie zmarło, wogóle nie oddychając. Na lewej kości czołowej znajdował się odcisk, a drugi takisam 3 cm. długi a 2 cm. szeroki na tyłogłowiu z prawej strony tuż na granicy porostu włosów. Lewa kość czołowa była aż do opony twardej gwiaździsto złamana, a oprócz tego biegło pęknięcie kości od guza czołowego do ciemienia. Z tyłu prawa część kłykciowa (pars condyloidea) była podsunięta pod łuskę kości potylicznej, a szew przerwany. Krwiak międzyoponowy z tyłu po stronie prawej nad móżdżkiem i mostem Varola; wybroczyny w rdzeniu przedłużonym. Wzgórek miednicy matki sterczał pod kątem ostrym silnie ku przodowi i nieco na prawą stronę. On to był powodem pęknięcia kości czołowej lewej skutkiem złego ustawienia się główki tembardziej, że niepodatne kości czaszki dziecka nie podsunęły się jedne pod drugie; natomiast spojenie łonowe było powodem obrażenia w okolicy tyłogłowia. Śmierć była następstwem ucisku rdzenia przedłużonego przez część kłykciową. Przypadek ten ma znaczenie sądowo-lekarskie z tego powodu, że rozpoznanie samoistnego złamania czaszki tylko na podstawie obrazu sekcyjnego u płodu jest niemożliwe, tembardziej, że odciski skóry, które wyglądały tak charakterystycznie, już na drugi dzień po porodzie były zaledwie widoczne. Wszystkie poprzednie, t. j. czworo dzieci tej kobiety urodziły się także z obrażeniami głowy.

J. Olbrycht.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 22. XI. 1911.

Przewodniczący prezes Prof. Cybulski, obecnych członków 44.

1) Kol. Prof. Ciechanowski przedstawia preparat narządów moczowo-płciowych 18-letniej dziewczyny, u której od lat kilku miał mocz stale wypływać ze sromu; w klinice położniczej stwierdzono włosowatą przetokę pęcherzowo-pochwową i wykonano przed rokiem fistulorafię; następnie w r. b. wykonano na oddziale chirurgicznym

szpitala św. Łazarza wobec utrzymującego się mimowolnego moczenia okręcenie cewki moczowej, jednak bez wybitniejszego skutku. W ostatnich czasach pojawiły się groźne objawy ze strony górnych dróg moczowych, wskutek czego na oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza wykonano nefrotomię i osączkowano miedniczkę po stronie prawej. Jak widać na preparacie, uzyskanym przy sekcyi, jest pęcherz moczowy niezwykle mały, niewiele większy od orzecha włoskiego, kształtu stożkowatego ze szczytem ku górze zwróconym. Szczyt pęcherza przykryty przez trzon macicy bardzo silnie zgięty ku przodowi, z którego otrzewna przechodzi wprost na przednią ścianę brzuszną tak, że niema wcale zagłębienia pęcherzowo-macicznego. Ze szczytu pęcherza wiedzie do pochwy otworek ledwo dla sondy drożny, o brzegach gładkich, równych, uchodzący na przedniej ścianie pochwy tuż pod przedniem sklepieniem. Trójkąt Lieutauda słabo wykształcony, ujście pęcherzowe prawego moczowodu drożne, lewego zupełnie zarosłe. W moczowodzie, miedniczce i nerce prawej obraz ostrej sprawy ropnej (pyelonephritis), przechodzącej także na otoczenie nerki prawej. Lewy moczowód zarosły, zamieniony na włóknisty postronek, z wyjątkiem krótkiego odcinka (około 5 ctm długości) w dolnej części, gdzie gruba, włóknisto zwyrodniała ściana moczowodu otacza ciasne światło, wypełnione skąpą, suchą, białawożółtą, wapnistą miazgą. Nerka lewa nieco powiększona, zamieniona w całość w zatokowatą torbiel, zawierającą miazgę suchą, białą, wapnistą; cienką ścianę zewnętrzną i przegrody jam w nerce stanowi tkanka o wejrzeniu włóknistem. Treść, znajdująca się w jamach nerki, składa się mikroskopowo z miazgi rozpadowej, kropelek tłuszczu, barwiących się sudanem i grudek soli wapniowych, nie zawiera żadnych utrzymanych jeszcze komórek, nie znaleziono w niej też prątków gruźliczych. Badanie mikroskopowe (demonstracya preparatów) ścian i przegród jam w nerce prawej stwierdza gdzieniegdzie resztki utkania nerkowego, zwyrodniałego włóknisto; tu i ówdzie widać gniazda nacieku drobnookrągłokomórkowego; nigdzie niema histologicznego obrazu, mogącego przypominać gruźlicę; od wewnątrz znajduje się gruby rąbek jednostajnie włóknistej tkanki, do którego bezpośrednio przylega treść jam. Komunikacya pomiędzy pęcherzem a pochwą była prawdopodobnie wrodzona; za tem, że jestto wada rozwojowa, przemawiałyby małość i nieprawidłowy kształt pęcherza, położenie i zachowanie się brzegów otworka, łączącego pęcherz z pochwą, oraz zachowanie się otrzewnej. Wytłomaczenie powstania tej rzadkiej wady uważane jest za trudne (w przeciwieństwie do przetok wrodzonych przedsionkowoodbytniczych, powstałych przez niezupełne rozgrodzenie pierwotnej kloaki); nasuwa się pytanie, czy nieprawidłowość ta nie mogła powstać w stosunkowo wczesnym okresie rozwoju, gdy koniec niezanikłych jeszcze kanałów Wolffa wciągał się w okolicę trójkąta Lieutauda, a dolna ich część wchodzić poczynała w skład górnej części bocznych ścian pochwy (demonstracya rysunków schematycznych). Sprawa zarastania, fizyologicznie odbywająca się w moczowniku (urachus), mogła przejść nieprawidłowo od szczytu i na niższą część pęcherza, tak, że obecnie pozostała właściwie tylko okolica trójkąta Lieutauda, a właściwa jama pęcherza nie istnieje. Wada rozwojowa pęcherza usposabiała oczywiście moczowody i nerki do dalszych zmian chorobowych; nastąpiły one naprzód w **nerce lewej,** która przedstawia obraz taki sam, jak przy **starych sprawach gruźliczych** (demonstracya podobnych preparatów z muzeum anatomopatologicznego Uniw. Jag.). Sprawy takie kończyć się mogą prawie zupełnem zniszczeniem miąższu nerkowego i **zupełnem zarośnięciem moczowodu,** poczem treść jam w nerce zagęszcza się przez wessanie części płynnych i zamienia w gęstą, suchą miazgę ze złogami wapna. Świeże powikłanie sprawą ropną po drugiej stronie musiałoby się w każdym razie wobec zupełnego zniszczenia nerki lewej przez opisaną zmianę skończyć pomimo operacyi śmiertelnie. (Streszczenie własne).

W dyskusyi zabiera głos Prof. Kostanecki, objaśniając na tablicach rozwój narządów moczowopłciowych i wyrażając zdanie, że przetoka mogła w przedstawionym przypadku wytworzyć się w późniejszym dopiero okresie rozwojowym. — Kol. Pisarski podaje pokrótce dane kliniczne, odnoszące się do przedstawionego przypadku.

2) Wybrano komisyę przedwyborczą według wniosku Zarządu Towarzystwa.

3) Prof. Bujwid: **Bakteryologiczne badania wody w rzece Wiśle na długości 200 klm poniżej Krakowa.**

Sekretarz doroczny: Dr G. Grzybowski.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 26. VI. 1911.

Przewodniczący: Krusche. Sekretarz: Sonnenberg.

1) Kol. Grosglik przedstawił ze szpitala im. Poznańskich: a) chłopca z **verrucosis cutis** od 3 lat, b) chłopca 15-letniego **z dziedzicznym przymiotem,** którego przedstawiał w Towarz. przed 6 laty, oraz c) przypadek do rozpoznania, dotyczący kobiety 40 letniej, u której na kończynach znajdują się wykwity. Zdaniem kol. G. sąto albo przejawy erythema Bazin, **albo kilaki.**

2) Kol. Krusche wspomniał o świeżej stracie, którą poniosło Towarzystwo lek. łódzkie przez śmierć Kol. L. Przedborskiego, jednego z najczynniejszych członków naszej instytucyi. Obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie z miejsc, poczem

3) Kol. Grabowski w dłuższem przemówieniu, poświęconem działalności kol. Przedborskiego, podał kilka dat biograficznych, mówił o zmarłym, jako o człowieku, lekarzu i koledze, podkreślił jego głębokie poczucie obowiązków społecznych, żywy udział w życiu społeczno-lekarskiem oraz jego szczery stosunek do aspiracyi narodowych społeczeństwa polskiego. W końcu przytoczył tytuły 25 prac b. p. kol. Przedborskiego z dziedziny otolaryngologii, z których 8 wyszło w pismach lekarskich niemieckich.

4) Uchwalono z okazyi 50-tej rocznicy istnienia »Przeglądu Lekarskiego« mianować głównego redaktora »Przeglądu«, Prof. S. Ciechanowskiego, w uznaniu jego działalności naukowej i zasług na polu piśmiennictwa lekarskiego polskiego, członkiem honorowym Towarzystwa lek. łódzkiego, oraz uczestniczyć w obchodzie jubileuszowym, jak i w Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. W tym celu uchwalono wysłać w d. 17 i 18 lipca r. b. telegraficznie do Krakowa życzenia oraz postanowiono, że kol. Sterling będzie reprezentować nasze Towarzystwo na wymienionych uroczystościach.

5) Postanowiono prosić Sekretarza Towarzystwa, aby ułożył szczegóły przebiegu uroczystości jubileuszowych naszego Towarzystwa. Szczegóły obchodu tego wraz z Pamiętnikiem Zjazdu stanowić mają jedną broszurę.

6) Omawiano sprawę wspólnej, z okazyi 25-letniego istnienia Towarzystwa, grupy fotograficznej.

7) Kol. I. Michalski przeczytał sprawozdanie kasowe (sprawy Zjazdu).

8) Kol. Krusche, z okazyi 25-lecia naszego Towarzystwa, ofiarował na rzecz tej instytucyi Rb. 150.

9) W dyskusyi nad przedstawionym przez kol. Grosglika przypadkiem, dotyczącym wykwitów na kończynach, który kol. G. różniczkuje pomiędzy erythema Bazin i kilakami, Sonnenberg ze względu na twarde, ograniczone nacieczenia, w postaci ostrego, stożkowatego wypuklenia ze strupem lub żółtym punktem na szczycie, oraz ze względu na przebieg cierpienia, rozpoznaje w danym przypadku czyraczność (furunculosis).

10) Kol. Goldman przedstawił chorego, u którego z przyczyny **raka usunął połowę języka.**

Posiedzenie z dnia 6. IX. 1911.

Przew. Krusche. Sekretarz Tomaszewski.

1) Przewodniczący przeczytał list Prof. Ciechanowskiego w odpowiedzi na zamianowanie go członkiem honorowym Towarzystwa.

2) Sterling: **W sprawie wykonania** przez Towarzystwo lekarskie szeregu **uchwał I Zjazdu lekarzy prowincyonalnych** Królestwa Polskiego.

Zgodnie z wnioskami przez Sterlinga przedstawionymi zebrani postanowili:

A) W wykonaniu uchwały, tyczącej się współdziałania Towarzystw lekarskich w sanacyi szpitalnictwa — akcyę odpowiednią podjąć, mając za punkt wyjścia referat kol. H. Trenknera, na Zjeździe przedstawiony, a omawiający szczegółowo stan szpitalnictwa łódzkiego. Kol. H. Trenkner podjął się referat swój uzupełnić projektem reform, w szpitalnictwie łódzkiem pożądanych, a w najbliższym czasie wykonalnych.

B) W wykonaniu uchwał, tyczących się znawstwa sądowo-lekarskiego, w szczególności zaś orzeczeń o stopniu uszkodzenia, spowodowanego przez nieszczęśliwe zdarzenia przy pracy w przemyśle — projekt stałego biura ekspertyz lekarskich i projekt regulaminu dla tegoż opracować polecono kolegom: Łuczyckiemu, Pinkusowi i Skalskiemu. Projekt opracowany ma być wydrukowany i rozesłany wszystkim członkom Towarzystwa.

C) W wykonaniu uchwały, tyczącej się walki z rakiem, ułożyć i wydrukować odezwę zarówno do lekarzy, jak i do położnych i zwrócić się do wszystkich Towarzystw lekarskich z zapytaniem, czy życzą sobie nabyć od naszego Towarzystwa (po cenie kosztu) owe odezwy, dla wielu bowiem Towarzystw lekarskich samodzielny nakład byłby wydatkiem zbyt poważnym (i — nieproduktywnym). Zajęcie się tą sprawą polecono koleżance Z. Garlickiej.

D) W wykonaniu uchwały, tyczącej rejestracyi chorych zakaźnych, opracować projekt schematów, sposobów ich rozsyłania lekarzom, sposobów ich zwrotu przez lekarzy i możności zużytkowania zebranego materyału statystycznego. Opracować ten projekt polecono kol. Margolisowi i Sterlingowi.

Wobec małych korzyści, jakie ma miasto z istniejącej kamery dezynfekcyjnej, zobowiązano Prezesa Zarządu do listownego zapytania — pod adresem zarządzającego kamerą — jakie warunki obowiązują kamerę, jaka istnieje taksa opłat za jej czynności, czy i kto ma prawo do bezpłatnego korzystania z miejskiej kamery dezynfekcyjnej, jakie formalności muszą poprzedzić dezynfekcyę mieszkania i sprzętów po chorobie zakaźnej i t. p.

E) Opracowanie regulaminu stałego Komitetu zjazdów lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego polecić członków byłego komitetu organizacyjnego I Zjazdu. Regulamin, jak projekt, przesłać wszystkim Towarzystwom do zatwierdzenia i potem dopiero starać się o jego specyalne zatwierdzenie.

3) Kol. Goldman przedstawił:

a) Preparat **raka żołądka,** usuniętego u 36-letniej Bronisławy W. Szczegóły choroby są następujące: Chora od lat 14; bóle w okolicy żołądka i coraz bardziej zmniejszające się łaknienie; w ostatnich latach znacznie schudła; nie wymiotuje; od czasu do czasu, jak opowiada, w okolicy dołka podsercowego występuje guz twardy. Badanie obok znacznego wychudzenia, żółtej wyniszczonej cery i osłabienia wykazuje opór w linii środkowej brzucha powyżej pępka. Treść żołądkowa po próbnem śniadaniu daje nieznaczny przesącz, który kwasu solnego wolnego nie zawiera, nie zawiera kwasu mlecznego, ani kwasów lotnych. Miazga pozostała po przesączeniu okazuje pod mikroskopem ciałka skrobi w stanie prawidłowej amylolizy oraz ślady śluzu; niema drożdży, czworniaków, nadmiaru bakteryi — niema krwi, oraz wogóle elementów morfologicznych, zwłaszcza strzępków nabłonkowych. W stolcu przy bezmięsnej dyecie krwi nie znaleziono. Operacya, wykonana 10 lipca r. b. w lecznicy naszej, wykazała obecność ruchomego guza, który zajmował około $^1/_3$ żołądka, a mianowicie jego małą krzywiznę, przechodząc częściowo w okolicę odźwiernika. Wycięcie guza metodą Billrotha drugą. Przebieg pooperacyjny powikłany nieznacznem ropieniem powierzchownej warstwy skórnej. Chora czuje się zupełnie zdrową, przybywa jej stale na wadze, opuściła zakład 31 lipca. Badanie drobnowidowe guza wykazało budowę raka.

b) Preparat **raka żołądka,** usuniętego 22. 8. 1911 u 54-letniego Franciszka A., który od roku stracił zupełnie apetyt, żywił się tylko drobnemi ilościami płynnego pożywienia, zaś po mięsie, którego zaniechał dawno, dostawał silnych bólów w okolicy żołądka. Od początku lipca b. r. często wymiotuje, w wymiocinach skrzepła krew, a kilkakrotnie nawet płynna, koloru jasno czerwonego. W rodzinie chorego nikt nie cierpiał na raka. Do zakładu chory przybył 5. sierpnia i znaleźliśmy wtedy u bardzo wycieńczonego, bladego mężczyzny w okolicy żołądka guz wielkości jabłka, mało ruchomy, bolesny; treści żołądka ze względu na krwawe wymioty nie wydobywano. 22. VIII. b. r. operacya wykazuje obecność guza, przeważnie na małej krzywiźnie, owrzodzenie guza ze strony zewnętrznej drąży poprzez mięśniówkę; guz zajmuje w przybliżeniu $^1/_4$ żołądka. Resekcya metodą Billrotha drugą. Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy; na 8. dzień z blizny pooperacyjnej w tem miejscu, gdzie wyprowadzony był sączek od kikuta dwunastnicy, sączył się przez kilka dni płyn ciemnożółty, co jednak zupełnie ustało po 6 dniach i chory czuje się zupełnie zdrów. Mięsa nie może jeść, doznaje po niem nieprzyjemnego uczucia pełności. Chory opuścił zakład 15 września r. b. zupełnie zdrów.

c) Preparat **raka żołądka**, usuniętego u 50 letniej Blimy Z. w szpitalu Poznańskich d. 2. IX. b. r. W wywiadach rodzinnych nic szczególnego. Od $1^1/_2$ roku trwający brak apetytu, bole w okolicy żołądka, schudnięcie, zmusiły chorą do zgłoszenia się na oddział wewnętrzny szpitala, skąd po bezskutecznem leczeniu przeniesiono ją na mój oddział. Badanie treści żołądka wykazało znaczne opóźnienie trawienia i czynności ruchowych żołądka, brak wolnego kwasu solnego, obecność kwasu mlecznego, pod drobnowidem długie wałeczki, nabłonek płaski i wałeczkowy. W okolicy żołądka obmacywanie, nader bolesne, wykazuje obecność oporu. Laparotomia: guz zajmuje połowę żołądka, szczególnie zajęta mała krzywizna; okoliczne gruczoły znacznie powiększone, wątroba makroskopowo prawidłowa. Próby uruchomienia guza udają się, wobec tego dokonano resekcyi metodą Billrotha drugą. (11 b. m. a więc na drugi dzień po operacyi nagle objawy zapalenia otrzewnej po przedziurawieniu prawdopodobnie linii szwów. Zejście śmiertelne 12. IX.). Wobec małego kikuta żołądkowego połączenie między jelitem a kikutem żołądka dokonano przednie; kikut dwunastnicy obszyto nader dokładnie szwem 3-piętrowym.

d) **Pęcherzyk żółciowy**, wypełniony kamieniami, usunięty w całości u 48-letniej Anny Ch., chorej od 3 lat. Bole w okolicy dołka podżebrowego; napady te bez podwyższenia ciepłoty powtarzały się początkowo co miesiąc, później co 2 tygodnie, a od grudnia 1910 codziennie, a nawet 2 razy dziennie. Żółtaczki nigdy nie było. Do zakładu przybyła 23. VII. — Po bezskutecznych próbach leczenia wewnętrznego dokonano 23. VIII. wycięcia pęcherzyka żółciowego cięciem Kehra. Przebieg pooperacyjny prawidłowy.

e) **Pęcherzyk żółciowy,** wypełniony kamieniami, usunięty u 35-letniej Sury D., chorej od 9 lat; napady bo-

lów typowych bez podniesionej ciepłoty powtarzały się w ostatnich czasach bardzo często; od roku zauważyła chora obecność guza w prawej połowie brzucha. Żółtaczki nigdy nie było. Do szpitala przybyła 27. VIII. Operacya wykazała pęcherzyk żółciowy silnie zgrubiały i zrośnięty z poprzecznicą i siecią; oddzielanie od łoża wątroby wywołuje mierne krwawienie. Usunięcie całkowite pęcherzyka, drogi żółciowe wolne. Cięcie brzuszne Kehra. Przebieg pooperacyjny prawidłowy, bez powikłań.

Posiedzenie z dnia 20. IX. 1911.

Przewodniczący Sterling. Sekretarz Tomaszewski.

1) Kol. Grosglik przedstawił chorą z drugorzędnemi i trzeciorzędnemi ciekawemi oznakami **kiły**.

2) Kol. Trenkner przeczytał referat **o stanie szpitalnictwa w Łodzi** (czytany na Zjeździe lek. prow.). W celu poprawy stanu szpitalnictwa proponuje wybrać komisyę, którаby opracowała memoryał dla przedstawienia władzom w sprawie potrzeby budowy szpitala miejskiego i założenia 4 przytułków położniczych.

Dyskusya. S. Sterling sądzi, że Towarzystwo lekarskie w sprawie potrzeby szpitala ogólnego miejskiego nie może powiedzieć niczego, czegoby już nie wiedział ogół i zarząd miasta. Strona finansowa nie jest wyczerpana przez ofiarę gazowni. Ponieważ szpital jest budowany dla szeregu pokoleń, one również zań płacić powinny; ale zaciągnięcie pożyczki przed zaprowadzeniem samorządu byłoby prawdopodobnie niekorzystne dla tych pokoleń, które ją będą spłacały. Obecnie Towarzystwo lekarskie powinno interweniować przedewszystkiem w sprawie braku łóżek szpitalnych dla robotników fabrycznych. Fabrykantów obowiązkiem jest utrzymywanie po jednem łóżku szpitalnem na każdych stu robotników; gdyby spełnili ten przepis prawny, przybyłoby Łodzi około 600 łóżek szpitalnych. Akcyę w tym kierunku należałoby rozpocząć bezzwłocznie, demaskując obejście prawa kosztem zdrowia i życia robotników. Współcześnie należałoby agitować za założeniem przez miasto przytułków położniczych, co dałoby się zrobić bez wielkich wydatków pieniężnych. Po trzecie, dążąc do poprawy obecnych licznych szpitali prywatnych, powinno Towarzystwo lekarskie zorganizować (np. przy jednym z większych szpitali) laboratoryum do badań klinicznych (ponieważ wszystkie istniejące laboratorya stoją niżej poziomu i tylko dorywczo są w nich badania wykonywane); byłoby to »laboratoryum szpitali łódzkich« ze stałym fachowym personalem. Towarzystwo lekarskie powinnoby też zobowiązać szpitale (szczególnie większe, np. żydowski) do wykonywania sekcyi pośmiertnych.

Kol. Handelsman żąda, aby starać się o sanatoryum dla Łodzian, o szpital dla przewlekle chorych i dom dla ozdrowieńców. Zapytuje kol. Trenknera, dlaczego w swoim referacie nie uwzględnił uzdrowiska dla żydów, które w ostatnich czasach przyjmuje i chorych.

Kol. Goldberg żąda jaknajprędszego urządzenia szpitala dla chorych wenerycznych, pragnie, aby Tow. lek. wystąpiło do władz z żądaniem polepszenia bytu szpitala Aleksandra zapomocą pewnej stałej zapomogi, ponieważ szpital Aleksandra jest właściwie szpitalem miejskim.

Kol. Koliński proponuje wystąpić z żądaniem, aby w sąsiednich miastach zostały ufundowane szpitale, chorzy z owych miast bowiem zapełniają szpitale łódzkie.

Sterling, uważając, że akcya Tow. lekarskiego powinna dążyć tylko do rzeczy bezpośrednio osiągnąć się dających, nie widzi korzyści z proponowania miastu budowy sanatoryum dla przewlekle chorych, domów dla ozdrowieńców, szpitali specyalnych dla chorych wenerycznych i t. p. zakładów, o których miasto pomyśli po wybudowaniu szpitala ogólnego (lub przy jego budowaniu). Podtrzymuje projekt akcyi, ograniczony do: 1) domagania się, by fabryki dały swym robotnikom pomoc szpitalną w rozmiarach przez prawo gwarantowanych; 2) domagania się, by miasto założyło przytułki położnicze; 3) zorganizowania — przez istniejące szpitale prywatne — wspólnego laboratoryum szpitalnego.

Kol. Trenkner wyraża zdanie, że wnioski kolegów mają charakter publicystyczny, jego zaś jest więcej praktyczny i proponuje głosowanie.

Większością głosów zebrani przychylają się do wniosku kol. Trenknera i wybierają komisyę, w skład której weszli kol. Trenkner, Krusche, Koliński, Goldberg i Sterling.

Co się zaś tyczy laboratoryum centralnego, to po dyskusyi, w której zabierali głos kol. Goldberg, Rosenthal, M. Cohn i Koliński przyjęto propozycyę tego ostatniego, aby przedstawiciele szpitali zebrali się z prawem kooptacyi w celu wypracowania szczegółowego projektu takiego laboratoryum.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z dnia 20. V. 1911 r.

1) Kol. Wasilewski przedstawił przypadek **ciężkiej niedokrwistości** niewyjaśnionego bliżej pochodzenia. Chora lat 24, od 5 lat zamężna. W pierwszym roku dwa poronienia, później poród prawidłowy. Od czasu wyjścia zamąż czuła się słabą, po roku musiała się położyć. W ostatnim roku stan chorej pogorszył się znacznie wskutek uporczywej biegunki; ciepłota dochodziła nieraz do 40°, bladość i wyczerpanie powiększały się stale. W płucach i sercu nie wykryto żadnych zmian, wątroba i śledziona trochę powiększone, ilość hemoglobiny zmniejszona (20%), krwinek białych 6000, czerwonych 1.800000, obecność krwinek wielokształtnych. Od 3 miesięcy nieznaczna poprawa stanu ogólnego. Stosowane przez szereg lat rozmaite środki lekarskie dawały zawsze wynik niepomyślny.

W dyskusyi wypowiada kol. Biegański przypuszczenie, że chora może być dotknięta skrytą postacią kiły. Przemawiają za tem dwa poronienia, początek choroby po wyjściu zamąż, powiększenie wątroby. — Kol. Wacław Kon mówi, że wykonane przez niego badanie krwi dało ujemny odczyn Wassermanna i stwierdziło obecność tworu, podobnego nieco do pasorzyta zimnicy czwartaczki. — Kol. Rozenfeld wątpi, czy twór, wykryty przez kol. Kona, jest istotnie pasorzytem zimniczym. Objawy kliniczne również zdają się wyłączać zimnicę.

2) Kol. Rozenfeld opisał **przypadek obcego ciała w drogach oddechowych.** Chora, lat 45, zgłosiła się z powodu bardzo silnego kaszlu i duszności. Objawy te wystąpiły po zakrztuszeniu się łupiną orzecha. Badanie płuc początkowo wykazało osłabienie oddechu w dolnej części prawego płuca poniżej łopatki. Wkrótce w tem miejscu rozwinęło się duże ognisko z wyraźnem stłumieniem odgłosu opukowego i rzężeniami dźwięcznemi. Gorączka zwalniająca, z wieczornemi nasileniami do 39°. Plwocina ropiasta, bardzo obfita, niecuchnąca. Po pięciu miesiącach choroby stan chorej był rozpaczliwy i wróżył zejście niepomyślne. Atoli najniespodziewaniej chora podczas kaszlu wykrztusiła połowę łupiny orzecha laskowego, poczem w ciągu niespełna trzech tygodni stan jej poprawił się znakomicie. Obecnie jest już zupełnie zdrowa.

W dyskusyi opisali kol. E. Kohn i Biegański analogiczny przypadek. Po zakrztuszeniu się kostką kurczęcia wystąpiły u chorej w płucu objawy jamy, która sprawiała wrażenie gruźliczej. Po kilku miesiącach chora wykrztusiła masę ropy z jednym kręgiem szyjki kurczęcia. — Kol. Batawia nadmienia, że dawniej, o ile zdołano rozpoznać sprawę, w celu usunięcia obcego ciała wykonywano rozcięcie tchawicy. Dzisiaj w celu rozpoznawczym i leczniczym stosowana bywa bronchoskopia.

3) Kol. Biegański wypowiedział wykład: **O roli tętnic w obiegu krwi.** Do połowy XIX. wieku mechanizm krążenia krwi przypisywano wyłącznie sercu. Odkrycie nerwów naczynioruchowych przez Cl. Bernarda stwierdziło już pewną samodzielność układu tętniczego i jego czynny udział w krążeniu krwi. Nowsze zaś badania autorów francuskich, zwłaszcza Hucharda, dowodzą, że tętnice średnie i drobne, posiadając w swych ściankach gładkie włókna mięsne, grają rolę niezmiernie ważną, analogiczną z czynnością serca obwodowego. Cały szereg faktów przemawia za tem, że tętnice drobne i średnie kurczą się współcześnie z falą krwi, która przypływa z tętnic wielkich, i przez ten skurcz pędzą krew ku obwodowi. W czasie zaś rozkurczu działają ssąco i w ten sposób zasługują istotnie na miano serca obwodowego. W dalszym ciągu B. na podstawie badań Mackenziego zastanawia się nad pytaniem, czem jest właściwie tętno, i wykazuje czynną rolę ścian tętniczych w powstawaniu tętna. W końcu mówi o leczeniu chorób drogą oddziaływania na tętnice i wyjaśnia bliżej pomyślny wpływ gimnastyki leczniczej, miesienia oraz kąpieli kwasowęglowych.

4) Kol. Wacł. Kon przedstawił **preparaty krętków i laseczników okrężnicy**, powiększonych 2000 razy (ultramikroskop).

Posiedzenie z dnia 17. VI 1911 r.

1) Apt. Nowak podaje do wiadomości, że wśród grona aptekarzy powstał zamiar utworzenia Domu handlowego na zasadach akcyjnych z kapitałem zakładowym 100000 rb. Przewidywane jest założenie pracowni farmaceutyczno-chemicznej, rozbiorowej, apretury, hodowli roślin i dwóch składów. P. Nowak określa bliżej znaczenie apretury.

Kol. Biegański uważa projekt ten za bardzo słuszny, sądzi jednak, że prowadzenie apretury będzie zanadto kosztowne. Radzi zwołać osobne posiedzenie pp. aptekarzy i zaprosić członków Towarzystwa lekarskiego w celu bliższego omówienia tej sprawy.

2) Kol. Rozenfeld wygłosił wykład: **O istocie krzywicy.** Na wstępie opisał budowę szpiku kostnego, oraz rolę jego pod względem koście- i krwiotwórczym. Następnie zatrzymał się dłużej na zmianach, jakie powstają w szpiku ludzi dorosłych, dzieci i zwierząt pod wpływem zakażeń, zatruć i krwotoków. Charakter odczynu ze strony szpiku jest prawie jednakowy, różnice są drobne, dotyczą bujania tych lub innych pierwiastków szpikowych i zależą od rodzaju zatrucia. Pewna różnica odczynu w wieku dziecięcym zależy jeszcze od swoistego charakteru szpiku. U dorosłych, pomijając przypadki bardzo ciężkie, szpik wystarcza dla odnowy krwi. U dzieci pracę tę podejmują jeszcze gruczoły chłonne, tkanka gruczołowata, śledziona. Zmiany, właściwe krzywicy, przedstawiają zupełne podobieństwo do zmian, powstających wskutek zakażeń, zatruć i krwotoków. Krwotoki zawsze wywołać muszą głębszy odczyn w szpiku dziecka. Ażeby z odczynu tego powstać mogła krzywica, potrzeba jeszcze pewnego usposobienia. W dalszym ciągu opisuje prelegent trzy okresy kolejne w rozwoju zmian kostnych przy krzywicy i, zgodnie z teoryą Marfana, jako najważniejsze przyczyny tej choroby podaje: zakażenia i zatrucia z przewodu pokarmowego, kiłę dziedziczną, gruźlicę, zapalenie płuc krztuścowe, wreszcie ropne zapalenie skóry. W końcu wylicza najważniejsze objawy kliniczne krzywicy i wyjaśnia powstawanie ich ze stanowiska przedstawionej teoryi.

W dyskusyi rozwija kol. Biegański teoryę, która powstawanie krzywicy wiąże z czynnością gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem. Dalej zauważa kol. Biegański, że w zbiorowym opisie objawów krzywicy prelegent pominął zaburzenia układu nerwowego. — Kol. Rozenfeld odpowiada, że nie zamierzał wyczerpać całokształtu objawów krzywicy, wymienił najważniejsze, chcąc wykazać, w jaki sposób powstawanie ich można wyjaśnić ze stanowiska teoryi Marfana.

3) Kol. Wacław Kon opisał fakt **zakażenia się gruźlicą** czterech **świnek morskich,** umieszczonych **w poczekalni dla chorych.** We wszystkich narządach stwierdzono rozległe spustoszenia gruźlicze. Śmierć nastąpiła po upływie 3 miesięcy. Świnki, pozostawione w pracowni, są zupełnie zdrowe.

W dyskusyi podnosi kol. Biegański, że poczekalnie lekarskie są rozsadnikiem wszelkiego rodzaju zarazków. Ze względu na bezpieczeństwo rodziny, powinno być zniesione przyjmowanie chorych w prywatnem mieszkaniu lekarza, albo też pokoje dla chorych powinny być zupełnie oddzielone od reszty mieszkania. — Kol. Rozenfeld twierdzi, że z poczekalń dla chorych powinny być bezwarunkowo usunięte obicia miękkie, portyery, dywany. — Kol. Kędzierski podnosi, że lekarze mogliby pójść za wzorem dentystów warszawskich, z których wielu mieszka poza miastem, a w śródmieściu posiada wspólną pracownię. — Kol. Łokczewski przypomina projekt Zygmunta Kramsztyka otwierania wspólnych pracowni ze względów higienicznych i ekonomicznych.

Dr Karol Rozenfeld.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie z dnia 6. X. 1911 r.

1) Kol. Łazarewicz: **O komórkach plazmatycznych w ginekologii.** Hitschmann i Adler w Dreźnie wystąpili z reformą nauki o nieżycie śluzówki, przedewszystkiem przeciw »endometritis glandularis«. Powodem tej sprawy jest nagromadzenie komórek plazmatycznych. Prawidłowo drobne komórki gromadzą się w tkance śluzowej macicy w gromadkach, podobnie jak w gruczołkach chłonnych. Rozpoznanie więc zapalnego stanu byłoby bardzo trudne, gdyby nie można odróżnić komórek plazmatycznych, które według tych autorów znajdujemy jedynie w stanie zapalnym. Spotyka się je w zapaleniach (endometritis) po poronieniu i połogu, a utrzymują się one lata całe w śluzówce. Dlatego dla rozpoznania przewlekłego nieżytu nie potrzeba trzymać się komórek wrzecionowatych. Mowca przedstawia rozwój nauki o komórkach plazmatycznych wogóle i różnice zapatrywań Unny i Neissera oraz Marschalko. O stosunku tych komórek do narządów płciowych kobiety bardzo mało istnieje wzmianek. Tylko Pfannenstiel w dziele Winckla zgadza się z Waldeyerem, chodzi tu jednak nie o właściwe komórki miąższowe, lecz o t. zw. »tuczne«. Pierwszą pracę o właściwych komórkach plazmatycznych w sprawach kobiecych napisał Wederhake. W ciąży np. powstają według niego komórki plazmatyczne z limfocytów i dostają się do śluzówki, gdzie częściowo zamieniają się na doczesne. Wyniki Wederhakego jednak są nie sprawdzone, a nawet Weisshaupt i Frey wprost im zaprzeczają. Badali oni nietylko śluzówkę, ale i inne części narządów rodnych. Widzieli te komórki często w strzępach wyskrobanych po poronieniu.

Przy różnych sprawach różnie zachowują się komórki plazmatyczne. Gdzie są leukocyty, tam ich brak. Nie są też cechą spraw zapalnych przy mięśniakach. Ukazują się zwykle w okolicy drobnych naczyń, wśród innych komórek. Istnieje powinowactwo z »komórkami drobnemi okrągłemi«, które odpowiadają małym limfocytom. Mowca sądzi, że i komórki plazmatyczne należy zaliczać do limfocytów, które w tkance soczystej pęcznieją. Komórki tuczne prawdopodobnie tworzą się z plazmatycznych.

Jakie znaczenie mają komórki plazmatyczne w rozpoznawaniu przewlekłego nieżytu śluzówki macicznej? Wszy-

scy autorowie używali do badania strzępów wyskrobanych. Jeśli ten materyał zawierał tak często komórki plazmatyczne, to dowodzi to, jak ważne jest ich odnalezienie w celach rozpoznania. Jednakowoż tak samo do rozpoznania nieżytu wystarczają inne wybitne objawy.

W dyskusyi przychyla się kol. Święcicki do zapatrywania Unny. Obecność komórek plazmatycznych w »endometritis interstitialis« właśnie dowodzi, że chodzi o obronę ustroju wobec jadu, oraz dowodzi ich pochodzenia z tkanki łącznej. Co do zapatrywań Pfannenstiela, to ciąża przedstawia rodzaj toksykozy i może powodować bujanie tych komórek. Mowca wspomina o ziarninach Schriddego, składających się z lecytyny, a znajdujących się także w komórkach tkanki łącznej.

Kol. Jezierski zwraca się przeciw teoryi Freya. Szkoła hematologiczna od 30 lat rozróżnia komórki z ziarniną i bez niej. Dlatego nie mogą komórki plazmatyczne pochodzić od limfocytów.

Kol. Karwowski podnosi teoryę Unny. Zwraca się przeciw temu, żeby różnicę między komórkami tucznemi a plazmatycznemi widzieć tylko w rozmiarach ziarniny. Komórki tuczne przybierają w przeciwieństwie do tamtych barwę czerwoną, mają postać odmienną, często ogoniastą i wrzecionowatą. Komórki plazmatyczne należy dzielić na 1) wielkie = macierzyste, 2) małe = pochodne i zupełnie od nich różne małe komórki zanikłe, których miąższ w postaci nieregularnych bryłek tylko uwydatnia się sposobem barwienia Unny. Ponieważ dawnymi sposobami barwienia plazmy się nie uwydatniało, przeto widziano tylko jądra i opisywano je jako leukocyty, limfocyty, a zapewne nieraz jako »drobnokomórkowe nacieki«. K. przypomina także zapomnianą teoryę Grawitza o t. zw. »Schlummerzellen«, która jednak miała podstawę. Mowca znalazł też w ostatnich pracach nad salwarsanem wzmiankę, że przy jego działaniu odgrywają rolę komórki plazmatyczne. — Kol. Swięcicki podnosi, że dowodziłoby to roli przeciwjadowej tych komórek. — Kol. Jezierski przedstawia preparat drobnowidowy komórek plazmatycznych.

2) Kol. Mieczkowski zawiadamia, że Prof. Kryński przybędzie na Walne Zebranie z wykładem: »O leczeniu operacyjnem choroby Basedowa«. Koreferaty obejmą kol. Jezierski (internista) i kol. Karwowski (o rentgenoterapii choroby Basedowa). Dr Adam Karwowski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 13 b. m. posiedzenie, na którem Dr Parturier mówił o zdrojowiskach francuskich w porównaniu z niemieckiemi. Wybory Zarządu na r. 1912 odłożono do następnego posiedzenia.

— Krajowa Rada Zdrowia odbyła 9. b. m. posiedzenie, na którem zajmowała się następującemi sprawami: 1) Przepisy o grzebaniu zwłok. 2) Taksa szpitalna w Zaleszczykach. 3) Ambulatoryum w szpitalu izraelickim we Lwowie.

— Prof. Dr Stanisław Maziarski został mianowany zwyczajnym profesorem histologii. Przez tę przemianę katedry histologii nadzwyczajnej na zwyczajną zostaje Wydział krakowski zrównany z innymi austryackimi Wydziałami lekarskimi, gdzie katedra ta oddawna jest zwyczajną.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 3. XII. do 9. XII. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 2 (w tem obcych 2 † 1), krztuśca 5, ospy wietrznej 5, płonicy 19 † 3 (2 † 2), odry 31 † 2 (2 † —), duru brzusznego 4 † — (1 † —), gorączki połogowej 2 † 2 (1 † 1), róży 4, wodowstrętu 1. Dr Janiszewski.

Z różnych stron. P. Curie-Skłodowska otrzymała tegoroczną nagrodę Nobla za zasługi w zakresie chemii. Nagrodę za prace z zakresu medycyny otrzymał Prof. Gulstrand z Upsali.

†

Dr Ludwik Cwiklicer.

W dniu 7 grudnia b. r. zmarł w Krakowie Dr Ludwik Cwiklicer, lekarz w Dobromilu i burmistrz tego miasta, członek Wydziału Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej. Śmierć Jego stanowi dotkliwą stratę nietylko dla miasta, w którem przez 30 lat z niezmordowaną energią pracował jako lekarz i obywatel, lecz niemniej dla naszych sfer lekarskich, których był ozdobą, oraz dla społeczeństwa, w którem był czynną i wielce pożyteczną jednostką.

Urodzony w r. 1849 w Krakowie, odbył studya gimnazyalne i uniwersyteckie w grodzie Jagiellońskim i tu uzyskał stopień doktora wszech nauk lekarskich w r. 1878. Po odbyciu praktyki w szpitalu św. Łazarza, osiadł początkowo w Podhajcach, obejmując kierownictwo tamtejszego szpitala. Już w tem mieście, jako młody lekarz, zdołał pozyskać sobie wnet taką sympatyę i popularność, że mimo krótkiego pobytu i młodego wieku, obrano Go burmistrzem, a w kilka lat później w uznaniu zasług obdarzono Go obywatelstwem honorowem tego miasta. Z końcem r. 1881 przeniósł się do Dobromila, gdzie początkowo piastował skromną posadę lekarza miejskiego, a w rok później także lekarza salinarnego, którym pozostał aż do r. 1906.

Głęboka i wszechstronna wiedza lekarska, stanowczość, powaga i łagodność w postępowaniu z chorymi, zjednały Mu wkrótce sławę dzielnego lekarza i rozległą klientelę, a wysoko wyrobione poczucie godności stanu lekarskiego i koleżeństwa, przyniosło Mu szacunek i zaufanie kolegów, które znalazło jednomyślny wyraz w kilkakrotnym wyborze ś. p. Dra Cwiklicera do Izby lekarskiej. Jako długoletni członek tej Izby brał żywy udział w jej obradach, pomimo rozlicznych zajęć i obowiązków, jakie Jego działalność publiczna nań wkładała. Był również gorliwym członkiem Towarzystwa lekarzy galicyjskich, a w posiedzeniach Sekcyi sanockiej tegoż Towarzystwa brał stale czynny udział, występując często z tematami naukowymi, jakoteż dając inicyatywę w wielu sprawach zawodowo-lekarskich.

Zajęcia zawodowe nie wystarczały jednak do zupełnego wypełnienia treści życia tego niezwykle ruchliwego umysłu i bardzo wybitnej indywidualności, jaką był ś. p. Cwiklicer. Skromny z natury, nie szukał wprawdzie rozgłosu na szerszej arenie życia publicznego — do którego posiadał niewątpliwie wszelkie warunki — lecz zdolności Swe i pracę poświęcił dla dobra miasta, które było Jego siedzibą, tudzież powiatu dobromilskiego. Wybrany w r. 1893 burmistrzem Dobromila, piastował tę godność aż do śmierci, a nazwisko Jego zapisane będzie chlubnie w historyi starego grodu Herburtów. Obdarzony niezwykłym talentem organizatorskim i administracyjnym, odwagą przekonań, niezłomną wolą, oraz konsekwencyą i wytrwałością w przeprowadzaniu powziętych zamiarów i zwalczaniu napotkanych trudności, zdziałał dla miasta bardzo wiele. Był założycielem miejskiej Kasy oszczędności, wybudował dwie szkoły 5-klasowe, kilka budynków miejskich, rzeźnię, założył Kółko rolnicze, ochronkę dla sierót i t. d. Jako lekarz, na stanowisku burmistrza dbał również bardzo o podniesienie stosunków zdrowotnych miasta, o jego uporządkowanie i upiększenie, nie szczędząc na ten cel nawet własnego grosza. Najlepszym dowodem oszczędnej i umiejętnej gospodarki Zmarłego w zarządzie miasta jest to, że przed 18 laty objął finanse miejskie z deficytem, a pozostawił je z majątkiem przeszło miliona koron. Jako długoletni członek Wydziału powiatowego rozwinął wielce pożyteczną działalność około dobra powiatu dobromilskiego. W uznaniu zasług obywatelskich odznaczony został w r. 1898 złotym krzyżem zasługi z koroną.

Ulubionem polem działania Zmarłego było pożarnictwo, którego był od młodości gorliwym orędownikiem. Jeszcze za czasów uniwersyteckich należał do ochotniczej straży pożarnej, a Jego dziełem było założenie Krajowego Związku ochotniczych straży pożarnych, któremu przez długie lata przewodniczył. Miejscową straż pożarną w Dobromilu zorganizował i postawił na stopię nowożytnej; przez skrupulatne przestrzeganie policyi budowlanej i ogniotrwałego krycia dachów, podniósł znakomicie bezpieczeństwo ogniowe miasta, nawiedzanego dawniej częstymi pożarami.

Żmudna praca zawodowa i społeczna, walka z przeciwnościami, które umiał żelazną wolą i energią pokonywać, podko-

pały zdrowie ś. p. Dra Ćwiklicera. Nurtująca Jego ustrój choroba sercowa walczyła przez długi czas daremnie z niespożytym duchem, który aż do ostatniej chwili zwycięzko panował nad zanikającem zdrowiem fizycznem. Wreszcie przemogła choroba, a śmierć nieubłagana przerwała to pracowite życie, wzbudzając głęboki żal u wszystkich, wśród których żył i działał.

Sed non cum corpore exstinguuntur magnae animae!

Cześć pamięci zasłużonego lekarza-obywatela!

Dr Al. Stangenhaus.

Pogrzeb ś. p. Ćwiklicera odbył się w Krakowie. Nad trumną przemawiali: ks. Cozel, podnosząc społeczne Jego zasługi, prezydent Dr Schoengut od Izby lekarskiej, p. Żurawski od Rady powiatowej, p. Hanik od mieszczan dobromilskich, adw. Dr Tigerman od Rady miejskiej dobromilskiej, rejent Bahr od Kraj. Związku straży pożarnych.

Dr Kazimierz Rosenthal, wychowaniec szkoły głównej zmarł w Paryżu.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 20. grudnia 1911 o godzinie 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Wybory Zarządu Towarzystwa na rok 1912.

Posiedzenie Sekcyi czortkowskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbędzie się **w sobotę d. 16. grudnia r. b. w szpitalu powszechnym w Czortkowie o g. 5 wieczorem.**

Porządek dzienny: 1) Odczytanie protokołu z ostatniego posiedzenia; 2) demonstracye chorych; 3) taryfa lekarzy-znawców c. k. Sądu obwodowego; 4) wnioski.

Następne posiedzenie Sekcyi odbędzie się w Husiatynie.

Prezydyum Sekcyi czortkowskiej.

Sekretarz admin.: Dr Gargulński. Przewodn.: Dr Wągrowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Gelonida aluminii subacetici. Przyczynek do leczenia czyszcząco-odkażającego. Dr Junghans (Deut. Med. Klin.1911, Nr 18).

Leczenie czyszcząco-odkażające przewodu pokarmowego zapomocą »Gelonida aluminii subacetici« stosował najpierw Dr Dreuw z bardzo korzystnym wynikiem przy zaparciu, nieżycie pęcherza i innych chorobach zakaźnych układu moczowego i polecał do ogólnego użytku. Tłumaczenie dla skuteczności takiego postępowania znachodził Dreuw w zabijaniu szkodliwych bakteryi jelitowych (bact. coli etc.) i w zapobieganiu wtargnięcia ich do narządów sąsiednich. Junghans poleca rozszerzenie zakresu wskazań postępowania odkażającego Dreuw'a na takie schorzenia skóry, które niechybnie wprowadza się w związek z przyczynami wewnętrznemi, szczególnie z zaburzeniami żołądkowo-jelitowemi. On sam osiągnął uwagi godne wyleczenia uporczywej czyrakowatości i acne vulgaris (przy ostatniej bez wszelkiego leczenia miejscowego) jedynie przez podawanie 3—6 sztuk (dzieciom trzy połówki) gelonida aluminii subacetici Nr I. (dodatek siarkanu glinu), Nr II. (czyste) i Nr III (z dodatkiem phenolphtaleiny), zależnie od tego czy zamierzono działanie łagodnie przeczyszczające (Nr I.), raczej wstrzymujące (Nr II.), lub silniej przeczyszczające (Nr III), przez 6—8 tygodni.

Dalej osiągnął on wyleczenie szeregu przypadków przewlekłego zaparcia stolca z silnymi upławami, jakoteż ostrego nieżytu żołądkowo-jelitowego. Korzystny wpływ widział w przypadku gruźlicy jelit; także przy ostrym wiewiórze, nieżycie pęcherza (obok leczenia miejscowego). Oxyuris vermicularis usunięto po 14 dniach, po $1^1/_2$ rocznem bezskutecznem leczeniu innymi środkami. Przy tych często męczących cierpieniach okazują gelenida aluminii subacetici wprost swoiste działanie; przedstawiają one wogóle środek »wskazany przy schorzeniach zakaźnych jelit i przy stanach następowych«.

Gelonida aluminii subacetici wprowadza w obrót fabryka chemiczna Goedecke & Co w Berlinie. Hr. W.

Rok L. Kraków, dnia 23 grudnia 1911 Nr 51.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki dermatologicznej Uniw. Jagiell.

Badania nad występowaniem cylindruryi wśród leczenia rtęcią.

Podał

Prof. Dr Władysław Reiss.

(Dokończenie).

Materyał nasz dotyczy w tym kierunku przedewszystkiem chorych, leczonych wstrzykiwaniami soli nierozpuszczalnych, których cały szereg leczono klinicznie kilkakrotnie z powodu nawrotów choroby w różnych odstępach czasu. Z całego szeregu tych spostrzeżeń wyłączyłem naturalnie wszystkie te przypadki, w których wywiady wykazywały poprzednie leczenie rtęcią, jeżeli leczenie to nie było przeprowadzone w naszej klinice. Doświadczenia nasze w tym kierunku oparto tylko na tych chorych, u których badanie osadu co do wałeczków, a moczu co do białka w czasie pierwszego leczenia zostało protokolarnie stwierdzone.

Z dwudziestu chorych, leczonych salicylanem rtęciowym drogą wstrzykiwań miąższowych po raz wtóry, dwunastu przebywało pierwsze leczenie tą samą metodą przed 5—6 miesiącami, pięciu przed rokiem, jeden przed dwoma laty, 2 zaś chorych przebywało pierwsze leczenie drogą wcierań przed szeregiem lat (3—4).

Zapiski nasze w pierwszych sześciu przypadkach dają następujące liczby.

Leczenie pierwsze.	Leczenie drugie.
1. R. S., lat 25. Syphilis mac. rec. Po 5 wstrzykiwaniach skąpe wałeczki, po 7 dniach nieco obfitsze, bez śladu białka. Leczenie zakończono 17/3 1908.	R. S. Syph. maculo-papul. recidiva, condylom. ad anum. Po 2. wstrzyknięciu skąpe wałeczki, po 3. obfite. Białka niema. Leczenie zakończono 1/3 1909.
2. M. C., lat 27. Syph. papul. recens. Sclerosis phaged. gland. penis. Po 3 wstrzykiwaniach wałeczki skąpe, po 5 obfitsze. Białka brak. Leczenie zakończono 5/1 1907. (Razem 7 wstrzyknięć + KJ).	M. C. Syph. papulosa tuberculosa brachii et frontis regionalis. Po 1 wstrzyknięciu liczne wałeczki, po 3. bardzo obfite. Śladzik białka. Leczenie zakończono 2/7 1907.
3. R. R., l. 30. Syph. macul. recens. Residua post. scleros. pen. Po 5. wstrzyknięciu ślad wałeczków, po 6. obfite. Białka brak. Leczenie zakończono 15. 12. 1907.	R. R. Syph. mac. orbicul. recid. Po 2. wstrzyknięciu skąpe wałeczki, po 4. wstrzyknięciu liczne, z tych wiele nabłonkowych i ziarnistych. Leczenie zakończono 28/6 1907.
4. S. T., l. 22. Syph. mac. papulosa, condyl. genitalium. Sclerosis cicatrisata. Po 4. wstrzyknięciu wałeczki skąpe, przeważnie szkliste, gdzieniegdzie ziarniste, po 6. wstrzyknięciu obfite, ale brak zupełny nabłonkowych. Białka nie ma, po 7. wstrzyknięciu stan tensam, ślad białka (próba kw. octowym i żelazosinkiem). Leczenie zakończono 12/6 1906.	S. T. Syph. papulosa recidiva. Po 2. wstrzyknięciu liczne wałeczki szkliste i nabłonkowe, równocześnie ślad wyraźny białka. Leczenie zakończono po 5 wstrzyknięciach 12/11 1907.
5. C. Ł. Syph. macul. rec. Po 6 wstrzykiwaniach bardzo skąpe wałeczki szkliste, nieliczne leukocyty. Białka brak. Leczenie zakończono 13/11 1906.	C. Ł. Syph. maculo-papul. recid. Psoriasis palmaris. Iritis oculi dextri. Po 3 wstrzykiwaniach obfite wałeczki szkliste i ziarniste. Po 5 wstrzykiwaniach bardzo obfite przeważnie nabłonkowe. Leczenie zakończono 2/5 1907.
6. F. S. Sclerosis ambustiformis gland. penis. Syph. macul. incip. Po 5 wstrzykiwaniach wałeczki skąpe wyłącznie szkliste. Po 6 stan tensam. Białka brak. Leczenie zakończono po 6 wstrzykiwaniach 2/2 1907.	F. S. Syph. papulosa recidiva. Po 3 wstrzykiwaniach skąpe wałeczki, po 4 obfite z przewagą ziarnistych. Białka brak. Leczenie zakończono po 5 wstrzykiwaniach 6/7 1908.

W reszcie przypadków, a mianowicie tam, gdzie pomiędzy leczeniem jednem a drugiem przypadał dłuższy okres czasu (powyżej jednego roku) nie zauważono żadnej wybitniejszej różnicy w wydzielaniu się wałeczków w czasie następnego leczenia, w kilku zaś przypadkach, w których po poprzedniem leczeniu upłynął szereg lat, wydzielanie się wałeczków odbywało się zupełnie w tej mierze, jak to się zwykle dzieje w czasie pierwszego leczenia. I tak u chorego, le-

czonego przed 4 laty wcieraniami w liczbie około 40 (Nr protok. 83) spostrzegano dopiero po 5 wstrzykiwaniach kilka wałeczków szklistych bez śladu białka, u chorego zaś, leczonego przed 2 laty 7 wstrzykiwaniami miąższowymi, zauważono po 15 wcieraniach nieliczne wałeczki przeważnie szkliste, z małą tylko domieszką ziarnistych i bez śladu białka; dalszy przebieg leczenia, dosyć zresztą długo trwającego, wykazywał zupełnie prawidłowe wyniki (Nr protok. 102). Na podstawie naszych zapisków odnosi się zatem wrażenie, że działanie poprzedzającego leczenia w kierunku wzmagania się produkcyi wałeczków przy leczeniu następnem jest tylko ograniczone i odnosi się tylko do dosyć krótkiego terminu.

Na szczególniejszą uwagę zasługiwało staranne badanie osadów u kobiet ciężarnych, leczonych rtęcią, a to ze względu na to, że Fischer wykazywał u kobiet ciężarnych cylindrurye w ogóle, i to bez równoczesnego białkomoczu, szczególniej w ostatnich miesiącach ciąży. Badania nasze nie zdołały wykazać, mimo badań na dosyć licznym materyale, wybitniejszych różnic w porównaniu do moczu kobiet, leczonych rtęcią poza okresem ciąży. Jedynie w 2 przypadkach (ciąża między 7—9. miesiącem księżycowym) dostrzeżono cylindrurye prawie natychmiast po rozpoczęciu leczenia wcieraniami, bo u jednej chorej po 5 wcieraniach obfite wałeczki szkliste, u drugiej po 10 wcieraniach bardzo liczne wałeczki z dużą przewagą nabłonkowych i z równoczesnym śladem białka. Poza tymi dwoma przypadkami nie dostrzeżono w tym kierunku u kobiet ciężarnych żadnej wybitniejszej różnicy. Sprawa ta budzi jednak żywe zainteresowanie i wymagałaby systematycznego badania na licznym materyale, i to w najrozmaitszych okresach ciąży. Dotychczasowe nieliczne badania Fischla, a następnie i nasze nie pozwalają na wyrażenie jakiegoś zdania w tej sprawie.

Jednym z czynników usposabiających do cylindruryi jest zdaniem niektórych autorów nadmierne wydzielanie kwasu szczawiowego, który drażniąc nerki, przygotowywać może niejako teren zmniejszonej odporności dla następowego działania rtęci. Tak przypuszcza Fischel i zwrócenie uwagi na tę działalność jest zasługą tego autora. Fischel znajdował rzeczywiście w przypadkach oksaluryi przy równoczesnem leczeniu rtęcią z reguły bardzo wiele wałeczków w osadzie, nie umie jednak rozstrzygnąć, czy chodzi tutaj o rzeczywiste drażnienie nerek kryształami kwasu szczawiowego, czy też może tylko o zwykłą koincydencyę. Odpowiedź w tym kierunku mogłyby dać tylko liczne i systematyczne badania osadów u ludzi cierpiących na oksaluryę; badania analogiczne co do kwasu moczowego przeprowadzał Török, który znajdował tak zwane cylindroidy w osadzie równolegle ze znacznem wydzielaniem się kwasu moczowego.

Moje zapiski w tym kierunku zdają się przemawiać za domniemaniem, że wydzielanie się kwasu szczawiowego jest bądź co bądź czynnikiem usposabiającym do cylindruryi w okresie leczenia rtęcią. Nie zapisywałem niestety obecności kryształów kwasu szczawiowego w wielu przypadkach, — niejednokrotnie jednak zauważyłem rzeczywiście obok bardzo obfitych wałeczków równocześnie i bardzo liczne kryształy tego kwasu w osadzie, a w 2 przypadkach, w którym cylindrurya wystąpiła bardzo wcześnie, t. j. zaraz z początkiem leczenia, zapisano w protokole bardzo znaczną ilość kryształów kwasu szczawiowego. W obu tych przypadkach (Nr protok. 92 i 135) chodziło o wałeczki ziarniste i nabłonkowe już po trzeciem wstrzyknięciu, t. j. po 0·3 salicylanu rtęciowego u chorych, u których ani postać kiły, ani żadne powikłania tak obfitego wydzielania się wałeczków zresztą nie usprawiedliwiały.

Na sprawę występowania cylindruryi w większym lub mniejszym stopniu w czasie leczenia rtęcią wpływają niewątpliwie mniej lub więcej ciężkie objawy zakażenia danego ustroju. Nie może tu bezwarunkowo odgrywać roli podnoszony przez autorów zarzut, że należy ten objaw przypisywać nie cięższej postaci kiły jako takiej, lecz raczej znaczniejszym ilościom zużytej podówczas rtęci, ponieważ wielokrotnie miałem sposobność się przekonać, że także w bardzo przezornie i małemi dawkami leczonych przypadkach ciężkiego zakażenia, wałeczkomocz był o wiele znaczniejszy, aniżeliby to odpowiadało stosunkom prawidłowym. Następujące zestawienie unaoczni do pewnego stopnia moje spostrzeżenia w tym kierunku:

Okres kiły	Wałeczkomocz po ukończeniu leczenia					
	Brak wałeczków	Wałeczki				Razem
		skąpe	wyraźnie wzmożone	obfite	bardzo obfite	
Okres wczesny . . .	4	24	28	10	4	70
Nawroty łagodne . .	7	30	22	14	6	79
Nawroty ciężkie (okresu późnego)	2	5	16	6	18	47
Razem	13	59	66	30	28	196

Z zestawienia tego zdaje się wynikać, że rtęć, wydzielając się drogą nerek, jednak o wiele łatwiej wywoływać może stany podrażnienia u dotkniętych cięższemi postaciami kiły, aniżeli w przypadkach schorzeń łagodnych świeżego okresu lub lekkich nawrotów. Trudnoby było tu zgodzić się ze zdaniem Welandera, który w tych razach skłania się do przypuszczenia, że ponieważ nawroty cięższe odpowiadają zazwyczaj i późniejszemu już okresowi życia, sam wiek już tłómaczyłby tu do pewnego stopnia wzmożoną cylindrurye w danych przypadkach. Nie przecząc bynajmniej temu, że rtęć, stosowana w wieku podeszłym, łatwiej wiedzie do wałeczkomoczu, aniżeli w wieku młodym, musimy jednak stanowczo podtrzymywać niezależność jednego czynnika od drugiego, skoro w całej seryi przypadków stwierdzano w naszych zestawieniach obfity wałeczkomocz u ludzi jeszcze młodych, lecz dotkniętych ciężkimi objawami kiły rozmaitych okresów. Co do wpływu wieku samego na produkcyę wałeczków w czasie leczenia rtęcią, to już poprzednio wyraziliśmy nasze zdanie.

Dotychczasowe zestawienia, na których opieraliśmy nasze wnioski, dotyczyły przeważnie leczenia wcieraniami. Nie ulega natomiast najmniejszej wątpliwości, że na produkcyę wałeczków wpływa pośrednio sposób zastosowania

rtęci bez względu na same dawki tego leku. Wpływ ten tłómaczy się bardzo łatwo tem, że sprawa wchłaniania się i wydzielania się rtęci jest, jak wiadomo, »caeteris paribus« przy rozmaitych metodach jej stosowania różna i dlatego szybsza lub powolniejsza, mniej lub więcej nagła, względnie, co bardzo ważne, mniej lub więcej jednostajna eliminacya metalu drogą nerek musi odgrywać bardzo ważną rolę w kierunku produkcyi wałeczków w czasie samego leczenia, względnie w dłuższy lub krótszy czas po zastosowaniu ostatniej dawki rtęci. Obserwacye w powyższym kierunku były zatem już z góry wskazane.

Po leczeniu wewnętrznem rtęcią, a szczególniej w postaci pigułek lub tak zwanych kołaczyków prasowanych (tablettae compressae) nie dostrzegano prawie nigdy cylindruryi, a jedynie po zastosowaniu rtęci w postaci proszków (hydrargyr. tannic. oxydulat. z kwasem garbnikowym i cukrem, jako tak zwane proszki Lustgartena) lub w płynie (najczęściej hydrarg. bijodatum rubr. w rozczynie jodku potasu) pojawiały się tu i ówdzie po dłuższem używaniu przetworu bardzo nieliczne wałeczki i to w nieznacznym tylko odsetku przypadków (2—3%). Jakkolwiek obserwacye nasze w tej kategoryi leczonych chorych są bardzo nieliczne (w klinice stałej przeważnie tej metody leczenia nie używamy), to jednak wynika z nich niewątpliwie, że szybkość wchłaniania bywa w metodzie wewnętrznej bardzo nieregularna i niejednostajna, a eliminacya rtęci bardzo nieznaczna, szczególnie przy leczeniu pigułkami lub kołaczykami, przechowanymi w słojach lub pudełkach (szczególnie to ostatnie) przez długi okres czasu. Dlatego też twierdzę wbrew zdaniu autorów francuskich, że jestto metoda leczenia bardzo niepraktyczna, a używać jej należy chyba tam, gdzie żadna z innych metod z rozmaitych powodów przeprowadzona być nie może.

Znacznej bardzo, jakkolwiek dosyć niejednostajnej, bo dosyć okresowo występującej eliminacyi rtęci po wstrzykiwaniach przetworów nierozpuszczalnych, odpowiada też zazwyczaj dosyć obfita cylindrurya, szczególnie w późniejszych okresach leczenia, t. j. po 5—7 wstrzykiwaniach. W klinice używano prawie wyłącznie salicylanu rtęciowego po 0·1 na dawkę. W następującem zestawieniu staram się unaocznić w sposób porównawczy wyniki w kierunku wydzielania się wałeczków przy poszczególnych metodach leczniczych, spostrzegane u naszych chorych: (ob. obok).

Metoda leczenia	Ilość wałeczków					
	Brak wałeczków	Skąpe	Wyraźnie wzmożone	Obfite	Bardzo obfite	Odsetka najobfitszej ilości wałeczków
Leczenie wewnętrzne proszkiem	3	—	3	1	—	—
Leczenie wewnętrzne płynem	1	1	2	—	2	—
Wcierania	2	9	8	7	22	32·4
Wstrzykiwania soli rozpuszczalnej	1	2	—	3	2	18·6
Wstrzykiwania soli nierozpuszczalnej	1	12	10	5	11	28·8
Wcierania Thalmanowskie	2	1	2	—	4	—
Razem	10	25	25	16	41	—

Z zestawienia tego wynika, że po leczeniu wewnętrznem zauważyć się daje najmniejsza odsetka wałeczkomoczu wogóle, najobficiej zaś występują wałeczki po leczeniu wcieraniami i po wstrzykiwaniach soli nierozpuszczalnych. Co do wałeczkomoczu, jaki występuje podczas a względnie po ukończeniu głębokich wstrzykiwań, zauważyć musimy jeden szczegół, bardzo ważny i charakterystyczny zdaniem naszem, a przez nikogo z autorów dotychczas nie uwzględniony. Szczegół ten, stwierdzony u naszych chorych na bardzo licznym materyale, polega na okresowem wydzielaniu się wałeczków w pewnych odstępach czasu, których z góry oznaczyć nigdy nie podobna Zachodzi tu niewątpliwie analogia z bardzo nierównomiernem i okresowem wydzielaniem się rtęci w przebiegu leczenia trudno rozpuszczalnemi solami tego metalu w przeciwieństwie do względnie dosyć jednostajnego wydzielania się rtęci drogą nerek w czasie stosowania soli rozpuszczalnych drogą wstrzykiwań podskórnych lub głębokich. Okresowość ta w wydzielaniu się wałeczków cechuje poniekąd tę metodę leczenia w porównaniu z innemi, a zauważyć się daje już odrazu po rozpoczęciu leczenia. Wałeczkomocz dosyć znacznego stopnia, spostrzegany po trzeciem lub czwartem wstrzyknięciu salicylanu rtęciowego, ustaje w czas jakiś zupełnie, mimo, że w dalszem leczeniu żadnej nie czynimy przerwy. Mocz tych chorych, badany następnie przez dwa do trzech tygodni, nie zawiera wcale wałeczków albo też bardzo tylko nieznaczną ich ilość, poczem pojawia się nagle, i to często bynajmniej nie bezpośrednio po nowej dawce, wałeczkomocz znacznego stopnia, trwający z nieznacznemi wahaniami przez tydzień lub dwa. Dopiero po ukończeniu leczenia ulega dalsze wydzielanie się wałeczków pewnemu ujednostajnieniu, ale dopiero w kilka tygodni po ostatniej dawce wstrzykniętego przetworu. Stwierdzono to u chorych, przyjętych ponownie do kliniki po upływie pewnego czasu z powodu miejscowych nawrotów i nieleczonych wówczas ogólnie rtęcią. Obok tej okresowości w pojawianiu się wałeczków, spostrzegano również pewną okresową kolejność w kierunku samejże morfologii badanego osadu. I tak, kiedy w pewnych okresach wydzielały się wyłącznie prawie same wałeczki szkliste z małą tylko domieszką ziarnistych, to w drugim okresie znajdowano same już tylko twory ziarniste lub nabłonkowe, przyczem w międzyczasie stosowane wstrzykiwania nie wpływają zupełnie, a przynajmniej nie tak szybko na zmianę osadu w odpowiednim okresie. Zauważono również, że nie zawsze okresy wałeczków ziarnistych lub nabłonkowych następują, jakby się spodziewać należało, po okresach lżejszego podrażnienia, znamiennych pojawieniem się wałeczków wyłącznie szklistych, lecz często kolejność obrazów bywa wprost odwrotna. I tak stwierdzono u chorego, cierpiącego na kiłę guzkową (syphilis papulosa universalis), trwającą od 2 miesięcy, bardzo liczne wałeczki ziarniste z domieszką nabłonkowych bez śladu białka po czterech dawkach salicylanu rtęciowego po 0·12, powtarzanych co szósty dzień (Nr prot. 91). Mimo dalszego stosowania przetworu w tychże samych dawkach bez przerwy (zmiany ustępowały w tym

przypadku dosyć szybko) wystąpił okres łagodniejszego drażnienia nerek, a w osadzie pojawiały się przez dwa tygodnie następne tylko twory szkliste, aby z kolei ustąpić miejsca ponownie okresowi wałeczków nabłonkowych wraz z pojawieniem się śladów białka.

Nie stwierdziliśmy niestety, czy okresowość ta dotyczy także i całego szeregu innych nierozpuszczalnych przetworów rtęci, ponieważ w klinice naszej używamy od długiego czasu przeważnie tylko salicylanu, jako środka najlepiej znoszonego; należałoby jednak drogą analogii przypuszczać, że i inne sole nierozpuszczalne wiodą do tych samych wyników.

Czy objaw ten należy wprowadzić w bezpośrednią zależność od nierównomiernej wessalności soli rtęciowych, względnie, co za tem idzie, od nierównomiernego wydzielania się ich drogą nerek, czy też wchodzą tu w grę inne jeszcze, a bliżej nam nieznane czynniki, trudno na pewne orzec, należy bowiem uwzględnić także i te przypadki, w których stwierdzano znaczną ilość rtęci w moczu a równolegle z tem szybkie ustępowanie objawów klinicznych, gdy natomiast w osadach z tychże samych porcyi moczu stwierdzić można było objawy bardzo nieznacznego zaledwie podrażnienia nerek.

Omawiając sprawę drażnienia nerek wydzielającą się przez czas dłuższy rtęcią, należałoby odpowiedzieć na stawiane tak często przez klinicystów pytanie, czy też ten stan długotrwałego drażnienia, szczególniej w postaciach cięższych (wałeczki nabłonkowe i ślady białka) nie usposabia w mniejszym lub większym stopniu do schorzenia tych gruczołów i do trwałych w nich zmian anatomicznych.

Polegając na wielkiem w tym kierunku doświadczeniu Welandera, należałoby twierdzić, że nie. Wszak mamy codziennie tyle sposobności badania moczu ludzi, którzy przeprowadzali wielokrotne i długotrwałe leczenie rtęcią i to najrozmaitszemi metodami, a u których żadnych zgoła zmian w nerkach ani we wczesnych ani w późniejszych okresach wykazać nie możemy. Najlepsze bezwątpienia rokowanie odnieść należy do tych przypadków, w których drażnienie ogranicza się tylko do wałeczków szklistych, lub też ziarnistych w skąpej zwłaszcza ilości. Stan taki znika, jak poucza doświadczenie, po pewnym czasie bez śladu, nawet jeżeli stwierdzano go wielokrotnie z okazyi powtarzanego leczenia. Ostrożność należy niewątpliwie zachować tam, gdzie w początkowych już okresach leczenia występują na pole widzenia luźne wałeczki ziarniste z domieszką nabłonkowych, zwłaszcza, jeżeli towarzyszy im, jak zwykle, większy lub mniejszy ślad białka. Wówczas należy leczenie przeprowadzać przy ustawicznej kontroli moczu, zwłaszcza w czasie leczenia powtarzającego się, ale i wtedy ustępują z reguły objawy podrażnienia prędzej lub później bez śladu, nie pozostawiając, jak się zdaje, usposobienia do następowych schorzeń nerek w okresie późniejszym. Naturalnie, że mowa tu tylko o takich przypadkach, w których nie stwierdzono białka przed rozpoczęciem leczenia, ale gdzie białko było jednym z objawów rtęcicy. Niema tu również mowy o białkomoczu na tle zakażenia kiłowego, a który zazwyczaj zaraz w początkach leczenia rtęcią zmniejsza się lub znika bez śladu.

Tam natomiast, gdzie przed rozpoczęciem leczenia rtęciowego stwierdzić się daje choćby nieznaczna ilość białka, gdzie zatem istnieje już schorzenie nerek nawet małego stopnia, a nie pozostaje ono w żadnym związku przyczynowym z zakażeniem kiłowem, należy stosować rtęć nadzwyczaj ostrożnie. Nie ulega wprawdzie najmniejszej wątpliwości, i takie przypadki są nam dobrze znane, że w wielu razach sprawa chorobowa tocząca się w nerkach nie doznaje pod wpływem nawet forsowniejszego leczenia rtęciowego bynajmniej pogorszenia, jednakże wielokrotnie prowadzi wydzielanie się rtęci drogą nerek poprzednio schorzałych do wybuchu ostrego zapalenia ze wszystkiemi następstwami. Czy w pierwszej kategoryi przypadków brak pogorszenia sprawy zapalnej w nerkach tłómaczyć można tem, że rtęć, nie znajdując prawidłowych warunków wydzielania się drogą chorych gruczołów, szuka sobie innych dróg wydzielniczych i niemi przeważnie ustrój opuszcza (jak twierdzą niektórzy autorowie), trudno orzec stanowczo, częste jednak stwierdzanie sporych ilości rtęci w moczu w podobnych przypadkach i to w ilości, odpowiadającej mniej więcej równomiernie zużytym dawkom przetworu, nie zdaje się przemawiać za tem przypuszczeniem. Trudności, jakie się nasuwają przy ocenianiu tej sprawy, są tem znaczniejsze, o ile w odpowiedzi musimy uwzględnić znaczną eliminacyę rtęci drogą kału, jak również w pewnym stopniu drogą ślinianek, tak, że tylko systematycznie przeprowadzane badanie ilościowe w kierunku powyższych wydzielin mogłoby w danym razie odpowiedzieć zadaniu.

W całym szeregu zagadnień, które rozpatrywano w niniejszej pracy, wyłoniło się jeszcze jedno, które zasługiwało na pewne wyjaśnienie. Jest niem pytanie, czy brak zupełny cylindruryi przy długotrwałem i forsownem leczeniu przetworami rtęci przemawia za utrudnieniem wessalności, względnie za upośledzeniem w wydzielaniu się rtęci z ustroju. Na to pytanie możemy odpowiedzieć stanowczo przecząco. Cały szereg dotyczących tej sprawy przypadków dowodzi zupełnie bez zarzutu, że cylindrurya nie jest bynajmniej »conditio sine qua non« bardzo nawet wydatnej eliminacyi rtęci drogą nerek i to bez względu na to, czy wydzielanie to odbywa się równomiernie, czy też okresowo. W kilkunastu przypadkach, znajdujących się w naszych protokołach, a dotyczących chorych w rozmaitym okresie życia i w przeróżnych okresach zakażenia, stwierdzano zupełny brak wałeczkomoczu w czasie długotrwałego leczenia, natomiast szybkie ustępowanie zmian chorobowych przemawiało już samo przez się za szybką i wydatną wessalnością stosowanego przetworu, a obecność wydatnej ilości rtęci w moczu stwierdzała prawidłowe wydzielanie tego metalu. U niektórych chorych z tej kategoryi znajdowano jednak przy powtórnem leczeniu rtęcią wałeczki, jako dowód, że powtórne już przejście pewnej ilości rtęci po upływie kilku miesięcy przez nerki nie mogło się obyć bez pewnych śladów podrażnienia. U trzech jednak chorych, których leczono w klinice po upływie roku (jednego z nich po 2 latach) znaleziono po raz wtóry zupełny brak wałeczków, mimo, że leczenie przeciągało się w tym okresie przez czas dłuższy i polegało na wstrzykiwaniach miąższowych. Jako szczegół bardzo znamienny należy wymienić okoliczność, że z trzech chorych, nieokazujących przy powtórnem leczeniu rtęcią śladu wałeczkomoczu, 2 nie używało zupełnie napojów wyskokowych.

Szereg powyższych spostrzeżeń stwierdza tylko fakt,

że zupełny brak cylindruryi, podobnie zresztą jak zupełny brak rtęciczego zapalenia jamy ustnej u leczonych rtęcią chorych nie przemawia wcale za jakiemkolwiek upośledzeniem czynności wydzielniczych danego ustroju.

Literatura. 1. Bürgi. Grösse und Verlauf der Quecksilberausscheidung durch die Nieren bei den verschiedenen üblichen Kuren. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. LXXIX). — 2. Fürbringer. Über Albuminurie durch Quecksilber und Syphilis. (Verh. d. Congresses f. innere Medizin 4 Congr. Wiesbaden 1885). — 3. Gentzen. Über Cylindrurie und Nephritis. (Deutsche med. Wochenschrift, 1905, Nr 33). — 4. Glaser. Über den Einfluss alkoholischer Getränke auf das Harnsediment des normalen Menschen. (Deutsche med. Wochenschrift, 1891, XVII). — 5) Heller. Über mercurielle Albuminurie. (Berliner klin. Wochenschrift XXXII 1895. Berl. med. Gesellsch. Sitzung vom 23. Oktober 1895). — 6. Karvonen. Über den Einfluss des Quecksilbers auf die Nieren. (Dermatol. Zeitschrift V. 1898). — 7. Klieneberger und Oxenius. Über Urine und Urin-Sedimente bei normalen Personen bei rheum. Erkrankungen und nach der Einwirkung von Salicylpräpar. (Deutsch. Arch. f. Klin. Medizin. LXXX. 1904). — 8. Kobler. Beiträge zur Kenntniss der Nierenerscheinungen bei acuten Darmaffectionen nebst Bemerk. über die Bildung der hyalinen Cylinder. (Wien. klin. Wochenschrift 1870, p. 531). — 9. Lewin. Discussion über den Heker'schen Vortrag. (Berl. klin. Wochenschrift. XXXII. 1895, p. 971). — 10. Lüthje. Über die Wirkung von Salicylpräparaten auf die Harnwege nebst einigen Bemerkungen über die Genese der Cylinder und Cylindroide. (Deutsch. Arch. f. Klin. Medizin LXXIV, p. 163). — 11. Rosenheim. Zur Kenntniss der diuretischen Wirkung der Hg. Präparate. (Deutsche med. Wochenschrift. 1887, p. 325). — 12. Schwimmer. Über das Vorkommen der Albuminurie bei luetischen Affectionen. (Wiener med. Wochenschrift. 1892, p. 1913). — 13. Török und Pollak. Über die Entstehung der homogenen Harncylinder und Cylindroide. (Arch. f. experim. Pathologie u. Pharmakologie XXV. p. 87). — 14. Welander. Kann die Behandlung mit Quecksilber Cylindrurie und Albuminurie hervorrufen. (Arch. f. Dermatologie u. Syph. XXVI, p. 331). — 15. Welander. Klinische Studien über Nierenaffectionen bei Syphilis. (Arch. für Dermatolog. u. Syphilis. XXXVII, p. 91 und 323). — 16. Welander. Einige Worte über die Form der Anwendung des Quecksilbers. (Arch. f. Dermat. u. Syphilis. XLVI, p. 39). — 17. Winternitz. Quantitative Versuche zur Lehre über die Aufnahme und Ausscheidung des Hg. (Arch. f. experim. Pathologie u. Pharm. XXV. p. 225). — 18. Winternitz. Über die Ausscheidungsgrösse des Hg. (Arch. f. Dermatol. u. Syphilis. XXI, 1889, p. 783). — 19. Autor niewiadomy. Albuminurie und Cylindrurie infolge von Syphilis u. Hg Behandlung. (Journal de pract. 1900. Nr 52. Referat wedł. Unny). — 20. Fischel. Über Sedimentuntersuchungen eiweisslöser Harne bei therapeutischer Quecksilberapplikation. (Inunctionskuren). Arch. für Dermatol. u. Syphilis LXXXIII, p. 373). — 21. Doc. Dr Magnus Möller und Apotheker Arvid Blomquist. Über die Quecksilberausscheidung durch die Nieren bei intramusculären Injektionen von Mercurolöl in Vergleich mit einigen anderen Mitteln und Metoden.

O miażdżycy naczyń macicznych jako przyczynie ciągłych krwawień z macicy.

podał

Dr Falgowski,

ginekolog w Poznaniu.

(Podług wykładu na Zjeździe przyrodników i lekarzy w Krakowie).

O miażdżycy naczyń macicznych mało dotychczas pisano, nawet w znaczniejszych książkach naukowych. A jednak trzeba, jak to wynika z kilku publikacyi, przy obfitych krwotokach u starszych kobiet myśleć i o tej chorobie.

Kliniczne rozpoznanie jest trudne, dochodzi się do niego zwykle dopiero »per exclusionem«. Przy badaniu przez pochwę wyczuwa się, tak jak przy przewlekłem zapaleniu macicy (metritis chronica) powiększoną macicę. I kliniczne objawy są podobne: uczucie ciężkości w brzuchu, lekkie bole i nieregularne krwotoki. Różniczkowo-rozpoznawczo wyłączyć trzeba raka. Krwotoki są często tak poważne, że jedynym ratunkiem jest wyjęcie macicy.

Z historyi tej choroby nadmieniam tylko krótko, że Cruveilhier, a po nim Rokitansky opisywali pierwsi nadzwyczajną kruchość naczyń macicznych, jako zmianę, zachodzącą często u starszych kobiet. Autorzy ci nazywają tę sprawę »apopleksyą« macicy, Klob zanikiem wiądowym naczyń. Scanzoni nadmienia, że zdarza się, iż kruche ściany tętnic macicznych nie stawiają oporu ciśnieniu krwi i że z tego wynikają większe krwawienia. Dokładniejsze opisy patologiczne znajdujemy po raz pierwszy u Cornila i Pozziego: »Składniki elastyczne pomnażają się, a w ścianach naczyń widać wielokrotnie tłuszczowe wyrodnienie. Stwardniała tkanka łączna przybiera coraz więcej na ilości«. Brionde nazywa tę sprawę sklerozą i przytacza jako momenty etyologiczne kiłę, gruźlicę, ogólne stwardnienie tętnic i zastoje krwi. Prócz tego opisali sklerozę macicy Pichevin, Petit, Quenier i Marchesi.

Pierwotną miażdżycę tętnic macicznych stwierdził pierwszy Reinicke i opisał ją jako znaczne zgrubienie warstwy środkowej i wtórorzędne bujanie międzymięśniowej i okołonaczyniowej tkanki łącznej. Uważa on za przyczynę zaburzenia wazomotoryczne. Z powodu nieruchomości ścian tracą naczynia możność regulowania.

Richelot rozróżnia pierwszy sklerozę od zapalenia macicy. Jego zdaniem jest skleroza następstwem ciągłego napływu krwi. Etyologicznie bierze w rachubę dnę i nerwowość, a Delbet także zmiany położenia macicy. Wollschläger rozróżnia dwa okresy stwardnienia tętnic: 1) bujanie włókien sprężystych, 2) równoczesne szkliste zwyrodnienie i wyparcie tkanki mięsnej przez tkankę łączną. W przeciwieństwie do tego przypuszcza Teilhaber, że krwawienie wywoływane bywa w tych przypadkach niezdolnością macicy do kurczenia się. Najważniejszą rzeczą jest podług niego niedomoga mięśniowa, która wypływa z pierwotnego rozrostu tkanki łącznej. Z powodu łącznotkankowego zwyrodnienia mięśni przychodzi w czasie przekwitania do przekrwienia i do miesiączki krwotocznej.

Aby przyczynić się do wyjaśnienia tego nierozwiązanego jeszcze pytania, podjąłem szereg badań mikroskopowych na macicach, wyjętych z powodu nadmiernych krwotoków i znalazłem dotychczas w dwóch przypadkach obraz stwardnienia tętnic. Historya choroby tych przypadków jest w krótkości następująca:

I. 47-letnia kobieta. Pierwsza miesiączka w wieku $15^1/_2$ lat. Miesiączka co 4 tygodnie, trwa 9 dni i jest bardzo obfita. 11 porodów prawidłowych, połogi bez gorączki. 3 poronienia. Od trzech kwartałów miesiączka jeszcze obfitsza. Dwurazowe wyskrobanie macicy nie przyniosło żadnej ulgi. Rak wykluczony. Krwotoki wzmogły się do tego stopnia, że trzeba było ostatecznie wyjąć macicę.

II. 41-letnia kobieta, 8 połogów. Miesiączka od 4 lat bardzo silna. Powstało przypuszczenie raka macicy. Próbne wyskrobanie nie wykazało raka. Pomimo leków ściągają-

cych krwotoki coraz silniejsze. Bole i uczucie ciężkości w brzuchu. Niezdolność do pracy. Wyjęcie zwiększonej macicy u niedokrwistej i wycieńczonej kobiety.

Mikroskopowo stwierdziłem, co następuje. Błona śluzowa zwężona, nabłonek nieuszkodzony, jednowarstwowy. Gruczoły w części zwyrodniałe torbielkowato. Naczynia włoskowate miejscami zamknięte. W większych tętniczych naczyniach błony śluzowej widać rozrost błony wewnętrznej, miejscami także rozrost błony środkowej. Małe naczynia w warstwie mięśniowej otacza często silnie rozwinięta błona zewnętrzna, której brak jąder. W średnich i większych naczyniach prawie wszędzie rozrost błony wewnętrznej. W błonie wewnętrznej mało jąder, a rozległe szkliste zwyrodnienie. W głównych gałęziach tętnicy macicznej wiele złogów wapna. Zmiany naczyń uwydatniają się w żyłach w wiele mniejszym stopniu. Nadmiernie rozwinięta międzymięśniowa tkanka łączna okazuje szkliste zwyrodnienie i wybroczyny. Włókna sprężyste pomnożone mocno w błonie wewnętrznej większych naczyń.

Zachodzi więc zanik kurczliwych składników naczyń. Tętnice pozostają szerokie i ziejące nawet przy użyciu przetworów sporyszowych. Etyologia choroby nie jest wyjaśniona. Zdaje się, że liczne porody wytwarzają skłonność do niej. Prawdopodobnie chodzi więc i tutaj o chorobę na podstawie zużycia naczyń, tak samo jak przy stwardnieniu tętnic innych narządów. Mojem zdaniem odgrywa także ważną rolę zapalenie przewlekłe. Wyniki najnowszych badań nakazują rozróżniać dokładnie między pierwotnem łącznotkankowem zwyrodnieniem mięśnia macicy i pierwotnem zachorzeniem ścian naczyń.

Wysięki opłucne w przewlekłych chorobach serca

podał

Dr Leon Żuławski

Dyrektor szpitala powszechnego w Gorlicach.

1. września b. r. zgłosiła się do szpitala A. z S. z powodu bardzo wielkiej duszności i obrzęku kończyn dolnych. Liczy lat 60, zawsze czuła się zdrową i żadnych chorób nie przebywała, dopiero z wiosną tego roku zaczęła doznawać duszności przy pracy, dłuższem chodzeniu i wstępowaniu na górę. Stan ten bez zmiany utrzymywał się aż do sierpnia, kiedy to chora zauważyła obrzęk około kostek i znaczne powiększenie się duszności. Nie kaszlała nigdy, ani też nie doznawała kłucia w boku. Przebyła 7 prawidłowych porodów. W ostatnich dniach sierpnia duszność wzrosła do tego stopnia, że chora nawet noce spędzać musiała siedząco.

Przy powierzchownem jej oglądaniu stwierdza się obraz ciężkiej niedomogi serca. Twarz sina z odcieniem żółtaczkowym, końce palców u rąk i stóp sine, kończyny dolne obrzękłe od stóp aż po górne części ud, skóra podbrzusza również obrzękła. Chora siedzi pochylona, a przymuszona do położenia się przy badaniu dostaje napadu duszności z nabrzmieniem żył szyjnych i suchym kaszlem. Oddechy przyspieszone, 30 razy na minutę, nad klatką piersiową z tyłu odgłos opukowy wszędzie jawny, wyjąwszy w dole, gdzie z prawej strony na szerokość 3 palców, a z lewej na szerokość 2 palców stwierdza się pas przytłumienia. Nad miejscami tego przytłumienia szmer pęcherzykowy i nieliczne trzeszczenia. Nad resztą klatki piersiowej z tyłu wdech pęcherzykowy zaostrzony. W miejscach przytłumienia drżenie prawidłowe i zaburzeń w przewodnictwie głosu nie spostrzega się. Z przodu klatki piersiowej w dołkach nadobojczykowych i podobojczykowych odgłos opukowy jawny, na górnym brzegu V żebra z prawej strony w linii sutkowej przechodzący w stłumienie wątrobne, kończące się 4 palce poniżej łuku żebrowego, gdzie wyczuwa się brzeg wątroby twardy bolesny.

Stłumienie sercowe powiększone w wymiarze poprzecznym poza linię mostkową prawą, gdzie łączy się ze stłumieniem wątrobnem na V żebrze. Uderzenie koniuszkowe słabe i na małej przestrzeni wyczuwa się w VI międzyżebrzu. Czynność serca przyspieszona, nieregularna, niemiarowa, dająca typowy obraz tak zwanej tachyarytmii, zresztą brak jakichkolwiek szmerów. Tętno drobne, niemiarowe, przyspieszone, 140 na minutę. W jamie brzusznej niema wolnego płynu. Mocz w skąpej ilości, wysycony, c. g. 1024, zawiera ślad białka (0·3%). Ciepłota ciała wieczorem 38° C. Ogólny obraz chorobowy przypominał stan niedomogi serca przy niedomykalności zastawki dwudzielnej, jakkolwiek ani pierwotne, ani późniejsze badania wady tej nie stwierdziły. Na podstawie wyników pierwszego badania należało rozpoznać niedomogę serca włóknisto zwyrodniałego w następstwie stwardnienia tętnic i zastosować typowe leczenie naparstnicą przy dyecie mlecznej.

Rozpoznanie to nie zadowoliło mię w zupełności, ponieważ nasilenie niektórych objawów chorobowych, jakoteż towarzysząca gorączka nie znajdowały wytłomaczenia w tem rozpoznaniu.

Tego stopnia duszności, żeby chora nawet na krótką chwilę nie mogła się położyć, nie można przypisać tylko zastojowi żylnemu, nawet, gdyby się przyjęło współdziałanie zaburzeń w zakresie nerek, które w danym przypadku mogły podobnie, jak serce, przedstawiać stan zwyrodnienia włóknistego. Nie samo tylko zaburzenie w krążeniu, ale i inna przyczyna w samym narządzie oddychania musiała w tym przypadku odgrywać ważną rolę. Ponieważ badanie nie wykazało zmian w płucach, a obecność szmerów oddechowych i drżenia wyłączała wysięki opłucne zwykłe — przypuściłem możliwość wysięków nadprzeponowych i długą igłą zrobiłem nakłucie w 10. międzyżebrzu po jednej i drugiej stronie z tyłu i wydobyłem płyn przezroczysty barwy cytrynowej. W rozpoznaniu wysięku nadprzeponowego był mi wielce pomocny stan stłumienia wątrobnego, sięgającego, jak wyżej powiedziałem, od V żebra do czterech palców poniżej łuku żebrowego, przy braku wolnego płynu w jamie brzusznej. To bardzo znaczne powiększenie stłumienia wątrobego zdało mi się wielce podejrzane i odrazu doznałem wrażenia, że pochodzi ono raczej od przesunięcia wątroby ku dołowi. Po nakłuciu próbnem przystąpiłem do wypuszczenia płynu po obu stronach. Z prawej strony wypuściłem 1500 gr., a z lewej 1000 gr.; dodaję, że ilość płynu musiała być znacznie większa, na co wskazuje fakt, że przerwałem pompowanie przy bardzo żwawem jeszcze jego wypływaniu.

Jak z tego widać, stwierdziłem obecność bardzo znacznych wysięków nadprzeponowych, tłómaczących dostatecznie znaczną duszność, jakkolwiek przedmiotowe wyniki badania fizycznego nie dawały podstawy do przypuszczenia, że wysięk ten w tak wielkiej ilości się znajduje.

Badanie płynu stwierdziło zapalne jego pochodzenie; ciężar właściwy wynosił 1015, płyn zawierał mierną ilość włóknika i bardzo wielką białka, próba Rivalty wypadła dodatnio. Badanie cytologiczne osadu stwierdziło obecność pojedynczych ciałek czerwonych krwi, pojedynczych limfocytów dużych i znaczną ilość limfocytów małych, obraz, jaki spotyka się w zapaleniu opłucnej pochodzenia gruźliczego. Co do tego, czy w danym przypadku zapalenie to jest rzeczywiście gruźliczego pochodzenia, znalezienie przewagi małych limfocytów w osadzie stanowczo nie rozstrzyga

i dla stwierdzenia klinicznego należałoby przeprowadzić szczepienia, czego nie mogłem dokonać.

Po wypuszczeniu wysięków chora prędko wracała do zdrowia, objawy niedomogi serca szybko ustępowały, stłumienie wątrobne zmalało, i już bezpośrednio po wypuszczeniu płynu dolny brzeg wątroby zbliżył się na dwa palce do łuku żebrowego, a w chwili wypuszczenia ze szpitala zaledwie na $^3/_4$ cm. wystawał poza brzeg łuku. Ilość moczu zwiększała się, obrzęki ustępowały, ciepłota ciała wracała do poziomu prawidłowego. Czynność serca pozostała nieregularną, tętno 84 na minutę; ślad duszności przy szybkich ruchach Ostatecznie kliniczny przebieg choroby przedstawiał się tak: U chorej na stwardnienie tętnic i włókniste zwyrodnienie mięśnia sercowego nagromadzał się wysięk nad przeponą po obu stronach w nierównej ilości. Gromadzący się wysięk uciskał z jednej strony płuco, podnosząc je ku górze, przyciskając je do ściany klatki piersiowej i przez to samo zmniejszał powierzchnię respiracyjną, z drugiej strony spychał przeponę ku dołowi i osłabiał jej rolę przy akcie oddychania. Sprawa ta upośledzała opróżnienie się komory prawej, co w danym przypadku mogło tem łatwiej być przyczyną zaburzenia czynności serca, wiodącego do niedomogi, że mięsień sercowy był zwyrodniały i stale od dłuższego czasu walczyć musiał ze zwiększonym oporem w dużem krążeniu. Stan przepony, osłabiając oddychanie, zmniejszył aspiracyę i wypróżnianie się żył głównych, co ze swej strony zwiększało zastój i pracę dla serca. W ten sposób sprawa zapalna wysiękowa opłucnej u chorej na stwardnienie tętnic i zwyrodnienie włókniste mięśnia sercowego wywołała niedomogę serca znacznego stopnia, mogącą bardzo łatwo doprowadzić do porażenia serca.

Wysięk opłucny wytworzył się skrycie bez zwykłych burzliwych objawów, charakterystycznych dla wysięków nadprzeponowych, również i przedmiotowo sprawiał trudności rozpoznawcze, przypadek zaś jest rzadki dlatego, że sprawą zapalna opłucnej wystąpiła równocześnie po obu stronach. Wysoki ciężar właściwy i dodatnia próba Rivalty dowodzą sprawy zapalnej.

Przypadek powyższy skłania mię do omówienia sprawy wysięków opłucnych w przewlekłych chorobach serca, która mem zdaniem nie jest tak dokładnie opracowana, jakby na to dla swego znaczenia praktycznego zasługiwała.

W przewlekłych chorobach serca zdarzają się wszelkiego rodzaju wylewy opłucne, różne tak co do istoty, jak i ilości płynu. Najczęściej płyn jest surowiczy, barwy cytrynowo żółtej. W tym przypadku trzeba odróżnić dwie ewentualności. Najpierw może to być puchlina opłucna (hydrothorax) i wtedy płyn bywa bardzo jasny, o nizkim ciężarze właściwym, poniżej 1·008, zawierający mało włóknika i elementów komórkowych. Badanie cytologiczne wykazuje prawie wyłącznie płaty komórek nabłonkowych. Puchlina nie musi znajdować się po obu stronach i dość często zdarzają się przypadki, gdzie znajduje się ona tylko po jednej stronie, zazwyczaj po prawej, a przy obustronnej puchlinie bardzo często po prawej stronie ilość płynu jest większa.

Płyn w opłucnej może być dalej pochodzenia zapalnego, wtedy ciężar gatunkowy jego jest większy aniżeli 1·008, zawiera więcej włóknika i komórek. Jeżeli, co się zdarza dosyć często w przewlekłych chorobach serca, sprawa wysiękowa jest następstwem zawału podopłucnego, to w osadzie płynu znajdujemy dość liczne ciałka czerwone krwi, ciałka białe wielojądrzaste, a brak płatów komórek nabłonkowych.

Nierzadko przyczyną tych wysięków w chorobach serca bywa gruźlica. Brisson de Laroche (Thèse de Paris.) na 40 wysięków opłucnych w przewlekłych chorobach serca wykazał 9 razy zakażenie gruźlicze jako przyczynę; w trzech z tych przypadków stwierdził przy obdukcyi gruzełki podopłucne. Gdy przyczyną wysięków jest gruźlica, to w osadzie płynu wysiękowego stwierdza się przewagę małych limfocytów, podobnie jak w opisanym przezemnie przypadku. To stwierdzenie przewagi limfocytów, uważane przez niektórych autorów za swoiste znamię wysięków gruźliczego pochodzenia, nie może rozstrzygać w rozpoznaniu etyologicznem, ponieważ przekonano się, że inne wysięki po dłuższem trwaniu mogą dawać tę samą formułę cytologiczną, chociaż pierwotnie przedstawiały inną. To też stwierdzenie limfocytozy w świeżych tylko wysiękach może mieć znaczenie rozstrzygające, zresztą trzeba dla rozstrzygnięcia przeprowadzić szczepienie na świnkach morskich lub hodowlę na odpowiednich pożywkach.

Czasami wysięki surowicze przy badaniu cytologicznem przedstawiają mieszane formułki cytologiczne, np. liczne płaty nabłonkowe i obfite białe ciałka wielojądrzaste i wtedy trudno osądzić, czy dany wysięk jest pochodzenia mechanicznego, czy zapalnego. Nieraz w ciągu trwania wysięku płyn opłucny zmienia swój charakter i gdy przy pierwszem nakłuciu wydobywamy płyn. którego osad przedstawia wszystkie cechy płynu wysiękowego, to przy następnem nakłuciu otrzymamy płyn przesiękowy, lub też sprawa ma się odwrotnie. Stąd też badanie cytologiczne niezawsze daje wyniki pewne i rozstrzygające o rozpoznaniu; w każdym razie badaniom tym nie można odmówić wielkiego praktycznego znaczenia. Gdy wysięk jest krwawy, odnieść należy krwotoczny charakter płynu albo do zawału podopłucnego albo do gruźliczego zajęcia opłucnej, zdarzają się atoli przypadki, w których obydwie przyczyny równocześnie działają i gdzie przy obdukcyi stwierdza się i zawał podopłucny i gruzełki w jego otoczeniu. Oprócz tych wysięków spostrzega się niekiedy w przewlekłych chorobach serca i wysięki ropne. Przy wysiękach ropnych należy koniecznie z uwagi na postępowanie lecznicze rozstrzygnąć, czy w danym przypadku wysięk ropny jest septyczny, czy aseptyczny. Płyny aseptyczne dają dobre rokowanie i zazwyczaj bez żadnych zabiegów ulegają szybkiemu wessaniu. Cytologicznie dwa te rodzaje wysięków ropnych różnią się tem, że przy wysięku aseptycznym znajdują się ciałka białe wielojądrzaste dobrze zachowane i dobrze się barwiące, natomiast w wysiękach septycznych w stanie rozpadu.

W przewlekłych chorobach serca możemy zatem spotkać wszystkie rodzaje wysięków, co podnieść należy, daleko częściej, aniżeli zazwyczaj się przypuszcza. Wiele przypadków takich wysięków uchodzi bez właściwego rozpoznania z powodu, że stwierdzony badaniem fizycznem płyn w jamie opłucnej uważa się za puchlinę opłucną, wiele znowu zostaje nierozpoznanych, stanowiąc niekiedy niespodziankę na stole sekcyjnym.

W ogólności wysięki opłucne w przewlekłych chorobach serca są stosunkowo dość częste. Barié oblicza je na 10%, inni autorowie, jak Huchard, mniej więcej taksamo. Zazwyczaj występują one po stronie prawej, zdarzają się i po lewej, a nawet po obu stronach, jak w naszym przypadku. Prawostronne występują daleko częściej w przebiegu chorób serca pochodzenia tętniczego. Co do siedziby, to spotykamy tu te wszystkie odmiany, jak i przy innych wysiękach zapalnych, t. j. mogą zajmować tak całą jamę opłucną, jakoteż być w różnych jej miejscach otorbione, lub zajmować tylko przestrzeń nadprzeponową albo śródpiersiową.

Przeważnie przebiegają powoli i skrycie, z objawami niewyraźnymi, zakrytymi dusznością sercową, z ilością płynu zawsze znacznie większą, aniżeli się przypuszcza według badania fizycznego. Ilość wysięku bywa rozmaita, od kilkuset gramów do 3 litrów, średnio zazwyczaj $1^1/_2$ litra. Wypuszczony wysięk odnawia się z niezwykłą łatwością Boinet w jednym przypadku takiego wysięku musiał 21 razy wykonać nakłucie. W ogólności w chorobach tętnic i w chorobach serca wskutek zmian w tętnicach zdarzają się te wysięki daleko częściej, aniżeli w zwykłych wadach zastawkowych. Boinet podaje, że na 386 obdukcyi w przypadkach przewlekłych zmian aorty (aortitis chronica) 43 razy znajdowały się wysięki opłucne; wśród tych 43 przypadków wysięków zauważył 13 razy płyn krwawy, dla którego

kilka razy jako przyczynę wykazał zawał podopłucny, a zresztą gruźlicze zajęcie opłucnej. Zrosty opłucne znajdowały się 42 razy i często towarzyszyły im zmiany gruźlicze w płucach. Ogółem gruźlicze zmiany w płucach znalazł Boinet w 86 przypadkach na wspomnianych 386 obdukcyi. Te częste zmiany gruźlicze w płucach u chorych z niewielkiemi zmianami aorty wskazują, że w każdym przypadku wysięku opłucnego u ludzi starszych, którzy stanowią główny kontyngent chorych na zmiany tętnicy głównej, powinniśmy zawsze myśleć o możliwości gruźlicy, jako przyczyny sprawy zapalnej opłucnej.

Jak już wyżej wspomniałem, obok gruźlicy częstą przyczyną wysięków zapalnych opłucnej bywają w przewlekłych chorobach serca zawały podopłucne, powstałe albo w następstwie zatoru albo zakrzepu. Niektórzy autorowie, jak Renon, uważają nawet te zawały za prawie jedyną przyczynę tych wysięków. Jestto jednak zbyt wyłączne stanowisko, gdy się zważy, że w przebiegu przewlekłych wad serca zbiega się wiele innych czynników, zdolnych przyczynić się do zapalenia opłucnej, jakoto zapalenia zrazikowe płuc, zapalenie torebki wątroby (perihepatitis), które przenieść się może na opłucną nadprzeponową. Przy tętniakach aorty sprawa zapalna przenosi się wprost z worka tętniaka na opłucną i dlatego wysięk znajdujemy zazwyczaj po lewej stronie. Są to ważne czynniki etyologiczne, z którymi należy się liczyć w każdym przypadku takiego wysięku. W wielu przypadkach może badanie cytologiczne płynu opłucnego być bardzo pomocne w wyświetleniu tych możliwości i uważam je za niezbędne.

Streszczając wszystko to, co powyżej o wysiękach w przewlekłych chorobach serca powiedziałem, należy podnieść przedewszystkiem to, że należą one do częstych powikłań tych chorób, gdyż występują w $^{1}/_{10}$ części wszystkich przypadków i że częściej występują przy zmianach aorty i w chorobach serca pochodzenia tętniczego, niż w wadach lewego ujścia żylnego.

Wysięki te daleko częściej występują u chorych ze zmianami aorty przed zaburzeniami sprawności serca, t. j. wcześniej, niż inne objawy asystolii i raczej one są powodem tej asystolii. Zazwyczaj i przedewszystkiem spotyka się je po stronie prawej, przyczem mają one skłonność do gromadzenia się pomiędzy przeponą a podstawą płuca i w przedniej okolicy klatki piersiowej. Ta ostatnia właściwość tych wysięków jest nieraz powodem trudności rozpoznawczych. Gdy się zważy, że wysięki opłucne u sercowych przeważnie tworzą się skrycie i powoli, a z drugiej strony, że w klasycznych podręcznikach wysięki nadprzeponowe przedstawiają się jako najburzliwsze, trudno się dziwić, gdy nieraz nawet na myśl nie przyjdzie przypuszczać tam wysięk nadprzeponowy, gdzie chory skarży się jedynie na duszność.

Dlatego zaznaczam to, że zawsze musimy mieć w pamięci możliwość takiego wysięku przy braku nawet innych burzliwych objawów u chorych ze zmianami aorty lub serca, jeżeli pragniemy oszczędzić sobie omyłek. Niezawsze będziemy mieli do czynienia z klasycznym przebiegiem takiego wysięku, gdzie chory na serce w stanie mniej lub więcej wybitnej niedomogi serca doznaje kłucia, odpluwa przez dzień lub dwa dni krwawą plwocinę i potem okazuje mniej lub więcej wybitne objawy wysięku opłucnego; wtedy nie trudno rozpoznać wysięk w następstwie zawału płucnego.

Zdarzają się przypadki, w których, jak w opisanym na wstępie niniejszej pracy, u chorego na serce zazwyczaj ze zmianami w układzie tętniczym powoli występują objawy niedomogi serca, najprzód duszność przy wszelkim wysiłku, potem obrzęki, sinica z odcieniem żółtaczkowym, powiększenie wątroby, zmniejszanie się ilości moczu, przyspieszenie czynności serca, niemiarowość i t. d. Chory nie kaszle ani nie doznaje kłucia; na klatce piersiowej z tyłu, szczególniej po prawej stronie w dole na przestrzeni kilku międzyżebrzy, stwierdzamy zaledwie lekkie przytłumienie z osłabieniem szmeru i drżenia. Z przodu klatki piersiowej stwierdzamy wybitne stłumienie, rozpoczynające się na V lub nawet na IV żebrze i sięgające na kilka palców poniżej łuku i tam wyczuwamy brzeg wątroby. Wtedy łatwo jest stłumienie z przodu przyjąć za stłumienie od powiększonej wątroby, rozpoznać asystolię serca i zastosować naparstnicę z dyetą mleczną. Poprawa wtedy albo jest nieznaczna, albo wcale nie następuje i po pewnym czasie chory ginie już wśród objawów coraz wybitniejszej asystolii, jużto nagle, i dopiero obdukcya stwierdza naszą omyłkę. Z jednej strony wykazuje wtedy obdukcya ogromny wysięk opłucny, nagromadzony przedewszystkiem między przeponą a podstawą płuca prawego, które odchyla ku górze i tyłowi, a z drugiej stosunkowo niezbyt powiększoną, ale zato znacznie ku dołowi przesuniętą wątrobę. Przypadki takie nie należą znowu do tak bardzo rzadkich, kiedy w pracy Brisson de Laroche na 40 opisanych przypadków znajduje się takich spostrzeżeń dwanaście. Jak widzimy, przypadki takie wysięków nadprzeponowych niczem nie przypominają typowych zapaleń opłucnej przeponowej. Znaczne powiększenie stłumienia wątrobnego, brane zazwyczaj za objaw znacznego powiększenia wątroby zastoinowej, uważa Renon za znamienny objaw wysięku nadprzeponowego prawostronnego w chorobach przewlekłych serca. Częste znajdowanie płynu wysiękowego u tych chorych w jamie nadprzeponowej i z przodu starano się wytłómaczyć w rozmaity sposób. Przekrwienie i obrzęk płuc, często w chorobach serca występujące, sprawiają, że płuco w razie wysięku nie może odsunąć się ku wnęce, przytem zrosty, poprzednio często tworzące się w przebiegu tych chorób, odgraniczając główną jamę opłucnej od części nadprzeponowej, biorą udział w umiejscowieniu tych wysięków nad przeponą. W końcu ustawiczna pozycya siedząca chorych sercowych nieraz z pochyleniem ku przodowi musi także wywierać pewien wpływ na gromadzenie się płynu z przodu.

Jakkolwiek wysięki te sprawiają trudności rozpoznawcze, to jednak można je rozpoznać, o ile wogóle nie zapomina się o możliwości takiego powikłania wad sercowych, czego świadomość do dobrego rozpoznania jest pierwszym warunkiem. Przedewszystkiem w rozpoznawaniu powinniśmy kierować się objawami ogólnymi. Ilekroć u chorego ze zmianami tętnic spostrzeżemy objawy wybitnej niedomogi serca bez objawów, wskazujących na istnienie wady zastawkowej, powinniśmy myśleć o powikłaniu takiem, jak zapalenie wysiękowe opłucnej. Tak samo, gdy w typowej asystolii nie uzyskujemy skutku po zastosowaniu typowego leczenia naparstnicą, powinniśmy zwrócić baczną uwagę na opłucną. Nierzadko brak wyniku leczenia naparstnicą, który chętnie składamy na niedające się naprawić zmiany mięśnia sercowego, znajduje przyczynę w mechanicznych oporach w klatce piersiowej, sprawionych przez znaczny wysięk opłucny. Brak wybitnego stłumienia z tyłu klatki piersiowej, brak zniesienia szmerów oddechowych, drżenia i t. p. nie powinien być dla nas rozstrzygającym dla wyłączenia obecności płynu. Znaczne obniżenie dolnego brzegu wątroby i powiększenie stłumienia wątrobnego będzie przemawiało raczej za obecnością płynu, obniżającego wątrobę, szczególniej, gdy równocześnie wykażemy, jak w moim przypadku, brak wolnego płynu w jamie brzusznej. Za wolnym płynem z przodu klatki piersiowej przemawiać będzie zmiana górnej granicy stłumienia przy zmianie położenia chorego z leżącej w siedzącą, i to głównie przy pozycyi siedzącej ze spuszczonemi dolnemi kończynami. Wtedy przez obniżenie przepony uzyskujemy dość znaczne obniżenie górnej granicy stłumienia wątrobnego, a właściwie płynu znajdującego się powyżej. Mając najmniejsze podejrzenie co do obecności wysięku, użyjemy nakłucia próbnego, które zawsze pozostanie najpewniejszym pomocniczym środkiem rozpoznawczym. Nakłucie należy wykonać bardzo nisko, w dziewiątem, dziesiątem, a nawet jedenastem międzyżebrzu z tyłu; nieraz trzeba nakłucie kilka

razy w różnych miejscach ponawiać, można także z przodu próbować dostać się do wysięku.

Jak w razie stwierdzenia wysięku opłucnego w przewlekłych chorobach serca postąpić należy, pomijam z uwagi, że są to rzeczy, wchodzące w zakres leczenia chorób serca, nie będącego przedmiotem niniejszego artykułu.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Axhausen. **Technika i wyniki wolnego przeszczepiania.** (Med. Klinik 1911, Nr 47). Przez wszczepienia (implantacye) rozumie autor wgajania ciał obcych i materyału martwego, zaś przez przeszczepienia (transplantacye) przenoszenie żywych komórek na drugi ustrój. Przy takiem przeszczepianiu chronić należy tkankę od wysychania, a więc przechowywać ją w miejscu wilgotnem i zimnem; zimno zmniejsza śródkomórkowe sprawy życiowe. Przechowywać można tkanki bardzo dobrze w płynie Ringera (NaCl, $CaCl_2$, KCl, $NaHCO_3$). Homoplastyka udaje się bardzo dobrze u osobników pokrewnych, zwłaszcza u rodzeństwa tej samej płci i tegosamego mniej więcej wieku, oraz z dzieci na rodziców. Niestety z czasem tkanki przeszczepione i przyjęte ulegają wessaniu lub bliznowatemu przykurczeniu. Dlatego też przy pokrywaniu ubytków nie należy używać do odświeżenia ziarniny ostrej łyżeczki, lecz ścinać ją ostrym nożem, by otrzymywać zupełnie równe powierzchnie. Przeszczepianie naskórka daje blizny cienkie, kurczące się, nie przesuwalne i z tego powodu lepsze wyniki daje już przeszczepianie wolne całej skóry. Przeszczepianie błony śluzozowej spożytkowano celem tworzenia cewki z moczowodu. Dobrze przeszczepiać się daje wolno także tkanka tłuszczowa, ścięgna (cienkie), a zwłaszcza powięź, co zużytkowano do operacyi przepuklin itp. Przeszczepia się także chrząstkę i kości, a Lexer przeszczepia nawet całe powierzchnie stawowe. Kość przeszczepiona z czasem zanika i tworzy się nowa z przeszczepionej okostnej. Przeszczepianie narządów dotąd mimo znakomitej techniki szwu naczyń Carrela jest dopiero w zaczątkach, ale może odda i ono z czasem usługi, choćby autoplastycznie, np. przyszycie oderwanej nerki, kończyny itp. K.

Stammler. **O nowszych sposobach serologicznego rozpoznawania raka.** (Arch. f. klin. Chir. 96. I.). Odczyn meiostagminowy występuje u 73% chorych na inne cierpienia. Autor poleca następującą łatwą próbę: Rozcieńczony wyciąg tkanki rakowej, opalizujący, wyjaśnia się wskutek wytworzenia osadu po dodaniu doń surowicy rakowatego. Odczyn ten, idący równolegle z odczynem meiostagminowym, jest jeszcze od niego czulszy, bo występuje u 83% rakowatych, a 14% innych chorych, wykonanie jego jest zaś bardzo proste. K.

Kehr. **W jaki sposób unikać nawrotów po operacyi kamieni żółciowych lub zmniejszyć ich liczbę?** (Münch. med. Woch. 1911, Nr 46—47). Kehr staje w obronie wycinania pęcherzyka żółciowego przy kamicy, uważając jedynie ten zabieg (przy sączkowaniu przewodu wątrobowego) w przypadkach ciężkich za racyonalny i napewno chroniący od nawrotów. Zdaniem K. zabieg ten nie jest zaś wcale cięższy dla chorego, ani trudniejszy technicznie od nacięcia pęcherzyka, operacyi, którą K. wykonuje obecnie z konieczności. Nawroty rzeczywiste kamieni należą do rzadkości, zwykle chodzi o inne powikłania, zrosty lub pozostawione kamienie. Każdy operator w miarę wprawy ma też coraz mniej tych »nawrotów«. Przez wycinanie woreczka zapobiegamy tworzeniu się raka, leczymy chorych bardzo szybko i pewnie, bez przepuklin i przetok i chronimy od ewentualnych operacyi wtórnych. Najmniej w 86% uzyskuje się po operacyi zupełne wyleczenia, nie należy jednak z zabiegiem zwlekać. K.

Ullmann. **O korzystnem działaniu tirosinaminy w formie rozpuszczalnej we wodzie przy zapalnych naciekach sterczu.** (Klin. therap. Woch. 1911, Nr 49). Na podstawie obserwacyi 85 przypadków zaleca autor przy powiększeniach sterczu, nie polegających na tle nowotworowem, lecz przewlekle zapalnem, stosować wstrzykiwania fibrolizyny w postaci rozpuszczalnej we wodzie (jako t. zw. sinapal, wyrabiany w Wiedniu przez firmę Waldheim). Wstrzykuje się co 2—3 dni (10 razy), a potem wykonuje miesienie sterczu, co zwykle wystarcza do wybitnego zmniejszenia się gruczołu. Miesić należy dopiero w $^1/_4$—$^1/_2$ godziny po wstrzyknięciu. Nieraz gruczoł staje się przytem tkliwym i wtedy trzeba przerwać wstrzykiwania. Przy zaostrzaniu się sprawy zapalnej cewki należy ją odpowiednio leczyć. Ullmann wstrzykuje 0·2—0·3, t. j. 2·0—3·0 grm sinapalu. Objawów toksycznych nie spostrzegał. Do wstrzykiwania należy flolkę ogrzać do ciepłoty ciała. Sposób ten oddał autorowi dotąd najlepsze wyniki ze wszystkich stosowanych sposobów. K.

Stoffel. **Nowa operacya celem usuwania porażeń kurczowych.** (Münch. med. Woch. 1911, Nr 47). Zamiast trudnej operacyi Förstera (wycinanie korzeni tylnych) poleca autor celem usuwania porażeń kurczowych zabieg bardzo prosty, mianowicie wycinanie odpowiednich włókienek nerwowych przy mięśniu samym lub w przebiegu nerwu ruchowego. Znać jednak do tego trzeba dobrze topografię przebiegu włókien w nerwie; jest ona stałą i łatwą co do oryentacyi. W ten sposób operował autor już kilkanaście razy i osiągnął wyniki bardzo dobre. Ma też nadzieję, że zabieg ten usunie zupełnie potrzebę żmudnych nieraz plastyk mięśni i ścięgien. Narzędzia do tego celu, bardzo delikatne, wyrabia fabrykant Bingler. K.

Vulpius. **O leczeniu stopy szpotawej (pes varus).** (Klin. ther. Woch. 1911, Nr 48). Leczenie stopy szpotawej rozpocząć należy wcześnie (przed 4 miesiącami); wtedy procedury zwykłe, jak codzienne odprowadzanie i następowe zawijanie, wiodą skutecznie do celu. Ewentualnie potem dajemy odpowiedni przyrządzik, t. j. podeszwę ze szyną zewnętrzną. W przypadkach cięższych należy wykonać tenotomię ścięgna Achillesa, odprowadzenie ręczne lub przyrządami i gips. Utrudnia i wikła leczenie krzywica i nieraz od niej leczenie zacząć należy. U dorosłych wystarcza zwykle zabieg krwawy, polegający na odsunięciu pięty ku dołowi, albo też, gdy przeszkoda tkwi w kości skokowej, wyskrobuje się jej środek tak, że pozostaje tylko zewnętrzna skorupa, która łatwo się poddaje. Natomiast obecnie rzadko już zachodzi potrzeba wycinania kości skokowej lub klinów ze śródstopia. Wyniki są dobre, choć nieraz mięśnie łydki pozostają mimo leczenia zanikłe, co niektórzy odnoszą do następstw tenotomii ścięgna Achillesa, wykonywanej często przy leczeniu stopy szpotawej, inni do zbyt krótkiego tylnego wyrostka kości piętowej. Czasem spostrzega się w następstwie zmniejszoną ruchomość stawu skokowego. K.

Kümmel. **O ciężkich powikłaniach przy broncho- i ezofagoskopii.** (Deut. med. Woch. 1911, Nr 46). Przy bronchoskopii górnej w razie, gdy rura jest za gruba (np. u dzieci), często zjawia się w parę godzin nagłe obrzmienie pod głośnią, które wieść może do śmierci z uduszenia. Należy pamiętać o tem i być przygotowanym na ewentualną tracheotomię. Z tego też powodu wielu, a także i autor wykonuje u dzieci poniżej 5 lat odrazu tracheotomię i bronchoskopię dolną; podobnież postępować należy, gdy wykażemy lusterkiem silne obrzmienie pod głośnią. Również Killian przy ciałach obcych pęczniejących, t. j. tam, gdzie wyciąganie bywa trudne, używa stale poprzedniej tracheotomii, by uniknąć tracheotomii następowej wśród gorszych warunków. Przy ezofagoskopii znów może zdarzyć się przedziurawienie nieraz bez wybitnych początkowych objawów. Stać się to może również przy zgłębnikowaniu, a zgłębnik nieraz wchodzi potem bardzo łatwo w śródpiersie. Przy

ezofagoskopii wydarzyć się może przedziurawienie szczególnie łatwo przy wprowadzaniu tubusa na mandrynie. K.

Położnictwo i ginekologia.

Jägerroos. **O ciałach acetonowych w moczu rodzących i położnic.** (Arch. f. Gyn. t. 94, z. 3). Aceton w mniejszej lub większej ilości znaleść można w moczu prawie każdej rodzącej i położnicy, szczególnie jeżeli poród zbytnio się przedłużał. Innych natomiast związków acetonowych, w szczególności kwasu acetowego lub β-oksymasłowego nie można było nigdy znaleść. Fakt ten należy w ten sposób tłómaczyć, że aceton wogóle trudno się rozkłada i przy większej produkcyi przechodzi niezmieniony do moczu, podczas gdy kwas acetowy i β-oksymasłowy rozkładają się znacznie łatwiej, tak że jako takie nie dostają się już do pęcherza moczowego. Doświadczenia wykazały, że przez podawanie węglowodanów acetonurya się zmniejsza lub nawet znika, podobnie jak przy podawaniu większych ilości ciał białkowatych. Może więc niedostateczny dowóz tych ciał, wybitnie odżywczych, wywołuje pewnego rodzaju przejściową niedomogę w przemianie materyi, której następstwem jest właśnie acetonurya. Wykazano ją przecież wogóle w stanach większego wyniszczenia. W czasie porodu i krótki czas po nim chęć do jedzenia jest u kobiet zwykle mała, tak że pewnego stopnia wyniszczenie istotnie się wytwarza, szczególnie jeżeli i poród zbytnio się przeciągał i wywołał znaczne zmęczenie ogólne. Dodać należy, że prawie u każdej rodzącej występuje nadto podrażnienie nerwowe, które również sprzyja powstaniu acetonuryi. Można więc przyjąć, że takie wyniszczenie porodowe odbiera narządom siłę niszczącą ciała acetonowe, ale tylko do tego stopnia, że sam aceton przechodzi do moczu, inne zaś ciała acetonowe zostają rozłożone i do moczu jako takie nie przechodzą.
E. Ehrenpreis.

Schlimpert. **Gruźlica u kobiet, w szczególności gruźlica otrzewnej i narządu rodnego, gruźlica narządu moczowego, gruźlica w czasie ciąży i połogu, na podstawie 3514 sekcyi.** (Arch. f. Gyn. t. 94. zesz. 3). Z narządów gruźlicą zajętych na pierwszem miejscu stoją płuca = 84·3%, na drugiem jelita = 32·3%, na trzeciem otrzewna = 4·9%, na czwartem narząd rodny = 3·4%, dalej idą opony mózgowe = 3·3%, kości — 2·5%, osierdzie = 2·2% i w końcu narząd moczowy = 1·4%. Szczegółowo omawia autor najprzód gruźlicę otrzewnej. Występuje ona najczęściej w wieku pokwitania między 11—20 r. ż., jakoteż w wieku przejściowym między 41—50 r. ż., i powstać może: 1) przez bezpośrednie dostanie się bakteryi na otrzewnę np. wskutek pęknięcia gruźliczego wrzodu jelitowego, 2) drogą naczyń limfatycznych przez ściany jelita, 3) drogą naczyń limfatycznych z ognisk gruźliczych na innych błonach surowiczych (opłucna, osierdzie), 4) drogą naczyń krwionośnych z różnych narządów (płuca, kości i i.), przez przebicie ognisk do naczyń i 5) z narządu rodnego. Samoistna pierwotna gruźlica otrzewnej jest nader rzadka, w materyale autora nie wystąpiła ani razu. Rokowanie nie jest najgorsze, śmiertelność w przypadkach autora wynosiła 8·3%, jeżeli się odliczy te wszystkie przypadki gruźlicy otrzewnej, gdzie przyczyną śmierci była gruźlica innych ważnych narządów (płuca, kości, krtań, jelita). Następnie omawia autor gruźlicę narządu rodnego. Występuje ona równie często w każdym wieku kobiet, najczęściej między 21—30 r. ż., i może powstać: 1) przez dostanie się bakteryi gruźliczych z części rodnych zewnętrznych lub z pochwy; ta droga zakażenia jest najrzadsza, a niektórzy zaprzeczają wogóle jej możliwości. W materyale autora nie było ani jednego przypadku takiego samoistnego pierwotnego zakażenia gruźliczego narządu rodnego. 2) Przez szerzenie się sprawy gruźliczej »per continuitatem« z narządów sąsiednich (z pęcherza, jelita); i ta droga zakażenia nie jest częsta. 3) Drogą naczyń krwionośnych z innych narządów gruźlicą zajętych, przyczem sprawa najczęściej sadowi się w jajowodach; to jest też najczęstsza droga zakażenia. 4) Drogą łożyska gruźliczo zajętego lub z miejsca jego usadowienia się; i to jest właściwie droga krwionośna, należy bowiem przyjąć, że bakterye drogą krwi dostały się z jakiegoś narządu zajętego do łożyska i wywołały »endometritis decidualis tuberculosa puerperalis«, a tem samem gruźlicę macicy. W materyale autora wystąpiła ta rzadka forma zakażenia narządu rodnego na pewno 2 razy, a możliwie 4 razy. Co się tyczy stosunku gruźlicy otrzewnej do gruźlicy narządu rodnego, to gruźlica zdaje się najczęściej przechodzić z otrzewnej na narząd rodny, a nie odwrotnie. W dalszym ciągu omawia autor gruźlicę pojedynczych części narządu rodnego. Gruźlica pochwy występuje dość rzadko, zwykle w wieku późniejszym (40—70 r. ż.), najczęściej jako jedyne ognisko gruźlicze w całym narządzie rodnym. Sprawa przechodzi zwykle z narządów sąsiednich (odbytnica, pęcherz); przeniesienie zakażenia przez stosunek płciowy jest bardzo nieprawdopodobne. Gruźlica szyjki i części pochwowej występuje zawsze w połączeniu z gruźlicą innych części narządu rodnego lub przy ciężkiej gruźlicy ogólnej. Gruźlica macicy występuje dość często, zwykle w połączeniu z gruźlicą jajowodów. Gruźlica jajowodów jest najczęstszą formą gruźlicy narządu rodnego, i występuje zwykle w postaci »pyosalpinx tbc.«. Gruźlica jajników występuje wogóle rzadko, szczególnie jako zakażenie samoistne, przeważnie zaś przy gruźlicy ogólnej lub przy gruźlicy macicy. Gruźlica tkanki przymacicznej (parametritis tuberculosa) jest bardzo rzadką i powstaje zawsze na drodze limfatycznej jako etap dalej już posuniętej gruźlicy całego narządu rodnego. Rokowanie nie jest złe, o tyle, że gruźlica narządu rodnego prawie nigdy nie staje się bezpośrednią przyczyną śmierci, chyba w przypadkach bardzo daleko posuniętych, gdzie następuje zatrucie ustroju toksynami bakteryi gruźliczych. Pośrednio natomiast może się stać niebezpieczną dla życia, jeżeli wywoła ogólną ostrą gruźlicę prosówkową lub przejdzie na ważne narządy sąsiednie, jak jelita lub pęcherz moczowy, co jednak rzadko następuje. Rokowanie jest złe po operacyach mających na celu wyjęcie gruźliczych części narządu rodnego, z czego wynika, że raczej jest wskazane leczenie zachowawcze aniżeli operacyjne, szczególnie, jeżeli równocześnie zachodzi gruźlica innych ważnych narządów.—W końcu omawia autor gruźlicę narządu moczowego. Należy ona do najrzadszych schorzeń gruźliczych w ustroju i powstaje prawie zawsze na drodze krwionośnej przez wydzielanie prątków gruźliczych do nerek. Z nich dostają się następnie bakterye gruźlicze z moczem do moczowodów i pęcherza. Najczęstszy jest tu więc zstępujący typ zakażenia. W przypadkach jednak, gdzie z jakichkolwiek powodów nastaje zatrzymanie moczu, mogą bakterye, które już przedtem dostały się do pęcherza, wywołać na drodze wstępującej przez cofnięcie się moczu ku górze, zakażenie powtórne części już zajętych, lub nerki drugiej dotychczas niezajętej. Pierwotna gruźlica nerek jest bardzo rzadka i może powstać tylko na drodze wstępującej, jeżeli bakterye gruźlicze dostały się do moczowodów lub pęcherza z zewnątrz przy różnych manipulacyach. Gruźlica narządu moczowego może wreszcie powstać przez szerzenie się sprawy z narządów sąsiednich. Z różnych części narządu moczowego najczęstszą jest gruźlica nerek a następnie pęcherza, z czego wynika, że sprawa rozpoczyna się zwykle w nerkach, skąd przeskakując moczowody dostaje się do pęcherza. Rokowanie, już ze względu na ważne znaczenie narządu moczowego, a szczególnie nerek dla ustroju, jest o wiele gorsze, aniżeli w gruźlicy narządu rodnego, a gruźlica narządu moczowego może się istotnie nie tak rzadko stać bezpośrednią przyczyną śmierci (13·3%). Omawiając jeszcze stosunek wzajemny gruźlicy i ciąży względnie połogu, dochodzi autor do wniosku, że powikłanie gruźlicy ciążą może w połogu wywołać wielkie niebezpieczeństwo dla życia, a w każdym razie znaczne pogorszenie samej sprawy gruźliczej. Odsetek śmiertelnych przypadków wzrasta stopniowo od połogu po poronieniach i połogu po porodach przedwczesnych do połogu po po-

rodach na czasie i to w tym stosunku, w jakim maleje ilość przypadków wyleczonych i początkowych. Kobiety dotknięte gruźlicą są więc w połogu po poronieniach o wiele mniej narażone, aniżeli po porodach na czasie. E. Ehrenpreis.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie dnia 4. grudnia 1911 r.

1) Czł. L. Marchlewski zdaje sprawę z pracy wykonanej wspólnie z Prof. C. A. Jacobsonem: **Zmienność składu chlorofilanu.**

2) Czł. Nap. Cybulski przedstawia pracę Prof. L. Popielskiego: **Dalsze badania nad niekrzepliwością krwi w czynności gruczołów trawiennych.** W poprzedniej pracy autor wykazał, że drażnienie struny bębenkowej (chorda tympani) pilokarpiną wywołuje niekrzepliwość krwi, wypływającej z gruczołu podszczękowego, wprowadzanie zaś $BaCl_2$ wywołuje niekrzepliwość krwi w całym ustroju. W obecnej pracy autor wykazuje, że atropina znosi niekrzepliwość krwi, wywołaną przez $BaCl_2$, co dowodzi, że $BaCl_2$ wywołuje to zjawisko na drodze nerwowej. Atropina nie poraża nerwów wydzielniczych, przechodzących w pniu n. współczulnego. Autor wykazuje, że drażnienie n. współczulnego, wywołując wydzielanie śliny, jednocześnie podnosi niekrzepliwość krwi. Po wprowadzeniu atropiny drażnienie n. współczulnego wywołuje niekrzepliwość krwi bez zmiany. Autor przypuszcza, że elementy, na które działając nerwy wywołują niekrzepliwość krwi, są komórkami śródbłonkowemi naczyń krwionośnych.

3) Czł. N. Cybulski przedstawia pracę p. Józefa Zająca: **Dalsze badania nad widzeniem monokularnem.** Przy patrzeniu monokularnem widzimy przedmioty w taki sposób, iż w płaszczyźnie poziomej istnieje krzywa, właściwa każdemu oku i każdej odległości wpatrywania się, krzywa, mająca własność następującą: punkty na niej położone nie okazują różnic odległości względem punktu wpatrywania się; punkty zewnątrz niej położone widzimy dalej, punkty wewnątrz niej położone — bliżej, w odniesieniu do punktu fiksacyjnego. Fakta te były znane z dawniejszych badań Prof. W. Heinricha i p. W. Grzybowskiego. Autor dokonał nowych doświadczeń, pod kierunkiem Prof. Heinricha, celem znalezienia podobnej krzywej w płaszczyznie pionowej. Okazało się, że przy widzeniu monokularnem istnieje powierzchnia, do pewnego stopnia zbliżona do paraboloidy, której przecięciami, przechodzącemi przez oś widzenia, są wspomniane wyżej dwie krzywe. Ma ona własność tę samą, którą, jak powiedziano, posiada jej poziome przecięcie.

4) Czł. St. Bądzyński przesyła pracę pp. J. Browińskiego i St Dąbrowskiego: **Ilościowe badania nad zawartością azotu aminowego w poszczególnych kwasach oksyproteinowych moczu ludzkiego.** Liczne badania nad obecnością polipeptydów i wolnych kwasów aminowych w prawidłowym moczu, badania, których wyniki są dość sprzeczne, skłoniły autorów do podjęcia pracy nad zawartością grup aminowych w kwasach oksyproteinowych (wykrytych przez St. Bądzyńskiego i jego współpracowników), zarówno przed, jak i po użyciu czynników hydrolitycznych. Równocześnie autorowie wykonali badania nad warunkami hydrolizy związków powyższych w zmiennych warunkach czasu i temperatury ogrzewania, a nadto przy użyciu różnych czynników hydrolitycznych.

Z pracy niniejszej wynika, że w prawidłowym moczu ludzkim istnieją złożone kwasy aminowe, mianowicie kwasy antoksy- i oksy-proteinowy, których grupę aminową można wprost ilościowo określić przy pomocy metody formolowej Sörensena. Kwas antoksyproteinowy zawiera 11·3% (w proc. całkowitego azotu) w postaci grupy NH_2, kwas oksyproteinowy blizko 40%. Podczas gdy wszystkie dotychczasowe badania nad kwasami aminowymi w moczu miały wyłącznie na uwadze proste kwasy aminowe, głównie glikokol, praca niniejsza wykazuje, że ten azot aminowy w moczu przypada na kwasy oksyproteinowe jeśli nie w całości, to przynajmniej w znacznej części. Okazało się dalej, że najwłaściwszym czynnikiem hydrolitycznym jest 40% kwas fluorowodorowy. W temperaturze łaźni wodnej hydroliza kwasem fluorowodorowym wnika głębiej, niż przy użyciu kwasu solnego w ciepłocie wrzenia, a przytem przebiega łagodniej, bez wtórnych zjawisk kondensacyi i utlenienia, bez wydzielania nadmiernych ilości amoniaku i z równoczesnem wyzwoleniem większej ilości azotu aminowego.

W kwasie oksyproteinowym ilość wyzwolonego przez hydrolizę azotu aminowego wynosi 41·7% całkowitego azotu przy użyciu fluorowodoru, zamiast 6·2% przy hydrolizie kwasem solnym; w kwasie antoksyproteinowym azotu aminowego wyzwala się 22·6% przy HFl, zamiast 6·8% przy HCl, w kwasie alloksyproteinowym azotu aminowego tworzy się 70·6% przy HFl, a 13·14% przy HCl, wreszcie w urochromie azotu aminowego hydroliza kwasem HFl wyzwala 24%, kwasem zaś HCl 10·5%. Autorowie zauważyli również, że przy hydrolizie HFl melanina powstaje tylko z urochromu, podczas gdy z innych kwasów oksyproteinowych związki melaninowe nie powstają. Ta okoliczność zbija twierdzenie niektórych autorów, jakoby kwas antoksyproteinowy był substancyą macierzystą urochromu.

5) Czł. A. Prażmowski przedstawia (w formie tymczasowej wiadomości) pracę swoją: **Historya rozwoju i morfologia azotobaktera.**

Oprócz tego przedstawiono na tem posiedzeniu 4 rozprawy, których treść przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«.

Posiedzenie lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie

z dnia 31. X. 1911 r.

1) Kol. Landau przedstawia przypadek zupełnie wyleczonej **hematomyelii.** A. D. lat 24, z zawodu rzeźbiarz, uległ przed dwoma laty t. j. w maju 1909 r. wypadkowi urazowemu podczas ćwiczeń gimnastycznych w Sokole w Z. Gdy A. D. wspólnie z kolegami robił piramidę, jeden z gimnastykujących się upadł mu na głowę. A. D., który stał na ramionach dwóch innych kolegów, stracił przytomność i spadł na ziemię. Po odzyskaniu przytomności nie odczuwał żadnego bólu, nie mógł natomiast prawie zupełnie poruszać ani nogami ani rękoma, bo jedynie tylko ręce nieco unosił w stawach barkowych, a stopą prawą wykonywał ruch lekki. Chorego umieszczono w szpitalu w Z., gdzie już po tygodniu nastąpiła pewna nieznaczna poprawa w ruchach kończyn górnych i dolnych, większa po stronie prawej, aniżeli po lewej. Przez cały czas pobytu w szpitalu musiano chorego cewnikować z powodu niemożności oddania moczu. Mimo lewatyw zaś, stosowanych przeciwko zaparciu stolca, miał chory tylko dwa razy stolec w ciągu trzech tygodni. Po trzech tygodniach przewieziony do kliniki chirurgicznej w Krakowie, gdzie go kol. Landau badał po raz pierwszy. Przy badaniu stwierdzono: Chory dobrze zbudowany i dobrze odżywiony. Badanie nerwów czaszkowych z wynikiem ujemnym. Źrenice wązkie, okrągłe, równe. Oddziaływanie na światło obustronnie wydatne, lecz nieco zwolnione. Ruchy głową zachowane, ale pochylanie głowy naprzód, a zwłaszcza w tył, powolne z powodu nieznacznej bolesności w okolicy kręgosłupa. Na uwagę zasługuje ustawienie kończyn górnych, gdy chory siedzi, a mianowicie oba ramiona odprowadzone

nieznacznie od klatki piersiowej, przedramiona wobec ramion w lekkiem zgięciu, ręce w stawach garstkowych nieznacznie zgięte i odwrócone (supinowane). Z ruchów czynnych zachowane obustronne unoszenie barku, przeprowadzanie rąk do poziomu (deltoideus), ruchy obrotowe na zewnątrz i wewnątrz (m. subscap. i teres minor, infraspinatus i teres major), zginanie w stawach łokciowych (biceps, brachialis internus), a nadto częściowo zachowane odwracanie (supinator longus i brevis) i wyprostowanie w stawach nadgarstkowych. Przy ruchach biernych wyraźna hypotonia. Odruchy mięśnia dwugłowego obustronnie mierne, z trójgłowego prawy ślad, lewy O, ścięgniste przedramion ze zginaczy bardzo słabe, z mm. prostujących O. Sprychowe mierne po obu stronach. Siła mięśniowa dość dobra obustronnie przy unoszeniu barku, ramienia i przy zginaniu przedramion w stawach łokciowych, w innych mięśniach słabo lub zupełnie zniesiona. — Kończyny dolne: W ustawieniu kończyn (pozycya leżąca) nic nieprawidłowego zauważyć nie można. Ruchy czynne prawie we wszystkich stawach możliwe, ale w bardzo małych granicach, jedynie tylko ruchy w stawach palców z wyjątkiem pierwszych zupełnie zniesione. Po stronie lewej wszystkie te ruchy znacznie gorsze, aniżeli po stronie prawej. Najlepiej zachowane doprowadzanie kończyn w stawach kolanowych. Przy ruchach biernych obustronnie hypotonia. Odruchy: kolanowe i stopowe mierne, kolanowy po $<$ l. Objaw Babińskiego po stronie lewej = O. Po prawej czasem skłonność do wyprostowania palca dużego. Przy wywoływaniu objawów Oppenheima i Strümpla po stronie prawej wyprostowanie 3 pierwszych palców. Unoszenie się z pozycyi leżącej w siedzącą i chód niemożliwe. Pnie nerwowe nigdzie nie bolesne. Kręgosłup na wysokości 4. kręgu szyjnego i drugiego piersiowego przy ucisku nie bolesne. Powłoki brzuszne napięte. Odruchy brzuszne zniesione. Odruch mosznowy lewy słaby, prawy miernie żywy. Czucie dotykowe i bolowe bardzo znacznie osłabione na wszystkich czterech kończynach i na tułowiu od przodu po obojczyki, od tyłu po drugi krąg piersiowy. Dowolne oddawanie moczu i stolca niemożliwe.

Rozpoznano krwotok rdzeniowy (heamatomyelia), który powstał w chwili, gdy na głowę chorego upadł jeden z gimnastyków, lub też potem dopiero, gdy chory skutkiem utraty przytomności runął na ziemię. Zalecono zupełny spokój i podawanie jodu. Wykonany następnie na klinice chirurgicznej rentgenogram potwierdził rozpoznanie, nie wykazując żadnych zmian w zakresie kręgosłupa. Badanie powyższe przeprowadzono dn. 7. VI. 1909. W dwa dni potem miał już chory parcie do oddawania moczu, lecz o ile go nie oddał natychmiast, mocz odchodził mimowolnie. Od tego też dnia widoczna coraz większa poprawa, tak że około 15. VIII. 1909 mógł już chory opuścić klinikę chirurgiczną ze znaczną poprawą, bo tylko z pewnym jeszcze niedowładem w zakresie obu kończyn dolnych. Mocz i stolec oddawał zupełnie prawidłowo. Badany d. 15. X. 1909 nie wykazywał żadnych już zmian w ruchach, czuciu, ani też nie miał żadnych zaburzeń w oddawaniu moczu i stolca. Jedynie tylko uskarżał się na łatwe nużenie się, gdy więcej chodzi i na uczucie pieczenia i bolesność w okolicy dolnych kręgów piersiowych. Badanie z dnia 10. III. 1910 nie wykazało żadnych zmian organicznych prócz pewnych skarg podmiotowych, jak pieczenia w okolicy kręgosłupa, uczucia sztywnienia, drżenia i napinania w kończynach dolnych.

I dzisiejszem badaniem przedmiotowo nic nie można wykazać, podmiotowe jednak skargi utrzymują się, jakkolwiek znacznie mniejsze. Tak więc i przebieg choroby t. j. zupełne cofnięcie się wszystkich objawów poraźnych, potwierdził w zupełności rozpoznanie.

Co do siedziby ogniska chorobowego w rdzeniu, to przyjąć należy, że wybroczyna nastąpiła tu na wysokości szóstego segmentu szyjnego. Bo jakkolwiek górna granica zaburzeń czucia przemawiałaby za nieco wyższym odcinkiem rdzenia, a mianowicie za czwartym szyjnym, jednak brak porażeń w zakresie mm. nad- i podgrzebieniowych i podłopatkowych, naramiennego, dwugłowego, m. wewnętrznego ramienia i mm. odwracających przedramię przemawia przeciw zajęciu wyższych odcinków rdzeniowych. W naszym więc przypadku, podobnie jak w przypadkach, na które zwrócili uwagę Thorburn i Hutchinson, są ruchy wszystkich tych mięśni obustronnie zachowane, których nerwy biorą początek powyżej segmentu szóstego, a zatem te, które w porażeniach Erba bywają niedowładne. A brak porażeń w tych mięśniach był też przyczyną owego, wspomnianego już, charakterystycznego ustawienia obu kończyn górnych.

Czy wązkość źrenic należy odnieść do porażenia ośrodka rzęskowo-rdzeniowego (centrum cilio-spinale), tego nie można rozstrzygnąć. O ile bowiem przy jednostronnem zwężeniu źrenicy rozpoznanie przez porównanie ze stroną drugą nie napotka na trudności, o tyle obustronne zwężenie źrenic, zwłaszcza miernego stopnia, nie uprawnia jeszcze do takiego rozpoznania.

O rozległości krwotoku w rdzeniu nie można było przy pierwszem badaniu żadnego wyrobić sobie zdania. Wobec tak rozległych porażeń w zakresie wszystkich kończyn i wobec zaburzeń w oddawaniu moczu i stolca, można było przyjąć przedewszystkiem dwa ogniska, t. j. jedno na wysokości zgrubienia szyjnego, a jedno w obrębie lędźwiowego zgrubienia rdzenia. Takiem rozmieszczeniem ognisk krwotocznych dałyby się najłatwiej wytłómaczyć wiotkie porażenia w zakresie wszystkich kończyn, przyczem skłonność do objawów Babińskiego, a objaw Oppenheima i Strümpla na nodze prawej odnieśćby należało do podrażnienia piramid bocznych po stronie prawej. Drugą możliwością byłoby jedno ognisko na wysokości zgrubienia szyjnego, które dawało porażenia wiotkie w zakresie kończyn górnych, natomiast porażenia w zakresie kończyn dolnych należałoby w takim razie po części odnieść do ucisku na powrózki boczne (Strümpell-Oppenheim), po części zaś kłaść je na karb wstrząsu nerwowego rdzenia (stawy wiotkie, osłabienie odruchów). Nie przyjęliśmy zwykłego tylko wstrząsu bez wybroczyny z tego powodu, że owa nadzwyczajna symetryczność porażeń, zwłaszcza w zakresie kończyn górnych, mających typowy charakter porażeń segmentarnych, stanowczo przemawiała przeciw takiemu przypuszczeniu. A nadto objaw Strümpla, Oppenheima i skłonność do objawu Babińskiego przemawia również przeciwko takiemu tłomaczeniu. Z przebiegu jednak choroby t. j. wobec tego, iż sprawa ta nie pozostawiła żadnych osłabień ruchowych, ani też zaników — wnosić należy, że krwotok był nieznaczny i że nie naruszył zupełnie substancyi nerwowej. Większość zaś objawów należy z wielkiem prawdopodobieństwem odnieść tu do wstrząsu nerwowego rdzenia. (Streszczenie własne).

Dyskusya. Kol. Rydel nie przypuszcza w danym przypadku krwawienia zewnątrzrdzeniowego, t. j. w opony, a to z tego powodu, ponieważ chory nie miał większej bolesności mięśniowej, unieruchomienia kręgosłupa, ani też bólów promieniujących. Nie przypuszcza również i krwawienia wewnątrzmiąższowego, a to wobec tego, że obecnie zupełny brak wszelkich zaników i zaburzeń czucia, jakkolwiek za takim krwotokiem przemawiałaby niewątpliwie symetryczność wszelkich objawów. K. Rydel skłonny jest przyjąć w danym przypadku jakąś torbiel, t. j. rodzaj przepukliny oponowej, powstałej na tle urazu, którą możnaby sobie wytłómaczyć wszystkie objawy w danym przypadku.

Landau w odpowiedzi podkreśla, że i on już przy pierwszem badaniu z powodów podniesionych przez kolegę Rydla wyłączył krwotok zewnątrzrdzeniowy. Co do krwotoku miąższowego, to jemu nie wydaje się prawdopodobnym krwotok rozległy, ponieważ ten musiałby pozostawić zaniki, osłabienie ruchowe lub zaburzenia czucia w pewnych przynajmniej grupach mięśniowych, albo pojedynczych tylko mięśniach. Nie jest jednak wyłączony krwotok do kanału środkowego rdzenia, t. j. tak zwana »haematomyelia tubularis« z uciskiem na rdzeń i objawami wstrząsu rdzeniowego. Jakkolwiek i o tem zapominać nie należy, że w przy-

padkach urazowych krwotok, nawet miąższowy, może być tak nieznaczny, iż w następstwie nie pozostawia żadnych zmian w zakresie ruchów i czucia, a przynajmniej takich, któreby się badaniem dały wykazać, gdyż większość objawów mogła być jedynie następstwem wstrząsu rdzenia.

Kol. Piltz i Rydel zgadzają się na przyjęcie krwotoku w kanale środkowym, a kol. Rydel sądzi, że i rozsianej hematomylii (haematomyelia disseminata) nie można w danym przypadku zupełnie wyłączyć. W każdym razie należało, zdaniem kol. Rydla, wykonać w swoim czasie nakłucie lędźwiowe i zbadać płyn mózgowo-rdzeniowy, coby może przyczyniło się do łatwiejszego rozpoznania.

2) Landau przedstawia chorą A. S., lat 33, służącą, niezamężną. Ojciec chorej alkoholik i nerwowy. Chora miewała przez krótki czas w 22. i 24. roku życia »zewnętrzne bóle głowy z uczuciem swędzenia i palenia«. Obecna choroba rozpoczęła się w 29. r. od postrzyknięć w okolicy krzyżów. Po dwóch miesiącach zaczęły twardnąć i słabnąć obie nogi równocześnie. Władza w nogach stawała się coraz gorszą, a następnie osłabienie to pojawiało się i w rękach. Równocześnie z osłabieniem wystąpiło drżenie w rękach i nogach. Drżenie to, które ustępuje zupełnie, gdy chora zaśnie, pojawia się natychmiast po obudzeniu się i utrzymuje się niezależnie zupełnie od tego, czy chora siedzi, czy leży, czy stoi. Drżenie jest prawie zawsze jednakie. Gdy się chora położy, to trzęsie bardzo silnie nogami. Drżenie to jest tak przykre i męczące, że chora niema ani chwili spokojnej i z tego powodu czuje się bardzo osłabioną. Z krzesła wstaje z trudnością, bo ją zaraz coś ciągnie ku tyłowi tak, że upadłaby, gdyby się czego nie uchwyciła. Czasem znowu ciągnie ją ku przodowi. Poci się bardzo silnie na całem ciele latem i zimą, nawet wtedy, gdy zupełnie spokojnie siedzi. Czasem zawroty głowy. Wzrok dobry, zmiany w mowie chora nie zauważyła, mocz i stolec zawsze prawidłowe. Na wiosnę zeszłego roku czuła się chora lepiej i trzęsienie było bardzo nieznaczne przez dwa tygodnie.

Badanie wykazuje budowę dobrą, dość dobre odżywienie. Stojąc chora, jest nieznacznie pochylona ku przodowi z rękami opuszczonemi. Chód chwiejny, powolny, dość sztywny, ale bez powłóczenia nóg. Wyraźna retro- i propulsya. W twarzy chorej, a zwłaszcza w zakresie środkowej i dolnej gałązki nerwów twarzowych, brak żywszej mimiki. Mimoto jednak nie brak w twarzy wyrazu i ożywienia, które przebija się w ruchliwych i pełnych połysku oczach. W zakresie innych nerwów czaszkowych zmian niema. Dno oczu prawidłowe (badanie kliniki okul.), może tylko bardzo lekkie zblednięcie połów skroniowych tarczy. Czasami przy patrzeniu wprost kilka drgań poziomych gałek ocznych. Ruchy czynne w zakresie kończyn górnych i dolnych zachowane, lecz powolne z pewnym wysiłkiem i niedostateczne. Przy ruchach biernych tak powolnych, jak i szybkich, stałe jednostajne napięcie mięśni, przedewszystkiem w zakresie kończyn dolnych. Odruchy na kończynach górnych, mierne, równe, na dolnych żawe, równe. Pnie nerwowe niebolesne. Drgań padaczkowatych, objawów Babińskiego Strümpla, Oppenheima niema po obu stronach. Odruchy brzuszne górne obecne; dolnych i środkowych nie udaje się wywołać. Drżenie dotyczy w całości kończyn górnych, kończyn dolnych i tułowia. Jest ono rytmiczne, powolne, o małej amplitudzie i utrzymuje się przy zupełnym spokoju chorej, a nawet gdy chora leży. Przy badaniu nie można było zauważyć, ażeby się drżenie zwiększało w czasie wykonywania ruchów czynnych, ale też i nie ustaje, a nawet się nie zmniejsza.

Rozpoznanie wahać się może między drżączką poraźną (paralysis agitans), a stwardnieniem rozsianem. Za stwardnieniem mogłyby przemawiać wiek, chwilami pojawiające się drganie gałek ocznych, ewentualne zblednięcie tarcz skroniowych, o ile ono rzeczywiście jest. Przeciw: brak zaburzeń mowy, zaburzeń w oddawaniu moczu i stolca, wyraźnego drżenia oczu i drżenia przy ruchach, zaniku skroniowego, przymusowego śmiechu. Za **drżączką poraźną** przemawiają: charakter drżenia, pro- i retropulsya, stałe napięcie mięśni bez charakteru kurczowego, bez objawów Babińskiego, Oppenheima i Strümpla, twarz maskowata.

W dyskusyi Piltz i Rydel zgadzają się z rozpoznaniem, a Rydel podnosi jeszcze, że za stwardnieniem rozsianem mogłoby jedynie przemawiać zwolnienie choroby, zresztą obraz chorobowy odpowiada w zupełności drżączce poraźnej.

(Dok. nast.).

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z d. 30 września 1911.

Obecnych 18 członków.

I. Kol. Biegański mówił o rozwoju i działalności Towarzystwa lekarskiego częstochowskiego z powodu upływającego we wrześniu dziesięciolecia. Towarzystwo zostało zatwierdzone w 1901 r. i liczyło wówczas 26 członków. Najwyższa liczba członków 75 przypada na r. 1905. Po założeniu oddzielnego Towarzystwa w Sosnowcu, liczba członków znacznie się zmniejszyła i obecnie wynosi 41. W ciągu 10 lat odbyło się 110 posiedzeń, na których wygłoszono 182 referaty. Prócz tego było 112 pokazów chorych i preparatów. Z liczby 182 referatów ogłoszono drukiem 64. Protokoły posiedzeń drukowano pierwotnie w łódzkiem »Czasopiśmie lekarskiem«, od dwóch lat w »Przeglądzie lekarskim«.

W pierwszych latach swego istnienia Towarzystwo rozwijało żywą działalność społeczno-lekarską. Wydano dwie broszury popularne »O trunkach« kol. Brzezińskiego i krótkie wskazówki »O cholerze«, urządzano odczyty popularne bezpłatne »O ospie«, »O cholerze«, w lokalu Towarzystwa dokonywano bezpłatnego szczepienia ospy ochronnej i t. d. W ostatnich latach z powodu założenia w Częstochowie oddziału warszawskiego Towarzystwa higienicznego, działalność Towarzystwa lekarskiego w tym kierunku została ograniczona. Biblioteka liczy obecnie około 1000 tomów dzieł i roczników czasopism. Organizacya czytelni jest wadliwa i wymaga na przyszłość gruntownej zmiany. W końcu kol. Biegański mówi o zmarłych członkach Towarzystwa w liczbie 9 i poświęca dłuższą wzmiankę ś. p. kol. Pisarzewskiemu, byłemu wiceprezesowi i bardzo czynnemu członkowi.

Dyskusya dotyczyła reorganizacyi biblioteki i czytelni. Zabierali głos koledzy: Edward Kohn, Russ, Wacław Kohn, Rudzki, Wrześniowski, Nowak, Bellan i Biegański. Uchwalono uporządkowanie księgozbioru. W czynności tej kol. W. Kohnowi przyrzekli pomoc kol. E. Kohn, Łokczewski i Szaniawski. Księgozbiór ma być uzupełniony przez nabycie dzieł nowych, w miarę żądań poszczególnych członków Towarzystwa. Spis dzieł żądanych winien być przedstawiony prezesowi, który ostateczne ich zatwierdzenie przekaże ogólnemu zebraniu.

II. Kol. Edward Kohn opisał przypadek **drgawek wskutek obecności gąsienic much** w przewodzie pokarmowym. Panna, lat 20, skarży się od pewnego czasu na bicie serca, bóle i zawroty głowy. Najniespodziewaniej występują drgawki, które powtarzają się trzykrotnie w ciągu tygodnia i za każdym razem trwają około trzech minut. W narządach wewnętrznych niema zmian żadnych, mocz prawidłowy. Po podaniu środka czyszczącego stwierdzono w stolcu bardzo liczne gąsienice much. Nawiązując do opisanego przypadku, kol. E. Kohn wylicza najczęstsze rodzaje pasorzytów kiszkowych i omawia wpływ ich na ustrój człowieka.

W dyskusyi kreśli kol. Wacław Kohn obecny stan nauki o t. zw. muszycy (myiasis, μυῖα po grecku mucha). Gąsienice, spotykane u ludzi, należą do dwóch gatunków

much: do muchowatych (muscidae) i do gzowatych (oestridae). Gzowate napastują ludzi przeważnie w krajach podzwrotnikowych. Jedne i drugie składają jaja na ludzi, pogrążonych w głębokim śnie i mających gdziekolwiek wydzielinę ropną (ozaena, otitis, furunculosis). Pod względem klinicznym odróżniamy muszycę zewnętrzną i wewnętrzną. Muszyca zewnętrzna pod wpływem gzowatych różni się nieco od tejże choroby, wywołanej przez muchowate. Z jaj much gzowatych w krótkim czasie wyrastają gąsienice, które dzięki specyalnym haczykom torują sobie drogę w tkankę podskórną, otaczają się błoną, tworząc charakterystyczny woreczek z otworem na zewnątrz. Po 9 miesiącach opuszczają miejsce swego pobytu i w ziemi przemieniają się w poczwarki. Gąsienice z gatunku muchowatych przemieniają się w poczwarki w przeciągu 7—10 dni, z powodu czego przebieg choroby jest znacznie krótszy. Gąsienice te wżerają się głęboko w tkanki, wywołują znaczne zniszczenia, nieraz kończące się śmiercią. Muszycę wewnętrzną czyli kiszkową wywołuje najczęściej gąsienica z gatunku muchowatych (musca vomitoria, domestica). Chorobę tę charakteryzują nudności, wymioty i inne zaburzenia ze strony żołądka i jelit. Zależnie od ilości gąsienic i ich rodzaju objawy mogą być ogólne: gorączka, bredzenie i t. d. Być może, że przy systematycznem badaniu kału przypadki analogiczne byłyby spostrzegane daleko częściej. — Kol. Batawia spostrzegał jeden przypadek muszycy zewnętrznej u 14-letniego chłopca przy ropnem zapaleniu ucha. Gąsienice były zupełnie podobne do przedstawionych przez kol. E. Kohna. — Kol. Wrześniowski mówi o muszycy u zwierząt. — Kol. Rozenfeld dowodzi, że drgawki w przypadku opisanym mogły być następstwem zatrucia jadem gąsienic. Najnowsze badania stwierdziły, że pasorzyty kiszkowe wydzielają pewne ciała trujące. Według Weinberga surowica chorych, mających glisty dżdżownicowate, tęgoryjca lub tasiemca, zawiera swoiste niweczniki (anticorps.), które można wykryć przy pomocy odpowiedniej metody seradyagnostycznej (Bordet - Gengou). W końcu kol. Rozenfeld mówi o nowszych badaniach lekarzy francuskich, którzy zwracają uwagę na ścisłą łącznośc zapalenia wyrostka robaczkowego i duru brzusznego z obecnością glist dżdżownicowatych w przewodzie pokarmowym.

Posiedzenie z d. 21 października 1911.

Obecnych 24 członków.

I. Kol. Wrześniowski przedstawił **guz**, wyłuszczony u 5-miesięcznego oseska. Na trzeci dzień po porodzie zauważyła matka pod lewą pachą dziecka guzek wielkości jaja gołębiego. Guz zwiększał się szybko i wreszcie zajął całą połowę klatki piersiowej. Naświetlanie było nieskuteczne. W uśpieniu chloroformowem guz wyłuszczono bez żadnych trudności. Dziecko wyzdrowiało. Wejrzenie zewnętrzne guza, wielkością przewyższającego znacznie główkę dziecka, przypomina tkankę gruczołowatą. — Kol. Wrześniowski prosi kol. W. Kohna o drobnowidowe zbadanie guza.

II. Kol. A. Landau z Warszawy odczytał rzecz p. t. **O nowych prądach w dziedzinie patogenezy i leczenia moczówki cukrowej.** (Szczegółowe streszczenie tego odczytu umieszczone jest w »Pamiętniku I. Zjazdu lekarzy prowincyonalnych Królestwa polskiego« (str. 43)).

W dyskusyi zauważa kol. Russ, że w niektórych postaciach cukrzycy, jarzyny zielone i owoce znoszone bywają lepiej, niż inne rodzaje węglowodanów. Dalej przytacza kol. Russ zdanie Minkowskiego, który nie wierzy w dodatni wpływ dyety owsianej przy kwasicy. — Kol. Rozenfeld przytacza spostrzeżenia kliniczne i anatomopatologiczne, które niewątpliwie dowodzą pewnej łączności między chorobami trzustki i moczówką cukrową. Atoli szersze uogólnienia w tej mierze są jeszcze przedwczesne. W wielu chorobach trzustki np. w ostrem zapaleniu, raku, niema cukromoczu, i odwrotnie w wielu przypadkach moczówki cukrowej nie znajdujemy w trzustce ani śladu zmian anatomicznych. Dalej mówi kol. R. o doświadczeniach Renzi i Reale, którzy spostrzegali cukromocz po wycięciu ślinianek. Wreszcie wspomina o ważnem znaczeniu amoniaku, jako wskaźniku nadmiernego wytwarzania się kwasów w cukrzycy (acidosis) i mówi o pominiętem przez kol. Landaua leczeniu wyciągiem wątroby (Gilbert).

Kol. Biegański sądzi, że ustalone dotychczas fakty doświadczalne nie wyjaśniają należycie istoty moczówki cukrowej. Świeżo ogłoszone badania Bittorfa dowodzą, że we krwi chorych na cukrzycę niema powiększenia ilości adrenaliny. Wynika stąd, że adrenalina w powstawaniu cukrzycy nie gra tak wielkiej roli, jaką jej przypisuje teorya. Dalej mówi kol. Biegański o niejednakowym wpływie tłuszczów pokarmowych na acetonuryę, wreszcie prosi kol. Landaua o bliższe wskazówki co do podawania chorym napojów wyskokowych.

Kol. Landau odpowiada kol. Russowi, że dyeta jarzynowa stosowana bywa często dla odcukrzenia chorych. Wbrew zdaniu Minkowskiego, osobiście przekonał się o skuteczności dyety owsianej, która, stosowana odpowiednio, usuwa acetonuryę w kwasicy i poprawia tolerancyę węglowodanową. W odpowiedzi kol. Rozenfeldowi mówi kol. Landau, że nawet ciężkie przypadki schorzenia trzustki bez cukromoczu nie dowodzą niczego, albowiem zawsze pozostać mogą nienaruszone cząstki narządu, które biorą na siebie rolę zastępczą. Zresztą w większości przypadków cukromoczu, w trzustkach pozornie zdrowych znajdowano zmiany drobnowidowe. Kol. Landau zgadza się, że zwiększona wydajność amoniaku jest ważnym objawem kwasicy i ma wielkie znaczenie rozpoznawcze. Co się tyczy organoterapii wątrobnej, osobiście jej nie stosował. W odpowiedzi kol. Biegańskiemu kol. L. zaznacza, że we krwi są tak małe ilości adrenaliny, iż przy pomocy dotychczasowych metod niepodobna ściśle określić nieznacznego jej powiększenia. Zwiększoną ilość adrenaliny znajdowano przy chorobie Basedowa. Wreszcie co do napojów wyskokowych, mają one poniekąd wartość odżywczą, 90% ulega spalaniu, 1·0 daje 7 jednostek cieplnych, spalanie to jest dla ustroju korzystne, ulegają bowiem zaoszczędzeniu tłuszcze i węglowodany.

III. Na członka rzeczywistego Towarzystwa przyjęty został jednomyślnie kol. Szaniawski.

Karol Rozenfeld.

---

83. Zjazd niemieckich lekarzy i przyrodników w Karlsruhe

24—29. września 1911.

Sekcya chirurgiczna.

Podał **Dr Adolf Klęsk.**

1. Czerny (Heidelberg). **Leczenie raka.** Czerny omawia (omawiane już nieraz w streszczeniu w »Przeglądzie«) wyniki leczenia raków nie nadających się do operacyi w domu samarytańskim w Heidelbergu. Przy mięsakach próbuje C. obecnie z korzyścią leczenia salwarsanem.

Müller przedstawia preparaty rzadkich wyleczeń nowotworów, sprawiających już wrażenie nieoperacyjnych, nieraz po operacyach niedoszczętnych.

2. Steinthal (Stuttgart). **Trwałe wyniki leczenia raka sutka.** S. dzieli raki sutka na 3 grupy: 1) Guzy ruchome wielkości orzecha włoskiego z małymi gruczołami lub bez nich. 70—80% wyleczeń trwałych. 2) Guzy wielkości jabłka, zrośnięte ze skórą, powięzią piersiową i gruczołami 25—30% trwałych wyleczeń. 3) Guzy zajmujące sutek, zrośnięte z mięśniami, przerzuty w gruczołach już i nad obojczykiem. Te nie dają trwałych wyleczeń w za-

sadzie. Należy zabierać zawsze mięśnie piersiowe, a potem leczyć rentgenizacyą lub piorunowaniem.

W dyskusyi podaje Czerny, że w przypadkach wczesnych nie usuwa mięśni, bo od nawrotów i tak to nie uchroni; inni operują zawsze doszczętnie.

3. Wilms (Heidelberg). **Leczenie gruźlicy chirurgicznej.** Coraz więcej objawia się obecnie dążność do zachowawczego leczenia gruźlicy chirurgicznej. W. omawia prócz tego leczenie tuberkulinami i promieniami Röntgena.

W dyskusyi zaleca Lenemann t. zw. śródogniskowe wstrzykiwania tuberkuliny, t. j. tuberkulinę razem z parafiną płynną wstrzykuje się w chore miejsce, przyczem osiąga się dobre wyniki zwłaszcza przy gruźlicy ręki i stopy.

4. Baisch (Heidelberg). **Leczenie gruźlicy chirurgicznej, zwłaszcza gruczołów promieniami Röntgena.** Rentgenoterapia oddaje cenne usługi. a zwłaszcza przy gruczołach szyjnych, gdzie niemal zawsze zastąpić może rozległe operacye. Z gruźlicy kostnej nadają się do leczenia rentgenizacyą małe stawy i kości (ręka, stopa, palce). Dalej nadaje się do tego leczenia gruźlica otrzewnej; zaleca się kombinacya tego leczenia z tuberkuliną.

5. Blos (Karlsruhe). **Leczenie gruźliczych przetok estrem kwasu cynamonowego.**

6. Kolb (Heidelberg). **Nowy sposób zwężania klatki piersiowej przy gruźlicy płuc i otokach ropnych podług Wilmsa.** Z tyłu w okolicy kąta żeber wycina się 3—4 cm, a z przodu usuwa się chrząstkę przy mostku, przez co klatka piersiowa się zapada, zwłaszcza w częściach górnych. Zabieg daje się wykonać w znieczuleniu miejscowem; w odpowiednich przypadkach gruźlicy (sprawa w płacie górnym nie świeża, jednostronna) i otokach ropnych zapewnia zupełne wyleczenia.

7. Röpke (Jena). **Zastosowanie wolno przeszczepionych płatów tłuszczu w chirurgii kości i stawów.**

8. Ledderhose mówi: **O nizkiem ustawieniu żeber** wskutek skrócenia trzonów kręgów lędźwiowych, sprawa cechująca zniekształtniające zapalenie kręgów (spondyllitis deformans).

9. Vorschütz (Bern) zwraca uwagę na: **Znaczenie sfer przeczulicy na głowie przy zranieniach czaszki i mózgu dla nauki o ubezpieczeniach.**

10. Wilms (Heidelberg). **Sztuczne utworzenie przewodu żółciowego.** W. w czterech przypadkach zastąpił wspólny przewód żółciowy drenem gumowym, wpuszczając go sposobem Witzla do dwunastnicy i otrzymał zupełne wgojenie się sączka i jego dobre funkcyonowanie.

11. Schmidt. **Zakażenie pneumokokami otrzewnej i stawów kończyn u dzieci.** Z okazyi epidemii grypy spostrzegał S. powyższe cierpienia. Co do stawów, to klinicznie cechuje zajęcie stawu: wystąpienie nagłe obrzęku stawu wśród silnych bólów, a braku zaczerwienienia skóry. Zwykle trzeba staw naciąć i sączkować 8 dni.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 20. b. m. posiedzenie, na którem Dr Radwańska przedstawiła przypadek wrodzonego wypadnięcia macicy u dziecka 10-tygodniowego z tarnią dwudzielną, poczem dokonano wyborów Zarządu Towarzystwa na r. 1912. Wybrani zostali: prezesem Dr Tomasz Janiszewski, wiceprezesem Dr Maksymilian Cercha, sekretarką doroczną Dr Ada Markowa, sekretarzem stałym (na 3 lata) ponownie Dr Damski, bibliotekarzem (na 3 lata) ponownie Dr Blassberg, przewodniczącym komisyi przemysłowo-lekarskiej Prof. Mięsowicz, a bojkotowej Dr Zanietowski, do komisyi rewizyjnej Dr Bielański i T. Piotrowski, do komisyi redakcyjnej »Przeglądu lek.« Prof. Browicz, Dr Blassberg, Prof. Krzyształowicz, Prof. Majewski i Prof. Rutkowski, delegatami do Rady zawiadowczej Tow. lek. gal. Prof. Browicz i Prof. Jurasz, delegatami na Walne Zgromadzenie Dr Akerman, Ciechanowski, Cybulski, Damski, Dobrowolski, Kostanecki, Landau Jan sen., Schöngut, Surzycki i Wicherkiewicz, zastępcami delegatów Bochenek, Kwaśnicki, Reiss, Wachtel Z. sen., członkiem komisyi rewizyjnej Tow. lek. gal. Dr Schoengut.

— Profesorowie nadzw. czeskiego Wydziału lekarskiego w Pradze Dr Honl i Kimla otrzymali tytuł i charakter profesorów zwyczajnych. Prof. Maixner obchodził 40-letni jubileusz doktoratu.

— Towarzystwo stomatologów polskich w Krakowie uchwaliło obszernie motywowany protest przeciwko niektórym postanowieniom projektowanych przepisów o technikach dentystycznych. Szczególnie oświadcza się Towarzystwo przeciw temu, aby technikom wolno było plombować zęby (§ 3. punkt 5.), ponieważ zabieg ten musi być wykonywany na zasadzie wiadomości ściśle lekarskich (postępowanie przeciwgnilne, wiadomości farmakologiczne i toksykologiczne i t. p.).

— Dyplom doktorski uzyskała p. Regina Weinberg, rodem z Kopyczyniec w Galicyi.

— »Koło medyków Wszechnicy lwowskiej« liczyło w r. 1910/11 (piątym istnienia) 29 członków wspierających i 218 zwyczajnych, miało 7763·56 kor. dochodu, a 7088·15 kor. wydatków i posiadało majątku w gotówce 3002·49 kor. (fundusz żelazny, gruźliczy i fundusz »Domu medyków«). W dziale pośrednictwa w zakupywaniu dla członków podręczników i dzieł lekarskich wynosił obrót 3708·84 kor. Biblioteka obejmuje 898 dzieł w 1088 tomach, a wydano na nią w ciągu 5 lat 3302 kor.; wypożyczono 790 dzieł. Towarzystwo przygotowuje przeprowadzenie badań zdrowotności wody w powiecie lwowskim i zwolna zbiera fundusze na budowę »Domu medyków«.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 10. XII. do 16. XII. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 10 † 1 (w tem obcych 4 ospy wietrznej 5, płonicy 15 † 2 (5 † 1), odry 15 † 1, duru brzusznego 1 † 1 (1 † —), gorączki połogowej 1 † 1 (1 † 1), róży 3 † 2 (1 † 1). Dr Janiszewski.

Z różnych stron. W Berlinie funkcyonuje obecnie 50 lekarzy szkolnych na 223,759 dzieci. Każdy lekarz bada rocznie średnio 684 dzieci wstępujących do szkoły. Zwykle nie przyjmuje się do szkół rocznie przeszło 3000 dzieci, a pod obserwacyą pozostaje niemal $^1/_5$. Najczęstszemi schorzeniami są niedokrwistość, choroby gardła, nosa, oczne, uszne, skrzywienia kręgosłupa, krzywica, zołzy, gruźlica i choroby serca. Istnieje też w Berlinie szkolna klinika dentystyczna, lecząca rocznie 11,356 dzieci. Istnieją także klasy pomocnicze dla słabszych dzieci, a uczęszcza do nich 2281 dzieci. (Sprawozd. Dr Meyera). Klęsk.

— Dr Stefan Pietrowicz w Chicago wybrany został superintendentem zakładów sanitarnych i humanitarnych w powiecie Cook stanu Illinois w Ameryce półn.

— U telefonistek występują podług Thebaulta następujące przypadłości: bóle głowy, bezsenność, szum w uszach, hypochondrya, nadczułość. Przypady te pogarszają się w czasie burzy. Należy też wybierać do służby osoby zupełnie zdrowe i nie obciążone dziedzicznie i zapewnić im odpowiednie odpoczynki wśród pracy. K.

— Z wojny rosyjsko-japońskiej podaje ciekawe spostrzeżenia starszy lekarz sztabowy francuski Folleufant (pracujący

po stronie Rosyi). Obecnie 50% zranionych może iść piechotą do opatrunku. Polne lazarety powinny być blizko umieszczone i zacząć się urządzać na początku bitwy. Przyjmują one 8% rannych. Śmiertelność w lazaretach wynosiła u Rosyan 3·2%, u Japończyków 6·8%. x.

— W celu zwalczania raka zaleca Winter umieszczanie w czasopismach politycznych odpowiednich artykułów, pouczanie publiczności w wykładach, a zwłaszcza dozorczyń chorych i położnych, które mają częstą styczność z chorymi. (Monatsch. f. Geb. 33). x.

— Ankieta, urządzona przez Herza w sprawie etyologii stwardnienia tętnic wykazała, że lekarze w Austryi za najczęstszą przyczynę powstania tej choroby uważali wpływy nerwowe, wiek, potem alkohol, kiłę, ciężką pracę, a w końcu dopiero tytoń, dziedziczność, choroby zakaźne i wpływy chemiczne i termiczne. x.

— Austryackie ministeryum wojny ma celem polepszenia awansu lekarzy wojskowych powiększyć liczbę lekarzy starszych sztabowych o 28, a w stosunku do tego zmniejszyć liczbę lekarzy pułkowych. x.

— Wśród prostytutek Berlina, jak podaje Pinkus, 13·45% urodziło się nieślubnie, 45% rodziło, a z tego 56% dzieci umarło. Prostytutki rekrutują się głównie z robotnic fabrycznych i służących z domów prywatnych. x.

Mianowani: Dr Wacław Jasiński lekarzem naczelnym szpitala dziecięcego fund. Vetterów w Lublinie, a Dr Jaworowski kuratorem tegoż szpitala;

okuliści Salzmann (z Wiednia) profesorem w Grazu, a Uhthoff (z Wrocławia) profesorem w Berlinie.

Zmarli: Dr Józef Aleksandrowicz, b. lekarz wojskowy, w 88 r. ż. w Warszawie; Dr Zygmunt Oksza-Pląskowski w 27 r. ż. w Warszawie;

ginekolog Doc. Hörmann w Monachium.

Redakcya otrzymała: Cybulski: Prądy elektryczne w mięśniach nieuszkodzonych i uszkodzonych oraz ich źródło. Kraków (Akad. Um.) 1911. — Alfred Sokołowski: Dziesięć dni na Sycylii. Warszawa 1912. — Nowaczyński: Die Kobragiftreaktion von Calmette und ihre diagnostische Bedeutung in bezug auf Tuberkulose. »Zeitschrift f. Tuberkulose«. 1911. — Kaczorowski: 1) Elementarz higieniczny dla młodzieży szkolnej. Lwów 1910. Nakładem Rady szkolnej okręgowej miejskiej. 2) Stan higieny i stan zdrowotny dzieci szkół miejskich we Lwowie. Lwów 1911. Wyd. Tow. higien. — Prof. Jaworski W. 1) Das Beklopfen der Leber und des Magens und der Vibrationsdruck. 2) Hypodynamia cordis diarrhoica. »Wiener klin. Woch.« 1911. 3) O stosowaniu wód normalnych w lecznictwie. Kraków 1912. 4) Sv. Jáchymov. Kraków 1911. — Prof. W. Jaworski i Doc. Męsowicz. Über den verderblichen Einfluss der gegenwärtigen Richtung in den chemischen Fabriken und Apotheken auf die praktische Medizin. »Münch. m. Woch.« — Prof. W. Jaworski i St. Łapiński. Klinische Untersuchungen von 800 Fällen in Bezug auf die Palpation des Wurmfortsatzes, des Blinddarmes und der zugehörigen Druckpunkte. »Wien. kl. Woch.« — Kostrzewski. 1) O odczynie Cammidgea. 2) Ueber die violette Farbe bei haemolytischen Versuchen. »Centrlbl. f. Bakt.« 1911. — Nowaczyński: Najnowsze biologiczne metody rozpoznawcze gruźlicy. — J. Szymański: Additional help toward removal of the Tonsils. Amer. med. Assoc. 1911. — Kleczkowski: Obecność adrenaliny w surowicy krwi chorych na jaskrę. Przyczynek do etyologii jaskry. »Postęp okul.« 1911. — Prace szpitala dla umysłowo i nerwowo chorych »Kochanówka« (pod Łodzią). Rok 1910. Warszawa 1911. — Fiedberger i Szymanowski: Über Anaphylaxie. 1) XII—XIV. Mitth. 2) XXIII. Mitth. »Zeitschr. f. Immunitätsforschung« 1911.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Prothaemin.

O środkach zastępujących mięso. Tajny Radca Prof. Dr E. Salkowski, Berlin. Kgl. Charite. (Biochemische Zeitschrift Nr 1. 2. T. 19).

Nieraz udaje się jednemu badaczowi przypadkowo dobre odkrycie, podczas gdy drugi idąc za pewną myślą przewodnią dochodzi do podobnego celu. I tak doprowadziły socyalno-hygieniczne usiłowania Salkowskiego do sporządzenia odpowiedniego materyału białkowatego dla poprawy pożywienia mniej zasobnych klas ludowych, a w szczególności do zużytkowania w tym celu nadzwyczaj wielkich ilości białka marnowanego z krwią bitych zwierząt i do wytworzenia nowego suchego przetworu krwi, oznaczającego znaczny postęp w dziedzinie lecznictwa. Postęp ten polega najpierw na tem, że **wszystkie ciała białkowate są w tym przetworze połączone** wraz z **organicznie związanem żelazem i fosforem**, a dalej w nadzwyczaj wysoko posuniętej możności wykorzystania środka, jak to z podanych przez Salkowskiego dokładnych badań przemiany materyi przekonująco wynika. Tak np. w doświadczeniu rozciągniętem na 29 dni wyzyskany został azot do 95·0%, tłuszcz do 98.48%, węglowodany do 98·08%. **Całe zapotrzebowanie azotu zostało podczas tego czasu z przetworu pokryte.**

Środek wprowadzony zostaje do obrotu pod nazwą »Prothaemin«. Jest to delikatny jak pyłek proszek barwy czekoladowej, bezwonny i bez smaku, a chroniony przed wilgocią jest nieograniczenie trwały.

Niezwykła możność strawienia, **nadzwyczajnie wysoka możność wessania i asymilacyi prothaeminy** przy zawartości naturalnego żelaza krwi i organicznie połączonego fosforu (lecytyna) stanowi o wyższości prothaeminy pomiędzy podobnymi sposobami leczenia, przypisywanymi żelazo-fosforowi i innym przetworom odżywczym wogóle przy: podupadającem odżywiewieniu, neurastenii, ozdrowieniu i t. d. Dawka: 3—5 × dz. 1—2. łyżeczek kawowych z czubkiem; w postaci czekolady dziennie 1—1½ tabliczki wagi 50 gr. (40% prothaeminy), dzieciom 1—1½ tabliczki.

Sporządzanie prothaeminy objęła fabryka chemiczna Goedecke & Co. Berlin, przyczem środek ten pozostaje pod stałą doświadczalną kontrolą ze strony Prof. Salkowskiego. Hr. W.

L. Herber w Bernie wielki dom handlowy i bankowy w Bernie, Gr. Platz 3, istniejący od 73 lat, załącza do dzisiejszego Nru **Kalendarzyk na r. 1912**, zawierający liczne działy. W razie zagubienia kalendarzyka przesyła go na życzenie firma wprost.

Arsenferratose. Dr Pierre Barbier, Paris. (Le Courier Medical 1911. Nr 44). W 50 przypadkach błednicy, niedokrewności, uporczywych chorób skórnych, braku regularności i schorzeń nerwowych otrzymał autor dobre wyniki, podając powyższy przetwór. Świadczyły o tem przybytek wagi, poprawa ilości hemoglobiny i stanu ogólnego, obok cofnięcia się objawów miejscowych. Łatwa wessalność, dobry smak przetworu i brak objawów ubocznych stawiają go na czele podobnych środków.
Boer. W.

Nellosan, dobry, smaczny, stały, dobrze znoszony przetwór odżywczy, polecany w stanach wyniszczenia, u ozdrowieńców po operacyach, po chorobach gorączkowych, przy cierpieniach płuc i przewodu pokarmowego, wreszcie jako środek pomocniczy przy leczeniu tuczącem. Dr W.

Rok L. Kraków, dnia 30. grudnia 1911. Nr 52

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Dalsze doświadczenia z salwarsanem

podał

Dr Maksymilian Mondschein

sekundaryusz szpitala powszech. w Stanisławowie.

Wykonawszy dotąd 750 wstrzyknięć salwarsanu, chciałbym do krótkiego zarysu z września ubiegłego roku dodać ostateczny wynik moich dotychczasowych spostrzeżeń i doświadczeń. Dużo bowiem zmieniło się od owego czasu w poglądach na sposób i wartość działania tego środka. Po najżywszym entuzyazmie, jaki ogarnął świat cały uczonych i cierpiących w chwili narodzin tego środka, przyszedł okres krytyczny. Wynikiem tego są sądy najsprzeczniejsze, stojące na przeciwnych wprost biegunach. Gdy jedni uważają środek ten za genialny wynalazek naszego wieku, za nader cenny nabytek w medycynie, to inni stawiają go tylko na równi z dawnem leczeniem rtęciowem; ba — nawet wielu stawia go niżej od rtęci lub, co więcej, uważa stosowanie jego za szkodliwe dla ustroju. Nie mam tu zamiaru rozpatrywać przyczyny tych różnorodnych zapatrywań, nadmienię tylko, że niejedni czynią to dlatego, bo przyzwyczaili się do starego środka, który ich nieraz wybawił z kłopotu; inni znów, porobiwszy może nieszczególne doświadczenia, oparte na kilku czy kilkunastu wstrzyknięciach (a mające swój powód w niestosownie zrobionym rozczynie, lub niedostatecznej aseptyce), stali się przeciwnikami tego środka. Ci jednak, którzy go wiele razy stosowali (co najmniej kilkaset razy), ci mieli nieraz sposobność spostrzegać szybki, czasem błyskawiczny skutek tego środka w takich postaciach kiły, które leczeniu rtęciowojodowemu długi czas opór stawiały lub zupełnie na nie nie oddziaływały. Do tych postaci należy przedewszystkiem kiła złośliwa, kiła kości i okostnej np. podniebienia lub kości nosowej, kości goleni, gdzie nieraz rtęć i jod zawodzą zupełnie, kilak żrący podniebienia miękkiego, wrzód kiłowy żrący na prąciu, zdarzający się często przy złośliwej kile, bole w stawach pochodzące od zajęcia błon surowiczych, wyścielających staw i t. d.

Bardzo dobre, wprost poronne wyniki miałem sposobność osiągnąć zapomocą salwarsanu przy wczesnej kile, przy dopiero co powstałym wrzodzie twardym. Tu przedewszystkiem osiągnąłem szybkie zagojenie się wrzodu, zmięknięcie twardego nacieku, po dłuższym czasie (3—6 tygodni) zmniejszenie się i ostateczny powrót do stanu prawidłowego obrzękłych gruczołów pachwinowych, a w jednym przypadku twardego wrzodu na wardze dolnej gruczołów podszczękowych. Zauważyłem przytem, że jeśli wrzód pierwotny po wstrzyknięciu salwarsanu powoli się zabliźnia, lub blizna pozostała nie mięknie do 4 tygodni zupełnie, wtedy należy powtórzyć zaraz wstrzyknięcie, gdyż to jest dowodem, że nie cała dawka dostała się do obiegu krwi, lecz część tylko, część zaś uległa zupełnemu, szczelnemu otorbieniu. Ta część może przez długi czas (kilka miesięcy) pozostać niezużytą w tem otorbieniu, jak to zauważyłem w jędnym przypadku, gdzie przy niedostatecznym skutku wstrzyknięcia salwarsanu nastąpiło po silnem uderzeniu w pośladek zropienie w miejscu wstrzyknięcia i wielka część środka wylała się na zewnątrz po nacięciu ropnia.

Ale najważniejsza w tych przypadkach wczesnej kiły jest ta okoliczność, że drugorzędne objawy po bardzo wczesnem wstrzyknięciu salwarsanu wcale nie wystąpiły, a kilkakrotnie przedsiębrana próba Wassermana dała wynik ujemny, coby przemawiało za całkowitem wyleczeniem. Ze stanowiska socyologicznego jestto rzecz nader doniosła i na tę też okoliczność już dawno zwracał Ehrlich uwagę, radząc natychmiast po okazaniu się wrzodu twardego stosować salwarsan. Statystyka dotychczasowa wykazuje wedle Ehrlicha 90% zupełnego wyleczenia tych wczesnych postaci.

Finger w swych zarzutach przypisuje środkowi Ehrlicha nerwotropiczne, t. j. zabójcze własności, uzasadniając swe twierdzenia częstością i wczesnością występowania objawów chorobowych po wstrzyknięciu salwarsanu w dziedzinie nerwów, szczególnie zmysłowych, a także tem, że objawy te same przez się ustępowały, coby musiało przemawiać przeciw kile.

Co do częstości i wczesności występowania tych objawów, to przecie kiła sama wywołuje schorzenia układu nerwowego i to wedle Naunyna właśnie najczęściej w pierwszym roku, a w dalszych latach rzadziej. Kiła mózgu czy rdzenia może wystąpić przecie w każdym okresie kiły, a nie jest wcale przywilejem okresu trzeciorzędnego.

Nie ulega wątpliwości, że po wstrzyknięciu salwarsanu mogą wystąpić pewne czynnościowe zaburzenia nerwowe, ale te są zupełnie przejściowej natury. Te zaburzenia tłumaczy Ehrlich w ten sposób, że po wstrzyknięciu salwarsanu wskutek zabicia wielkiej ilości krętków w jednem miejscu występuje w tem miejscu odczyn analogiczny do tego, który na skórze znamy pod nazwą odczynu Herxhei-

mera. Wyobrazić sobie łatwo, że w wązkim jakimś kanale kostnym obrzęk odczynowy wywołać może ucisk na gałązkę nerwową, tamże przebiegającą. Ucisk ten wkrótce jednak ustaje, stąd i zaburzenia w dziedzinie tego nerwu prędko mijają i tem wytłómaczyć trzeba wspomniane Fingerowskie objawy nerwowe, same przez się ustępujące.

Zresztą inne rzekome uszkodzenia nerwów, przypisywane przez Fingera szkodliwemu działaniu salwarsanu, należy stanowczo przypisać samej kile, a że o nich obecnie od wprowadzenia leczenia salwarsanem częściej słychać, to przypisać należy temu, że teraz bez porównania więcej zwraca się uwagi na te »neurorecydywy«, niż dawniej. Ale przecie już dawno Schnabel i Sany wykazali statystycznie 25% kiłowych schorzeń oczu i to najwięcej we wczesnym okresie kiły, Hutchinson wskazał na częste zajęcie narządu słuchowego wskutek kiły, a Pollitzer oblicza wszystkie przypadki schorzeń błędnika na 7—48%, i to przypadki, zdarzające się między 5.—12. miesiącem po zakażeniu[1]).

Objawy oczne, które w jednym przez Fingera przytoczonym przypadku wystąpić miały po wstrzyknięciu salwarsanu, a które Finger przypisuje zatruciu arsenem, przemawiają zupełnie przeciw temu zatruciu, a tylko za schorzeniem przyrody kiłowej. I tak we wspomnianym przypadku wykazało badanie mroczki przyśrodkowe (skotoma paracentrale) skroniowe, jednostronne, i zwężenie współśrodkowe pola widzenia, a obraz ten odpowiada właśnie schorzeniom kiłowym pozagałkowym, a nie zatruciom arsenem, gdzie podobnie, jak przy zatruciu alkoholem, nikotyną, jodoformem, występują mroczki środkowe (skotoma centrale) obustronne i brak zwężenia pola widzenia, co jest właśnie cechą charakterystyczną tych zatruć. Takie objawy nerwowe należy energicznie leczyć i to wstrzyknięciem salwarsanu do żyły, a wynik zależy zupełnie od czasu, jaki upłynął między wystąpieniem tych objawów a leczeniem i stoi doń w prostym stosunku.

Czy przez wstrzyknięcie jednorazowe salwarsanu można w posuniętym okresie osiągnąć zupełne wyleczenie? Odpowiedź nasza na to brzmi: nie w każdym przypadku. Ale już dziś pewną jest rzeczą (mimo iż obserwacya jest krótka, bo 1½-roczna), że istnieją pewne postacie kiły, które na leczenie rtęciowo-jodowe zupełnie są odporne a oddziaływają szybkiem ustępowaniem zmian i zupełnem wyleczeniem po zastosowaniu salwarsanu. Do tego zupełnego wyleczenia przyczynia się w wysokim stopniu poprzedzające je energiczne leczenie rtęciowo-jodowe, choćby krótkotrwałe, niejako przygotowując grunt pod urodzajną glebę.

Na dowód przytoczę tylko dalszy przebieg tych dwu przypadków, które opisałem w pierwszej mojej pracy (w »Przegl. lek.«) we wrześniu ubiegłego roku.

Oboje chorzy dotknięci kiłą nader złośliwą, oboje bardzo energicznie leczeni jodem, rtęcią, wstrzykiwaniem jodypiny, odwarem Zittmana, a mimo to u pierwszego chorego w 5 miesięcy po zakażeniu wrzody kilakowe, drążące do kości, szybko się rozpadające na czole i brodzie i wrzód żrący na prąciu, bardzo szybko się szerzący, przytem gorączka, częste dreszcze i szybkie chudnięcie — u drugiej chorej obraz ogólnego wyniszczenia, zajęcie błon surowiczych wszystkich stawów, opłucnej z wysiękiem następowym, kiłą nerek, kilaki kostne nader bolesne (pobyt 15-miesięczny w szpitalu); wszystkie te objawy znikły jakby pod różdżką czarodziejską po wstrzyknięciu śródmiąższowem »606«. Oboje leczeni są do dziś zupełnie zdrowi (od dnia wstrzyknięcia upłynęło 15 miesięcy), próba Wassermana, trzykrotnie zrobiona w długich odstępach czasu, zawsze ujemna.

Takich wyników otrzymać nigdy nie można leczeniem rtęciowo-jodowem, przeciwnie, odnosi się wrażenie, że ono w tych postaciach kiły przyczynia się tylko do ogólnego wyniszczenia, działając niekorzystnie na przemianę materyi, na trawienie i t. p.

Albo inny bardzo pouczający przypadek:

E. B. 44 lat, od 12 lat żonaty, bezdzietny, żona nie roniła. Przed 20 laty zakażony kiłą, leczony podówczas 30 wcieraniami; na tem koniec. Długi czas bez objawów. Przed 10 laty ostry wiewiór, dotąd nitki tryprowe w moczu. Od 1½ roku cierpi chory na częste moczenie, które powoli wzmogło się do tego stopnia, iż chory w ostatnich kilku miesiącach moczy co chwila, a w nocy usnąć z tego powodu nie może. Przy oddawaniu moczu musi chory długo przeć, zanim mocz odda. Leczył się u wielu lekarzy miesieniem gruczołu krokowego, rozszerzaniem cewki (zwężenie w tylnym odcinku przedniej części cewki, 2 cm długie, 21 Charrière), płukaniem pęcherza, także wcieraniami (6 okresów), jodem — wszystko bez skutku.

27. I. 1911: Wstrzyknięcie śródmiąższowe salwarsanu (0·6) w słabo zasadowej zawiesinie.

28. I. Chory skarży się na bole w miejscu wstrzyknięcia, na ciągnące bole wzdłuż całej lewej dolnej kończyny (wstrzyknięcie w lewy pośladek), oddawanie moczu niezmienione.

1. II. Parcie na mocz zupełnie ustało, chory oddaje mocz dwa razy nocą, czuje się podmiotowo zdrowym, nieznaczny ból w miejscu wstrzyknięcia.

10. II. Chory ma ogromny apetyt, wygląda znacznie lepiej, nie moczy się przez całą noc, rano łatwe oddawanie moczu. Odtąd stale zdrów; — odczyn Wassermanna ujemny.

Choćby te trzy przypadki ilustrują najlepiej różnicę działania rtęci a salwarsanu i znaczną wyższość środka Ehrlicha. Jednakże stanowczo stwierdzić muszę na mocy wielokrotnych doświadczeń, że leczenie rtęciowe wspomaga szybkość i wydatność działania środka Ehrlicha. Choremu, zgłaszającemu się z objawami wtóro- lub trzeciorzędnymi, radzę zawsze najpierw poddać się lekkiemu leczeniu rtęciowemu, a potem dopiero stosuję salwarsan. Inaczej postępuję przy objawie pierwszorzędnym, więc przy owrzodzeniu twardem. Tu chodzi o szybkie, a jak najenergiczniejsze zadziałanie, o zalanie obiegu krwi arsenobenzolem, by dostające się do krwi krętki zniszczyć, zanim zdołały się tak rozmnożyć, by wywołać objawy ogólne. Tu chodzi wiele o czas, o każdą — powiedziałbym — chwilkę, o ewentualne niezwłoczne ograniczenie sprawy, temsamem o leczenie poronne.

Ale i w tych przypadkach wtóro- i trzeciorzędnej kiły, w których choćby wstrzyknięcie salwarsanu po energicznem leczeniu rtęciowem nie sprowadziło zupełnej »ste-

[1]) Niedawno na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego lwowskiego przedstawił Kol. Berlstein przypadek, gdzie po salwarsanie wystąpiło zajęcie obu gałązek nerwu słuchowego, a cofnięcie się tych zmian po powtórnem wstrzyknięciu. Przypadek ten przemawia właśnie za słusznością teoryi Ehrlicha powstawania przejściowych ucisków nerwów w szczelinach kostnych, a przeciw twierdzeniu Fingera, szukającemu w salwarsanie własności trujących, któreby wystąpić musiały tem wybitniej po powtórnem wstrzyknięciu (Przyp. aut.).

rilisatio magna«, to pewnem jednak jest, że przez dość częste stosowanie i dostateczną dawkę tego środka osiągnąć można wyniki, których w równie krótkim czasie leczeniem rtęciowo-jodowem osiągnąć nie podobna.

Że przed wstrzyknięciem salwarsanu zbadać należy dokładnie serce, tak w spokoju, jak po wysiłku fizycznym, w pozycyi stojącej i leżącej, o tem każdy wie, na to Ehrlich z samego już początku zwrócił uwagę. Ehrlich zakazywał ostro chorym z wadą sercową wstrzykiwać salwarsan. Już w pierwszej mej pracy jednakże wspomniałem, że trudno chorego kiłowego z wadą sercową wykluczyć od leczenia, mogącego być dla niego zbawiennem w krótszym o wiele czasie, niż rtęć i jod, że w tych przypadkach stosować można salwarsan, ale »in dosi refracta«. Późniejsze moje i wielu innych autorów doświadczenia dowiodły, że tak się rzecz ma istotnie. Chorzy z wadą sercową znoszą małe dawki salwarsanu (0·2—0·4), w mniejszych czy dłuższych odstępach czasu kilkakrotnie wstrzyknięte, dość dobrze, rzadko tylko stwierdza się po salwarsanie przyspieszenie tętna czy silniejsze uderzenia koniuszka sercowego, które jednak przy spokojnem zachowaniu się chorego i podaniu środków kojących bardzo prędko mijają.

Równie ważne, jak zbadanie stanu serca, jest zbadanie ciśnienia krwi, gdyż niejednokrotnie stwierdziłem, że po wstrzyknięciu salwarsanu ciśnienie krwi opada. Przy tętniczej hypertonii, budzącej przypuszczenie miażdżycy tętnic, marskości nerek, choroby Basedowa i t. d. równie jak przy hypotonii (blednica, choroba Addisona, niektóre naczynioruchowe zboczenia u neurasteników, u dzieci wyżej 5 lat z ciśnieniem niżej 70 mm) powinno się, jak przy wadzie zastawek sercowych, wstrzykiwać małe dawki kilkakrotnie. Do jakiej takiej oryentacyi w ciśnieniu wystarczy kieszonkowy sfigmomanometr Herza, który można zawsze mieć przy sobie. Jeśli więc przy wadach zastawek sercowych, przy miażdżycy tętnic stosować można salwarsan, to jeszcze ważniejszem jest stosowanie jego przy zmianach w aorcie, czy mięśniu sercowym, czy mózgu na tle kiłowem. Tu należą w pierwszym rzędzie zmiany warstwy środkowej aorty (mesaortitis luetica productiva), pociągające za sobą niedomykalność zastawek aorty, w drugim rzędzie zmiany wsteczne w mięśniu sercowym wskutek zaburzeń w krążeniu w tętnicach wieńcowych z objawami typowej dusznicy bolesnej, dalej rozszerzenie łuku aorty na tle zmian kiłowych (mesaortitis), następnie przypadki, gdzie zmiany miażdżycowe naczyń mózgowych wywołały napady udarowe albo objawy niedomogi kory mózgowej (osłabienie pamięci, zaburzenia w mowie, obniżenie inteligencyi). We wszystkich tych przypadkach można śmiało stosować salwarsan nawet śródżylnie, naturalnie w słabo zasadowym rozczynie, przy zachowaniu ścisłej aseptyki i przy stosownem rozcieńczeniu, bez obawy wywołania jakichkolwiek zmian na błonie wewnętrznej żyły, czy też zakrzepu. Jeśli w takich przypadkach zważy się niebezpieczeństwo, wypływające z istoty samej choroby i porówna je z nieznacznem ryzykiem samego wstrzyknięcia salwarsanem, wtedy każdy trzeźwo myślący musi się oświadczyć za wstrzyknięciem. Naturalnie chory taki musi przez dłuższy czas pozostawać pod ścisłym dozorem lekarza, który zwracać ma baczną uwagę na tętno, czynność serca, ciśnienie krwi, musi się starać najmniejszy nawet objaw niedomogi usunąć; samo przez się rozumie się, że jeśli jakakolwiek niedomoga serca z powodu jednego z powyższych schorzeń przedtem istniała, to należy czekać, aż ona przeminie. Isaac zebrał w tym kierunku na klinice Lassara w Berlinie bardzo pomyślne doświadczenia, lecząc przymiot i różne jego objawy, choćby w układzie krwionośnym, bardzo małemi dawkami salwarsanu. Dawka ta wynosi 0·11 i znajduje się obecnie w handlu w kartonach po 6 ampułek. Wstrzykiwanie tej minimalnej dawki odbywa się co tydzień śródmiąższowo i ma tę zaletę i pierwszeństwo przed wstrzykiwaniem wielkich dawek, że nie jest bolesne, nie wywołuje tak wielkich nacieków, nie zmusza chorego do leżenia dłuższy czas, tem samem chory może oddawać się swemu zawodowi. Z praktycznego, codziennego stanowiska rzecz biorąc, dojść musimy do przekonania, że takie wstrzykiwanie małych dawek na modłę wstrzyknięć rtęci w praktyce przy większym materyale najłatwiej jest wykonalne i nie napotyka na taki opór ze strony chorego, jak wstrzykiwanie śródżylne, wymagające większej wprawy, ogromnej uwagi i koniecznie asysty.

W końcu dodać muszę, że każdy, stosujący w samych początkach przetwór Ehrlicha, wyraźnie spostrzega ogromną różnicę w działaniu przetworów, przysyłanych przez Ehrlicha w lipcu 1910, a w następnych miesiącach. Stosowanie pierwszych przetworów, znaczonych przez Ehrlicha »Id 606«, było połączone z silnymi bolami, tak silnymi, że nieraz stosować musiałem wstrzyknięcie morfiny, a przy stosowaniu między łopatki, więc podskórnem, pociągało częstokroć za sobą nagle występującą duszność, ból opasujący klatkę piersiową, silną, kilkanaście minut trwającą niemiarowość tętna, wymagającą wstrzyknięcia kamfory, czy innego analepticum; prawdą jest, że ten początkowy przetwór pociągał za sobą gorączkę, zwykle bardzo wysoką, między 39—40°, że towarzyszyły jej częste, silne dreszcze, czasem silniejsze uderzenie koniuszka sercowego. Ale — powiedziałbym, wart był tych zaburzeń ostateczny wynik; albowiem tym silnym zaburzeniom towarzyszyło tak szybkie gojenie się i ustępowanie nawet najcięższych zmian, że wprawiało to w podziw i lekarza i otoczenie.

W sierpniu, wrześniu, październiku przyszedł »hyperideal«. Ten wywoływał mniejsze bez porównania zaburzenia, ale równocześnie stwierdzić można było, że zmiany kiłowe ustępowały o wiele powolniej, zauważyć można było stanowczą różnicę w szybkości i stałości działania. W stałości o tyle, że chorzy z pierwszego okresu np. wyżej wspomniani, ale i wielu innych mimo złośliwości kiły, leczonych przetworem »Id 606«, dotąd są zupełnie zdrowi i odczyn Wassermanna jest u nich ujemny, natomiast chorzy, leczeni »hyperidealem«, zaczęli z czasem dawać nawroty, nie wszyscy wprawdzie, ale przecie pewna pokaźna część.

W listopadzie i grudniu 1910 dostawałem pośród ampułek, znaczonych »Hy«, także nierównie większą ilość, znaczoną »E 606« lub »E 606 Op. 74«. Z tych zgoła nie byłem zadowolony, już nawet w chwili rozpuszczania; śmietankowo żółta zawiesina pierwotnego zasadowego rozczynu ustępowała miejsca brudno zielonej zawiesinie o zapachu siarkowodoru. Gdym Ehrlichowi zwrócił na tę okoliczność uwagę, kazał mi środek sobie odesłać, a pod żadnym warunkiem nie stosować.

Wreszcie przyszedł kupny »salwarsan«. Działanie jego

równa się prawie działaniu »hyperideal«, jest jednak powolniejsze i niezawsze przy stosowaniu podskórnem lub śródmięśniowem jest mało bolesne, niezawsze bez następowej gorączki czy dreszczów.

Na mocy mych doświadczeń powiedzieć mogę, że ideałem stosowania przetworu Ehrlicha byłby powrót do pierwotnego, lipcowego przetworu, znaczonego »Id 606«, mimo, iż on pociągał za sobą tyle burzliwych objawów.

To ciągłe wahanie w działaniu rozmaitych wydań tegoż samego przetworu, to ostateczne obniżanie szybkości i stałości działania, było właśnie powodem, że początkowy entuzyazm ustąpił miejsca spostrzeżeniom i sądom, stojącym na przeciwnym wprost biegunie, że przetwór, początkowo faktycznie idealny, pod względem leczniczym zrównali sceptycy z rtęcią, a nawet go jej — zupełnie niesłusznie — podporządkowali, stoi on bowiem, jak sądzę, zawsze wyżej, niż leczenie rtęcią.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Posiedzenie lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie

z dnia 31. X. 1911 r.

(Dokończenie).

3) Kol. Jasieński przedstawia chorego Z. G. lat 13. Po stronie matki gruźlica. W 2. roku życia rzekomo z powodu naświetlenia głowy słońcem chwilowe zamroczenie. Podobne zamroczenie, bez przyczyny, w 11. roku życia. Od 11. roku życia chory gorzej się uczy i uskarża czasami na ból poza uchem lewem. Dnia 8. X. b. r. początek obecnej choroby, objawiający się zamroczeniem, sennością, utrudnieniem mowy. Dnia 13. X. zaczyna ciec z ucha lewego. Dnia 16. X. stan zamroczenia zwiększa się. Nieprzytomność, napad drgawek, podczas którego chory toczy gałkami ocznemi, wykrzywia usta Drgawki całego ciała, zwłaszcza po stronie prawej. Piana z ust. Napad trwa $3^1/_2$ godzin. Nazajutrz stan nieco lepszy, chory nie może jednak mówić, porażenie w mięśniach twarzy po stronie prawej. Dnia 19. X. ręka prawa niedowładna, powłóczenie nogą prawą.

Badanie ambulatoryjne wykazało: niemotę ruchową, porażenie ośrodkowe prawego nerwu twarzowego, zbaczanie języka na prawo, niedowład ręki prawej, pisanie niemożliwe, tętno 110. Odruchy ścięgniste nieco żywsze po stronie prawej. Chory zamroczony. Dno oka prawidłowe.

Dnia 20. X. odesłany na klinikę otyatryczną z rozpoznaniem »meningitis in regione motorica sinistra e otit. med.« i z prośbą o zbadanie uszu. Natychmiast po przybyciu na klinikę chory dostał napadu drgawek, podczas którego jest nieprzytomny. Źrenice nie oddziałują. Zboczenie gałek ocznych w stronę prawą, głowa pochylona w stronę prawą, drżenie oczu. Natychmiastowa operacya (attico-antrotomia) wykazała ropienie w komórkach wyrostka sutkowego Prof. Nowotny oddłutowuje kawał kości skroniowej, mniejwięcej do wysokości kąta oka. Opona twarda na odsłoniętej przestrzeni nie przedstawia zmian. W miejscu najwyżej położonem wydobyto przez nakłucie nieco płynu surowiczego. Przez tydzień po operacyi chory nie gorączkuje, tętno 72. W cztery dni po operacyi mowa polepsza się. Badanie w osiem dni po operacyi wykazuje: drżenie oczu, w zakresie nerwów twarzowych niema żadnych zmian, język nie zbacza, drobne ruchy rąk sprawne, próba pisma poprawna, ręka prawa w całości nieco niedowładna.

Dyskusya: Prof. Nowotny daje wyjaśnienia co do przebiegu operacyi. Stan nie pozwala na przyjęcie ropnego zapalenia opon. — Kol. Blassberg podnosi, że podobny obraz chorobowy mógłby dać ropień przerzutowy, otorbiony bądźto na wysokości ośrodków ruchowych, bądź nawet w innej okolicy, a który to ropień zdaniem jego przebiegać może bez gorączki i bez jakichkolwiek innych ostrych objawów, towarzyszącym zwykle sprawom ropnym. — Kol. Landau wskazuje przedewszystkiem na dziwną kolejność w występowaniu objawów klinicznych. Zupełnie dokładnie bowiem śledzić można, jak z dnia na dzień sprawa chorobowa obejmuje coraz to większą powierzchnię kory mózgowej (twarz, mowa, język, ręka, noga). Już z tego powodu, jak i dlatego, że od początku choroby chory nie gorączkuje, że operacya po oddłutowaniu kości nie wykazała żadnych zmian na oponach płatu skroniowego i że po zabiegu operacyjnym większość objawów szybko się znowu cofnęła, sądzi L., że w danym przypadku przyjąć należy surowicze zapalenie opon mózgowych w okolicy ośrodków ruchowych lewej półkuli w następstwie lewostronnego zapalenia ucha, a to tem bardziej, że tego rodzaju sprawy ustępują niejednokrotnie już choćby po otwarciu tylko przestrzeni podpajęczynówkowej (spatum subarachnoideale). Nie można też wprawdzie zdaniem mowcy wyłączyć i ropnia przerzutowego gdzieś w okolicy ośrodków ruchowych, któryby z sąsiedztwa drażnił ośrodki ruchowe, a któryto ropień razem z dekompresyą, jaką dało niewątpliwie otwarcie czaszki, przestał na razie ujemnie wpływać na owe ośrodki psycho-ruchowe. Przeciwko ropniowi przemawia tu jednak ostre pojawienie się sprawy chorobowej, brak objawów uciskowych (tętno, dno oczu, wymioty), brak gorączki i rozwój choroby, przemawiający niewątpliwie za szerzeniem się jakiejś sprawy chorobowej po korze mózgowej. Możnaby tu wreszcie myśleć i o rozbiorze objawów, podpadających pod pojęcie meningizmu, dla których brakuje najczęściej zupełnie tła anatomicznego w zakresie opon i kory mózgowej. — Kol. Piltz podnosi, że podobny okres mogłaby dać także i padaczka (dane wywiadowe, poprzednie zamroczenia, otępienie w 11. roku życia), gdyż charakter drgawek nie jest wybitnie Jacksonowski. Przychyla się jednak do rozpoznania **surowiczego zapalenia opon**, a względnie dobry wynik operacyi odnosi do dekompresyi.

4) Kol. Rogalski przedstawia przypadek, badany wspólnie z kol. Mazurkiewiczem na oddziale umysłowo chorych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie. W. K. mężczyzna l. 55, nieżonaty, robotnik kopalniany. Ojciec chorego alkoholik i epileptyk, siostra, obecnie lat 60, cierpi od trzech lat na napady padaczkowe. W. K. zawsze był zdrów, wiewióra i przymiotu miał również nie przechodzić. Alkoholu nigdy nie nadużywał, po dwóch kieliszkach wódki był już pijany. W jesieni 1910 r. pierwszy napad drgawek padaczkowatych, poczem chory miał być nieprzytomny. Od tego czasu do 18. X. 1911 r. ulegał trzy razy większym napadom drgawek w całem ciele i kilka razy drgawkom w jednej z kończyn. Napady te zawsze krótko trwały, towarzyszyć im miała utrata przytomności. Rodzina podać nie umie, czy drgawki występowały odrazu w całem ciele, czy tylko po jednej stronie ciała lub w jednej z kończyn. Po napadach chory był drażliwy, zły. Z 18. na 19. października 1911 wystąpiły napady drgawek trwające od $1^1/_2$ w nocy do godz. 7 rano: »Chorego przewróciło na twarz i trzepało całem ciałem«. Na trzeci dzień (20. X.) wystąpiło podniecenie psychoruchowe z licznymi omamami wzrokowymi i słuchowymi, które w następnych dniach doszło do tego stopnia, że rodzina była zniewolona odwieźć chorego do szpitala św. Łazarza w Krakowie. Przyjęty 23. X. był dalej silnie podniecony ruchowo i psychicznie, nie rozpoznawał osób, okazywał mnóstwo złudzeń wzrokowych i słuchowych o treści przeważnie nieprzyjaznej dla chorego i bezsenność. Uspokajał się jedynie po wstrzyknięciu hyoscyny. Przy badaniu fizycznem oporny, nieufny, śledzi z bojaźnią każdy ruch badającego. Budowa ciała prawidłowa, odżywienie liche, narządy

wewnętrzne nie wykazują zmian chorobowych. Źrenice równe, okrągłe, obie oddziałują w każdym zakresie prawidłowo. Dno oka bez zmian chorobowych. Odruchy ścięgniste i okostne kończyn górnych i dolnych po lewej stronie żywsze, niż po prawej, gdzie są prawidłowe. Nadto w obrębie kończyn górnych i tułowia aż do pasa, zwłaszcza na plecach, widać przez skórę guzki wielkości mniejszych i większych ziarn grochu, ponad którymi skóra jest przesuwalna. Przy dotykaniu wyczuwa się ich zbitość chrząstkowatą elastyczną. Z dnia na dzień chory coraz więcej się uspokajał. 27. X. podaje zgodne z prawdą dane co do swojej osoby i rodziny. Co do czasu, miejsca i otoczenia chwilowo lepiej, chwilowo gorzej zoryentowany. Kiedy i jak dostał się do szpitala, nie pamięta. Wie, że miewał napady drgawek z podanym wyżej przebiegiem, że wołali za nim »szalony«, bliższych jednak szczegółów podać nie umie. Przy badaniu i rozmowie zwraca uwagę u chorego chęć dowcipkowania, usposobienie, przeważnie gniewliwe i bojaźliwe, zmienia się wtedy chwilowo na wesołe. Przez następne dni chory staje się coraz spokojniejszy, lepiej zoryentowany i mniej bojaźliwy.

Dnia 30. X. o godz. 4 rano wystąpił napad drgawek poprzedzony krzykiem, a zaczynający się od skurczu prawej kończyny górnej, po którym nastąpiły drgawki w całem ciele, trwające 2—3 minut. Chory oddał pod siebie mocz, na ustach piana, zabarwiona krwawo. Następnie występowały drgawki i to głównie w lewej stronie ciała, trwające 2—3 minut, w przerwach co 10 minut. Do godz. 6.15 rano było takich napadów 17. Podczas napadów źrenice oddziaływały na światło. Po ustaniu drgawek chory usnął, przez następny dzień chory osłabiony, rozmawia niechętnie, odpowiada jednak rozsądnie na pytania, podane płyny pije chętnie.

U chorego tego zwracają uwagę następujące szczegóły: Charakter samych drgawek, brak ich przyczyny wobec przytoczonego wyniku badania klinicznego, późnego wieku chorego i niestwierdzenia podkładu opilczego, opisane zaburzenie psychiczne, wreszcie rozsiane guzki pod skórą. Powstało pytanie, czy te guzki pod skórą nie stoją w ściślejszym związku z samą chorobą. Wycięty guzek przedstawił się jako pęcherzyk wypełniony jasnym płynem, w jednem zaś miejscu widoczny był ciemniejszy punkt. Przypuszczenie że mamy do czynienia z **wągrami**, potwierdziło badanie w Zakładzie anatomii patologicznej. Wobec tego wyjaśnił się związek przyczynowy powyższych objawów, według wszelkiego bowiem prawdopodobieństwa wągry takie znajdują się również w mózgu i stały się powodem całego obrazu chorobowego, wywołując i drgawki i zaburzenia psychiczne. Jestto jeden z tych niezbyt licznych przypadków **cysticercus cellulosae in cerebro,** w których obecność wągrów pod skórą pozwala na rozpoznanie. Chory pozostaje w dalszej obserwacyi.

W dyskusyi Rydel zwraca uwagę na skłonność dowcipkowania u chorego (Witzelsucht), jaką spotykamy przy guzach w płatach czołowych. Objaw ten przewlekły może bliżej określić usadowienie się wągrów w mózgu.

(Chory po kilku dniach wśród kilkanaście godzin trwającego stanu padaczkowego umarł; sekcya potwierdziła w zupełności rozpoznanie kliniczne. We wszystkich okolicach mózgu w obu pólkulach w korze, zwłaszcza w jej warstwie podoponowej, rozsiane wągry. Więcej było ich w półkuli prawej, płaty czołowe nie wykazują większego ich nagromadzenia).

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 6. VI. 1911.

1) Bregman przedstawił przypadek **obrzęku śluzowatego** u 20-letniej panny.

2) Bregman przedstawił dziecko $1^{1}/_{2}$-roczne **z częściowym wzrostem olbrzymim** (makrosomia partialis). U prawej rączki paluch i wskaziciel są niezwykle rozwinięte we wszystkich członkach. Z lewej strony dotknięte jest wzrostem olbrzymim przedramię, które jest conajmniej 2 razy grubsze od przedramienia prawego.

3) Bregman przedstawił **płyn mózgowo-rdzeniowy,** wyróżniający się żółtą barwą (xanthochromia).

4) Żebrowski (z Lublina) przedstawił dwa przypadki **ropnia mózgowego pochodzenia usznego**. Oba przypadki operowano z zejściem pomyślnem.

5) Karwacki i Otto: **O obecności ciał wiążących komplement w plwocinie u gruźliczych**. Po omówieniu wyniku prób dotychczasowych wykrycia ciał, wiążących komplement surowicy chorych gruźliczych, przedstawił prelegent technikę i wyniki poszukiwania istot, wiążących komplement w plwocinie gruźliczej. Z 19 plwocin gruźliczych 7 wiązało po 8 kropel dopełniacza, 10 po 5 kropel, 2 po 2 krople. Z 6 plwocin nie gruźliczych żadna nie wiązała nawet 2 kropel.

6) Karwacki przedstawił **odczyn aglutynacyjny z ropą gruźliczą** i omawiał technikę badania.

7) Otto: **O aglutynacyi ogniskowej w plwocinie.** Prelegent badał obecność aglutynin swoistych w plwocinie gruźliczych, posiłując się metodą podaną przez Karwackiego. Ogółem zrobił 54 badań i oświadcza się za stosowaniem próby aglutynacyjnej w wątpliwych przypadkach cierpienia płuc, gdzie może ona mieć rozstrzygające znaczenie.

W dyskusyi Alfred Sokołowski zaznacza, że wyżej podana próba jest jedną z prób dopełniających w sprawie rozpoznawania gruźlicy, należy ją również wypróbowywać głównie w przypadkach wątpliwych przy porównaniu z innemi próbami.

Dr T. Wilczyński.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Wydział krajowy polepszył płace lekarzy pomocniczych w szpitalach krajowych w Krakowie i we Lwowie w ten sposób, że sekundaryusze otrzymają płacę roczną 1600 kor. z corocznym wzrostem o 200 kor. aż do 2200 kor.; dodatek na mieszkanie 720 kor., albo mieszkanie w szpitalu z bezpłatnym wiktem; lekarze adjutowani otrzymają rocznie 1000 kor. z coroczną podwyżką o 200 kor. Obecnie rozpoczęli starania o poprawę płac prymaryusze szpitala lwowskiego.

— Prof. O. Bujwid otrzymał dyplom honorowy za współpracownictwo w urządzeniu międzynarodowej wystawy higienicznej w Dreznie i podziękowanie. od austr. ministerstwa spraw wewn. za udział w pracy koło urządzenia wystawy w pawilonie austryackim.

Łódź. Budowa szpitala miejskiego ma się rozpocząć już na wiosnę dzięki ofiarności konsorcyum obywatelskiego, dzier-

żawiącego gazownię miejską, które z dochodów swych przeznacza 40.000 rb. na fundusz budowy szpitala, wynoszący obecnie 200.000 rb. Na czele komitetu budowy szpitala stoi Dr Watten, a do komitetu należą z lekarzy Dr Krakowski i Trenkner.

Z różnych stron. Polski Związek lekarzy i przyrodników w Petersburgu obchodził na posiedzeniu w d. 9. (22) grudnia b. r. jubileusz 50-letniej pracy zawodowej nestora lekarzy polskich w Petersburgu, Dr Bolesława Skargi. Do jubilata przemawiali: imieniem Związku prezes Prof. Czeczott, od »Sokoła polskiego« prezes Dr Hattowski, od »Związku równouprawnienia kobiet« p. Piekarska. Na temże posiedzeniu odbył się wykład Dr Jadwigi Bukowskiej: »Wrażenia z podróży na Daleki Wschód«. Na 50-letni jubileusz Petersburskiego Towarzystwa psychiatrycznego wydelegował Związek jako swych przedstawicieli Prof. Zaleskiego i Prof. Ziemackiego. — Po posiedzeniu odbyła się na cześć Dr Skargi uczta, na której przemawiali Prof. Zaleski, Prof. Ziemacki, Dr Marcinkiewicz, Bukowska, Hattowski i p. Nowakowski.

— Prof. Zaleski miał w Wydziale chemicznym ces. Towarzystwa technicznego w Petersburgu w d. 8. (21) grudnia b. r. wykład: »Sprawa obrony w sferze przemysłu wogóle, a produkcyi chemicznej w szczególności«, zakończony wnioskami, które m. i. dotyczyły nadzoru nad wyrobem leków i reformy ustroju Rady lekarskiej. Wnioski te przekazano zaproponowanej przez prelegenta i zaraz wybranej komisyi, opracowującej materyały dla VII. międzynarodowego Zjazdu chemii stosowanej, mającego się odbyć w Waszyngtonie w r. 1912.

Mianowani: Dr Zofia Sadowska młodszą ordynatorką kliniki lekarskiej Instytutu lekarskiego w Petersburgu.

Zmarli: Prof. Lannelongue w Paryżu.

Redakcya otrzymała: Fidler: Zarys dziejów leczenia gruźlicy oraz przewidywania na przyszłość. »Medyc. i Kron. lek.« 1911. — Szymański: The force used in the removal of adenoids. »Journ. of ophth. and oto-lar.« Chicago 1911.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Purgen. Dr H. Fergen. (Inaug. Diss. Bonn 1908). Badania na przypadku przetoki jelita cienkiego z wykluczeniem grubego. Podając purgen przychodzi autor do wniosku, że środek ten bez uszkodzenia ściany jelita usuwa mechanicznie bakterye wraz z ich podłożem i w ten sposób zmniejsza ich ilość, że nadto silna wydzielina jelita wypłukuje niejako bakterye, siedzące w głębi błony śluzowej i w drogach chłonnych. Pn. W.

Arhovin. Dr Jessler. Praga. (Ze szpitala Braci miłosierdzia). w Pradze, lekarz kierujący Dr Plesinger). (Deutsche Aerzte-Zeitung, Zesz. 22. 1911).

Dążności wielu dermatologów do zwalczania szeroko rozpowszechnionych chorób narządu moczowego także wewnętrznie, nie mogły wystarczyć środki balsamiczne, ponieważ nie osiąga się przez nie działania przeciw drobnoustrojom, a po dłuższem zażywaniu nie obchodzi się bez niemiłych objawów ubocznych. Natomiast przyczynia się według doświadczeń Dra Jesslera **arhovina**, nie należąca do środków balsamicznych, bardzo wiele do zwalczania schorzeń dróg moczowo-płciowych. Arhovina ulega w żołądku szybko wessaniu i bywa doskonale znoszona. W moczu daje się już po krótkim czasie wykazać, mocz alkaliczny staje się przez to kwaśnym, rozkładom się zapobiega. Szybkie zmniejszanie się gonokoków uważa Dr Jessler za dowód powstałego wstrzymania rozwoju gonokoków. Dalej podnosi działanie arhoviny kojące ból i bardzo korzystny wpływ w wielu przypadkach zapalenia najądrza.

»Także pod względem zapobiegawczym zajmuje, zdaniem naszem, arhovina wybitne stanowisko, ponieważ w żadnym przypadku nie stwierdziliśmy schorzenia przerzutowego«. Stosowano arhovinę przy ostrym i przewlekłym wiewiórze, przewlekłym nieżycie pęcherza, zapaleniu najądrza i przeroście gruczołu krokowego, wewnętrznie (6—8 kapsułek dziennie) i miejscowo w postaci pręcików.

Podane historye chorób illustrują w sposób widoczny korzystny wpływ podawania arhoviny na objawy podmiotowe i taksamo uzyskane wyniki przedmiotowe. Szczególnie pouczającym jest przypadek, gdzie od lat 5 trwający przerost gruczołu krokowego z przewlekłym nieżytem pęcherza moczowego, leczony już najrozmaitszymi środkami, okazał już w 5 dni po zaczęciu leczenia arhoviną uderzające wyjaśnienie moczu i skąpy mocz zalegający, tak iż chory sam żądał dalej arhoviny i przenosił ją ponad każdy inny z dotąd zażywanych środków.

Dr Jessler może przeto słusznie doświadczenia swe z arhoviną (Goedecke & Co. Berlin) oznaczyć jako możliwie najkorzystniejsze i »stwierdzić, że arhovina przewyższa wszystkie nam znane wewnętrzne środki przeciwwiewiórowe pod względem ich wpływu korzystnego, nie wykazując ani jednej strony ujemnej«. Hr. W.